



SAKSBEHANDLER
Bård Langvandslie, Ingunn Holm

VÅR DATO
07.06.2021

postmottak@ra.no
www.riksantikvaren.no

VÅR REF.
21/02310-3

DERES REF.

DERES DATO

Oslo kommune - Plan- og bygningssetaten
Boks 364 Sentrum
0102 OSLO

Gaustad sykehusområde - Gaustadalléen 34 - Detaljregulering med konsekvensutredning - Oslo kommune - Innsigelse

Riksantikvaren viser til brev fra Byantikvaren, datert 5.5.2021 om ovenfor nevnte sak. Riksantikvaren har fått saken oversendt fra Byantikvaren i Oslo for vurdering av innsigelse på selvstendig grunnlag, i henhold til underretningsplikten innen kulturminneforvaltningen, jf. § 7 i *Forskrift om fastsetting av myndighet mv. etter kulturminneloven*.

Gaustad sykehus ble anlagt i perioden 1847-55. Dette viktige psykiatriske anlegget er forskriftsfredet og også sjeldent i europeisk sammenheng. Anlegget har nasjonal verdi. Gaustad sykehus ble etablert som et landlig anlegg, høyt og fritt utenfor byen, og naturkontakt var et vesentlig element i behandlingen.

Riksantikvaren reiser innsigelse til omleggingen av Sognsvannsveien. Veiomleggingen avskjærer en helt sentral del av det eldre parkanlegget rundt Gaustad fra resten av sykehusanlegget. Omleggingen utgjør et markant inngrep i grøntdraget vest for det fredete sykehusanlegget og kommer svært tett på det fredete anlegget.

Riksantikvaren reiser innsigelse til etablering av nye bygningsfløyer i parken mellom dagens Rikshospital og Gaustad sykehus, da disse vil blokkere dette viktige grøntdraget i stor grad. Nybyggene vil også komme svært tett på det fredete sykehuset med park. Volumene vil ha en svært dominerende virkning slik de nå er plassert.

Riksantikvaren fraråder bygging av så store volumer som det planlagte sykehuset innebærer i et sårbart landskap. Hensynet til grøntdraget langs Sognsvansbekken, som også har historisk verdi som en del av Harald Hals' byplan, og hensynet til fjernvirkningene bør tillegges stor vekt.

Planforslaget

Helse Sør-Øst (HSØ) foreslår utbygging av region- og lokalsykehus på Gaustad. Det foreslås formålene helseinstitusjon, undervisning, forskning m.m., og bevaring av kultur- og naturmiljø,

herunder det fredete Gaustad sykehus. HSØ sitt alternativ 1a åpner for 52 m byggehøyde tilsvarende 12 høye etasjer, pluss helikopterplattformer. HSØ vil etablere nytt atkomsttorg og legge om Sognsvannsveien. Alternativ 1b med høyde under 42 m har HSØ utarbeidet pga. krav i høyhusstrategien. Planforslagene er i strid med føringer om blant annet støy og landskapstilpasning i kommuneplanen for Oslo.

Kulturminneverdiene i området

Planområdet omfatter blant annet Gaustad sykehus med tilhørende grøntområder. Anleggets eldste del ble oppført i perioden 1847-55 som psykiatrisk sykehus (asyl). Sykehuset fikk en større utvidelse omkring 1920, samt noen nye enkeltbygninger på 1960- og 70-tallet. Disse utvidelsene er gjort uten at strukturen, arkitekturen og opplevelsen av i det opprinnelige anlegget i nevneverdig grad er berørt eller svekket.

Arkitekturen

Det opprinnelige, og den største delen av anlegget, har en arkitektur gitt av 1850-tallets mest moderne behandlingsformer for psykiatri, datidens estetiske og miljømessige krav til slike behandlingsinstitusjoner, og med Heinrich Ernst Schirmer som arkitekt. Bygningene ble oppført som frittliggende teglpaviljonger i nygotisk stil med store utearealer og grøntanlegg. 1920-tallsbygningene følger ideen med paviljonger i tegl, om enn i et mer klassisistisk formspråk. Også de aller yngste bygningene i anlegget er plassert og formgitt etter dette prinsippet.

Grøntområder og landskap

Gaustad sykehus ble etablert som et avsondret og landleg anlegg, høyt og fritt utenfor byen, hvor naturkontakt var et vesentlig element i behandlingen. Landbruk, jordbruk og hagebruk inngikk også i behandlingen, i tillegg til at det bidro til å holde sykehuset selvforsynt med råvarer. Både parker og rekreasjonsområder tett på sykehuset og sporene etter eldre nytte- og frukthager, og landskapskonteksten er integrerte deler av anlegget. Gaustad sykehus med omkransende grøntområder er tilkjent nasjonal kulturminneverdi, og store deler av anlegget er forskriftsfredet etter kulturminnelovens § 22a. landet, og dette viktige psykiatriske anlegget er også sjeldent i europeisk sammenheng.

Forskriftsfredete bygg utenfor det sentrale anlegget og spesialområde bevaring

Innenfor planområdet ligger også Sognsvannsveien 11 med pasientvillaen Arken og kjeglebanehuset, samt forvalterbolig og smie fra gården Gaustad vestre. Sistnevnte bygninger ble flyttet til nåværende plassering da det opprinnelige gårdstunet ble sanert i forbindelse med etablering av dagens Rikshospital. De to bygningene som hører til sykehusanlegget, og deler av

hageanlegget i tilknytning til kjeglebanehuset er omfattet av forskriftsfredningen. Gårdsbygningene fra Gaustad vestre er regulert til bevaring i reguleringsplan S-3410, vedtatt 4.5.1994. I tillegg er parken sør for Gaustad sykehus og parkdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus regulert til spesialområde bevaring, landskapspark i samme reguleringsplan.

I nordre del av planområdet og i tilknytning til det fredete sykehusanlegget, ligger det enkelte bygninger som er kommunalt listeførte. Disse er også omfattet av Landsverneplanen for helsesektoren som bygg i verneklasse 2. Bygningene det gjelder er «avdeling for urolige menn», fra sykehusets andre utbyggingsfase, oppført 1920-1926, samt to nyere bygninger oppført som overgangsboliger i tilknytning til Nye veksthuset i 1992.

Grøntområdet som strekker seg fra Gaustad sykehus og videre mot sør er en av regulerings sjef Harald Hals' «grønne fingre» som skulle forbinde byens grønne omramming med sentrum av byen via viktige grøntområder og parker. Intensjonen var å beholde de ubebygde Gaustadområdene sammen med kommunens eiendommer på Sogn, som et markant grøntdrag ned mot Blindern.

Byantikvarens vurdering

Byantikvaren er kritisk til det overordnede plangrepet for nytt sykehusanlegg på Gaustad, da romprogrammet etter etatens vurdering er altfor stort for den aktuelle tomten. Selv om det ikke er regulert inn nybygg eller vesentlige tiltak innenfor områder som er fredet etter kulturminneloven, vil etablering av et nytt, stort sykehus på Gaustad etter Byantikvarens mening være svært utfordrende for kulturminner og -miljøer anerkjent som nasjonalt viktige. Dette gjelder i særlig grad byggehøyder og avstand til det historiske kulturmiljøet på Gaustad.

Nedbygging av grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad

Plangrepet for nytt sykehus på Gaustad innebærer nedbygging av den grønne omrammingen rundt Gaustad sykehus, noe Byantikvaren tidligere har påpekt som konfliktfylt. Alternativ 1b med byggehøyder under 42 meter vurderes av Byantikvaren som mer konfliktfylt enn alternativ 1a siden redusert byggehøyde uten reduksjon av romprogrammet medfører mer nedbygging av grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad.

Grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus inngår ikke i fredningsområdet for Gaustad, men er en viktig buffersone mellom det historiske sykehusanlegget og nyere bebyggelse. Oppføring av nybygg i forlengelsen av Rikshospitalets kamstruktur mot øst, og omlegging av Sognsvannsveien som i dag går sørvest for Lindekollen med kjeglebanehuset,

reduserer den grønne omrammingen rundt Gaustad. Opplevelsen av gamle Gaustad sykehus som en historisk institusjon med en intendert, isolert beliggenhet vil endres Selv om bredde og trasé for den omlagte Sognsvannsveien har blitt noe justert i løpet av planprosessen, vurderer Byantikvaren fortsatt veiomleggingen som utfordrende for kulturminneverdiene.

Ny bruk av historiske bygninger

Byantikvaren er positiv til at reguleringsforslaget tilrettelegger for ny bruk av de historiske bygningene, såfremt bruksendring ikke medfører behov for inngrep som er i strid med fredningen.

Erkjente kulturminner med nasjonal og vesentlig regional verdi innenfor planområdet er forutsatt bevart i forslag til ny regulering og er sikret juridisk vern gjennom regulering til hensynssone H-570 og båndleggingssone H-730. Dette anser Byantikvaren som positivt.

Riksantikvarens vurdering

Gaustad sykehus har høy nasjonal kulturminneverdi. Det fredete sykehusanlegget var ut fra helsefaglige og sosiale hensyn lagt i et park- og jordbrukslandskap avsondret fra byen og fra omkringliggende bebyggelse. Denne situasjonen har de siste 50 årene gradvis blitt svekket, ikke minst ved bygging av dagens Rikshospital. Da ble den store bygningsmassen på Gaustad gård revet og gårdstunet, gartneriet og frukthagen tilhørende sykehuset sanert. Den historiske parken sør for sykehuset ble bevart. I tillegg ble et grøntdrag mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet bevart for å etablere avstand mellom anleggene. Dette var et viktig grep for å beholde de kulturhistoriske opplevelsesverdiene knyttet til Gaustad, og for å kunne formidle sentrale deler av helsehistorien, både den fysiske bygde og de ideologiene som lå til grunn. Det var viktig at sykehuset skulle ha både parkarealer og jordbruksarealer rundt seg. Natur i form av hager og park ble vurdert å være beroligende, og inngikk i en kontemplativ behandling. Hagebruk og dyrking var viktig både som arbeidsterapi for pasientene og for sykehusets selvforsyning. Det er derfor svært viktig at det som er igjen av grønn omramming av Gaustad sykehus bevarer.

Innsigelse til omlegging av Sognsvannsveien

Omleggingen av Sognsvannsveien er i vesentlig konflikt med grøntdragenes kulturhistoriske opplevelsesverdi. Veien vil være 13 meter bred, og vil avskjære en helt sentral del av det eldre parkanlegget rundt Gaustad fra resten av sykehusanlegget. I tillegg vil en ny veitrase dele den vestre parken i to og etablere en umotivert og løsrevet park omkranset av større veianlegg. Det er også svært utfordrende at veien blir liggende så tett opp til det fredet anlegget, på det

nærmeste bare noen meter fra grensen for området som er forskriftsfredet. Omleggingen utgjør også et markant inngrep i grøntdraget vest for det fredete sykehusanlegget.

Riksantikvaren reiser **innsigelse** til omleggingen av Sognsvannsveien.

Sognsvannsveiens hovedformål er som veiutløsning for boligene som ligger ovenfor sykehusområdet på Gaustad. Riksantikvaren vil peke på veiløsning mot øst for disse boligene, mer i retning Tåsen. Riksantikvaren er ikke kjent med om en slik løsning har blitt vurdert. Dette vil kunne redusere trafikkbelastningen gjennom sykehusområdet, og åpne for nye vurderinger av behov for og omfang av veien.

Innsigelse til etablering av nye bygningsfløyer mellom dagens Rikshospital og Gaustad sykehus.

Bygging av de østre fløyene av det planlagte sykehusanlegget ut i grøntdraget mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet vil i stor grad blokkere dette viktige grøntdraget. Virkningene av høydene og volumene av disse fløyene vil være svært utfordrende for det gamle Gaustad-anlegget, fordi nybyggene vil komme svært tett på det fredete sykehuset med park. Avstanden mellom byggegrensen for det planlagte sykehuset og det fredete området er ca. 45 m. Dette er ikke mye, gitt hvor massive de planlagte nybyggene er, og at Gaustad sykehus ble etablert som et solitært anlegg med store grøntområder rundt. Det må i tillegg bemerkes at det 45 meter brede grøntdraget i planforslaget er tenkt å gi plass for en om lag 13 meter bred veg.

Riksantikvaren reiser **innsigelse** til etablering av nye bygningsfløyer mellom dagens Rikshospital og Gaustad sykehus.

Øvrige kommentarer til planforslaget

Planforslaget bærer i stor grad preg av at romprogrammet er for stort for tomten. Dette resulterer i flere svært store volumer. Særlig er hovedvolumet ut mot Sognsvannsbekken massivt og høyt.

Som påpekt over er grøntområdet som strekker seg fra Gaustad sykehus og videre mot sør er en av reguleringsjef Harald Hals' «grønne fingre» som skulle forbinde byens grønne omramning med sentrum av byen via viktige grøntområder og parker. Inkludert i dette er også Sognsvannsbekken.

Det nye sykehusanlegget vil også få betydelige fjernvirkninger. De foreslåtte bygningsvolumene vil bli et meget dominerende og synlig innslag i det landskapsrommet som omrammer Oslo.

Riksantikvaren fraråder bygging av så store volumer i et så sårbart landskap. Hensynet til grøntdraget langs Sognsvannsbekken, som også har historisk verdi som en del av Harald Hals' byplan, og hensynet til fjernvirkningene, bør tillegges stor vekt.

Konklusjon

Riksantikvaren reiser innsigelse til omlegging av Sognsvannsveien og til bygging i grøntdraget mellom dagens Rikshospital og Gaustad sykehus. Dette grøntdraget er viktig for forståelsen og opplevelsen av det fredete anlegget på Gaustad. Både omleggingen av veien og de planlagte østre bygningsfløyene vil endre og til dels blokkere dette grøntdraget, og redusere lesbarheten og forståelsen av det kulturhistorisk svært viktige Gaustad sykehus. Riksantikvaren bistår gjerne med å finne løsninger som ivaretar de kulturhistoriske hensynene til Gaustad sykehus og de viktige grøntdragene i området.

Vennlig hilsen

Elisabeth Dahle
avdelingsdirektør

Leidulf Mydland
seksjonssjef

Brevet er elektronisk godkjent uten underskrift

Kopi til: Byantikvaren - Oslo, Postboks 2094 Grünerløkka, 0505 OSLO

Oslo kommune - Plan- og bygningsetaten
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Dato: 07.05.2021

Deres referanse:
201704683

Vår referanse.:
18/00130-40

Saksbehandler:
Henrik Stoveland Hauge

Arkivkode:
512

Uttalelse til offentlig ettersyn - Gaustadaleen 34 - Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Vestre Aker bydelsutvalg behandlet saken i møte 06.05.2021 og fattet følgende vedtak

1. Overordnet må nærmiljøets behov ivaretas, med særlig vekt på naboene som blir direkte berørt, også under selve utbyggingsfasen.
2. De av naboene som ønsker å bli "kjøpt ut" bør få muligheten til det.
3. Markaloven bør ikke brytes. Naturmangfoldet langs Sognsvannsbekken må hensyntas.
4. Støyen fra helikoptertrafikken skal minimeres, både mht. til plassering og utforming av landingsplassene og når det gjelder inn- og utflyvningstraséer.
5. Veikapasiteten for alle trafikantgrupper skal dimensjoneres for, i størst mulig grad, å sikre både nåværende og fremtidige behov.
6. Stasjonsstrukturen på Holmenkollbanen forutsettes avklart innen planene iverksettes.
7. Parkeringskapasiteten for biler forutsettes å ikke bli lavere enn det forslagsstiller legger til grunn. Punktet om parkeringsdekning for bil i PBEs foreløpige konklusjon, støttes følgelig ikke.
8. Alternativ 1B anbefales fremfor 1A. Alternativ 1B synes riktignok å medføre at planområdets grønstruktur og kulturmiljø blir ytterligere presset på grunn av at samme bruksareal gir et større fotavtrykk. Likevel anser Vestre Aker bydelsutvalg at hensynet til områdene utenfor planområdet, både de nærmeste naboene, men også det visuelle inntrykket som er synlig over store deler av byen, må ha forrang.

Saken ble vedtatt med 8 stemmer (7H + 1V)

Med hilsen

Kari Andreassen
Fung. bydelsdirektør

Henrik Stoveland Hauge
plankonsulent

Postmottak PBE
v/Gro Jensen Vig

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 21.06.2021
201704683	201800223-23	Bent Gether-Rønning, 41 31 32 21	Arkivkode: 512

GAUSTADALLÉEN 34 - GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE - OFFENTLIG ETTERSYN - FORELØPIG HØRINGSUTTALELSE - BYDEL NORDRE AKER

Bydel Nordre Aker har tidligere innsendt foreløpig uttalelse i saken etter behandling i Miljø-, plan- og samferdselskomitéens møte 07.06.2021. Bydelen fikk i PBE-ref 201704683-364 innvilget utsettelse til 21.06.2021 for å kunne behandle saken i Bydelsutvalgets møte 17.06.2021. Saken er nå ferdig behandlet i Bydelsutvalgets møte, BU-sak 88/21.

Behandling i Bydelsutvalget er gjengitt under.

Ordlyden i endelig vedtak er uendret og gjentatt i blått på slutten av dette dokumentet.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Bydel Nordre Aker har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn. Bydelen er enig i behovet for etablering av 2 nye sykehus for å dekke Oslos behov for et tidsmessig sykehusstilbud med tilstrekkelig kapasitet tilpasset Oslos befolkning nå og i overskuelig fremtid. Bydelen konkluderer imidlertid med at planområdet på Gaustad er uegnet for den sykehusetableringen som er foreslått.

- 1. Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til fredete Gaustad sykehus og omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Siktaksen mellom Gaustad sykehus og fjorden vil også få redusert verdi dersom det tillates høyere bygg mellom Gaustad sykehus og Ring 3 enn i dag.*
- 2. Sognsvannsbekken og tilhørende grøntområde som strekker seg fra Sognsvann via Gaustad og Forskningsparken til Marienlyst er et svært viktig område både historisk og som friområde for Oslos befolkning. Høye bygg på 42 eller 52 meter som er foreslått tett på dette grøntområdet vil redusere dets verdi betraktelig. Dette er grep som ikke kan reverseres.*
- 3. Gaustad er et høytliggende område der fjernvirkningen av bygg på opptil 52 meter vil gjøre sykehuset synlig i store deler av byen. Dette vil bidra til å forringe den grønne innrammingen av byen som vi verdsetter så høyt. Foreslåtte byggehøyder er også i strid*

med gjeldende kommuneplan og høyhusplan. Det offentlige bør ikke gå foran med brudd på disse viktige utviklingsstrategiene og forvente at andre skal forholde seg til disse.

PBE er gitt i oppdrag å behandle foreliggende forslag med utgangspunkt i målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Alternative lokaliseringer, spesifikt Ullevål sykehusområde, er derfor ikke vurdert. Bydel Nordre Aker ser imidlertid at Ullevål har mange av de kvalitetene som Gaustad mangler, uten å komme i konflikt med blant annet verne- og friluftsjnteresser. **Tidligere forslag om å legge sykehuset som nå planlegges på Gaustad, til Ullevål må utredes med full tyngde før man gjør et endelig valg.**

4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan lett få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.
5. Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å utvikle Ullevål som sykehusområde. Oslo må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål.

Dersom man allikevel velger å gå videre med et av de foreliggende alternativene mener Bydel Nordre Aker, i likhet med PBE, at alternativ 1A er å fortrekke til tross for klare brudd på blant annet krav til maksimal høyde. Grunnlaget for dette er at det vil gi noe mer rom for det fredete Gaustad sykehus til å fremstå som en selvstendig enhet. Bydelen forventer i så fall at HSØ streker seg langt i å inkludere tiltak som kan bidra til å opprettholde og videreutvikle inkluderte friområder både i anleggsperiode og i drift.

6. De innvendingene som PBE har til det foreliggende planforslaget deles av bydelen. Det må gis klare rekkefølgebestemmelser for å sikre gjennomføring av tiltak som er viktig for områdets helhetlige utvikling.
7. Det forventes spesielt at terrengoppfyllinger og murer mot Sognsvannsbekken trekkes tilbake slik at friområdet langs bekken ikke forringes.
8. Det må realiseres en bred parkbro over Ring 3 som må utformes slik at man kan bevege seg fritt i et turveidrag fra Sognsvannsbekken nord for Ring 3 til Forskningsparken i sør uten å komme i konflikt med biltrafikk.
9. Turveidrag og friområder i hele planområdet er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftslivsområder i Oslo som ble gjennomført i 2018/19. Det forventes at det tas hensyn til disse under utviklingen av området og at områdene gis et nødvendig løft for å sikre bruken som en ressurs for befolkningen.

Tidligere behandling

Nordre Aker Miljø-, plan- og samferdselskomité behandlet saken i møte 07.06.2021 og fattet følgende vedtak (tidligere innsendt som foreløpig vedtak):

Bydel Nordre Aker har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn. Bydelen er enig i behovet for etablering av nye sykehus for å dekke Oslos behov for et tidsmessig sykehusstilbud med tilstrekkelig kapasitet tilpasset Oslos befolkning nå og i overskuelig fremtid. **Bydelen konkluderer imidlertid med at planområdet på Gaustad er uegnet for den sykehusetableringen som er foreslått.**

1. Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til fredete Gaustad sykehus og omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Siktaksen mellom Gaustad sykehus og fjorden vil også få redusert verdi dersom det tillates høyere bygg mellom Gaustad sykehus og Ring 3 enn i dag.
 - Gamle Gaustad og omliggende grøntområder, også de i nord, må sikres vern for fremtidig utbygging. Det er i dagens planer uklart om utbyggere ser på grøntområder rundt gamle Gaustad sykehus som tomter for utvidelse av sykehuset i fremtiden.
 - Planen vil ikke kunne ta tilstrekkelig hensyn til turveidrag og friområder i hele planområdet som er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftsområder i Oslo gjennomført i 2018/2019.
2. Sognsvannsbekken og tilhørende grøntområde som strekker seg fra Sognsvann via Gaustad og Forskningsparken til Marienlyst er et svært viktig område både historisk og som friområde for Oslos befolkning. Høye bygg på 42 eller 52 meter som er foreslått tett på dette grøntområdet vil redusere dets verdi betraktelig. Dette er grep som ikke kan reverseres.
3. Bydel Nordre Aker støtter PBEs uttalelser om at forslaget ikke følger opp flere av kommuneplanens bestemmelser mht. landskap, kulturmiljø og støy. Gaustad er et høytliggende område der fjernvirkningen av bygg på opptil 52 meter vil gjøre sykehuset synlig i store deler av byen. Dette vil bidra til å forringe den grønne innrammingen av byen som vi verdsetter så høyt. Foreslåtte byggehøyder er også i strid med gjeldende kommuneplan og høyhusplan. Det offentlige bør ikke gå foran med brudd på disse viktige utviklingsstrategiene og forvente at andre skal forholde seg til disse.

Et nytt sykehusanlegg bør ikke bare opprettholde eller erstatte, men øke verdiene i nærområdet og videreutvikle eksisterende grøntstruktur.

*PBE er gitt i oppdrag å behandle foreliggende forslag med utgangspunkt i målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Alternative lokaliseringer, spesifikt Ullevål sykehusområde, er derfor ikke vurdert. Bydel Nordre Aker ser imidlertid at Ullevål har mange av de kvalitetene som Gaustad mangler, uten å komme i konflikt med blant annet verne- og friluftsjnteresser. **Tidligere forslag (sist nevnt i «Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad», 28.05.2019) om å legge sykehuset som nå planlegges på Gaustad, til Ullevål må utredes med full tyngde før man gjør et endelig valg.***

4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan lett få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.
5. **Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde. Oslo må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål.**

Både alternativ 1A og 1B er uakseptable, begge er for høye og spesielt 1B blir for massivt i forhold til Gamle Gaustad. Dersom man allikevel velger å gå videre med et av de foreliggende alternativene

mener Bydel Nordre Aker, i likhet med PBE, at alternativ 1A er å fortrekke til tross for klare brudd på blant annet krav til maksimal høyde.

Grunnlaget for dette er at det vil gi noe mer rom for det fredete Gaustad sykehus til å fremstå som en selvstendig enhet. Bydelen forventer i så fall at HSØ streker seg langt i å inkludere tiltak som kan bidra til å opprettholde og videreutvikle inkluderte friområder både i anleggsperiode og i drift.

6. De innvendigene som PBE har til det foreliggende planforslaget deles av bydelen. Det må gis klare rekkefølgebestemmelser for å sikre gjennomføring av tiltak som er viktig for områdets helhetlige utvikling.
7. All ny bebyggelse på Gaustad Sykehusområde må være minst 30 meter fra Sognsvannsbekken. Det forventes spesielt at terrengoppfyllinger og murer mot Sognsvannsbekken trekkes tilbake slik at friområdet langs bekken ikke forringes.
8. Bydel Nordre Aker er bekymret for de trafikale konsekvensene dersom planforslaget blir realisert.
 - Bekymringen gjelder plasseringen av helikopterplattformene med hensyn på støy, støv og vind, kombinert med den økte hyppigheten av landinger.
 - Det er videre planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak. En foreslått nødløsning for ambulansen i gang og sykkelvei ved Sognsvannsbekken er uakseptabel
 - Det må realiseres en bred parkbro over Ring 3 som må utformes slik at man kan bevege seg fritt i et turveidrag fra Sognsvannsbekken nord for Ring 3 til Forskningsparken i sør uten å komme i konflikt med biltrafikk.
9. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Det vurderes også å rive bygg på Rikshospitalet for å realisere planforslaget. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
10. Turveidrag og friområder i hele planområdet er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftslivsområder i Oslo som ble gjennomført i 2018/19. Det forventes at det tas hensyn til disse under utviklingen av området og at områdene gis et nødvendig løft for å sikre bruken som en ressurs for befolkningen.

Tillitsvalgte i brukergrupper og blant ansatte må ha reell medvirkning i sykehusplanleggingen i Oslo.

Forslag fremmet i Bydelsutvalget

Forslag fra Høyre

1. Bydel Nordre Aker støtter Helse Sør-Øst RHF's målbilde som "..... innebærer at OUS utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet", inkludert at det er ".... som forutsetning i kapasitetsanalysen lagt til grunn at Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus videreutvikles til fullverdige lokalsykehus, slik at det kan gis et samlet tilbud på lokalsykehusnivå til eget pasientgrunnlag, inkl. akuttkirurgi og psykisk helsevern for voksne".
2. Bydel Nordre Aker forutsetter at den samlede kapasiteten i Oslo er tilstrekkelig til å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

3. Bydel Nordre Aker forutsetter at Helse Sør-Øst RHF gjør en vurdering av sykehusstrukturen i lys av siste års erfaring med en pandemi for å sikre tilstrekkelig kapasitet på intensivplasser samt gjør en ny vurdering av sårbarheten.
4. Bydel Nordre Aker ber tiltakshaver om å gjøre en ny vurdering av ambulanseinnkjøringen til akuttmottaket på Nytt Rikshospital.
5. Bydel Nordre Aker ber tiltakshaver gjøre en ny vurdering av plasseringen av landingsplassene til helikopter. Det nye SAR Queen, AW101, har så kraftig down-wash at det er tvilsomt om de kan lande på de to planlagte landingsplassene
6. Bydel Nordre Aker ber tiltakshaver sikre at det legges til rette for tilstrekkelig trafikkavvikling fra Ring 3 og inn på området slik at det ikke oppstår trafikkork slik man nå ofte opplever om morgenen.

Votering

Høyres forslag til vedtak falt med 3 (3H) mot 12 (3Ap, 3Mdg, 2SV, 1R, 1V, 1Uavh, 1H) stemmer. MPS-komiteéns forslag til vedtak (tidligere innsendt foreløpig uttalelse) ble vedtatt med 12 (3Ap, 3Mdg, 2SV, 1R, 1V, 1Uavh, 1H) mot 3 (3H) stemmer.

Vedtak

*Bydel Nordre Aker har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn. Bydelen er enig i behovet for etablering av nye sykehus for å dekke Oslos behov for et tidsmessig sykehusstilbud med tilstrekkelig kapasitet tilpasset Oslos befolkning nå og i overskuelig fremtid. **Bydelen konkluderer imidlertid med at planområdet på Gaustad er uegnet for den sykehusetableringen som er foreslått.***

1. *Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til fredete Gaustad sykehus og omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Siktaksen mellom Gaustad sykehus og fjorden vil også få redusert verdi dersom det tillates høyere bygg mellom Gaustad sykehus og Ring 3 enn i dag.*
 - *Gamle Gaustad og omliggende grøntområder, også de i nord, må sikres vern for fremtidig utbygging. Det er i dagens planer uklart om utbyggere ser på grøntområder rundt gamle Gaustad sykehus som tomter for utvidelse av sykehuset i fremtiden.*
 - *Planen vil ikke kunne ta tilstrekkelig hensyn til turveidrag og friområder i hele planområdet som er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftsområder i Oslo gjennomført i 2018/2019.*
2. *Sognsvannsbekken og tilhørende grøntområde som strekker seg fra Sognsvann via Gaustad og Forskningsparken til Marienlyst er et svært viktig område både historisk og som friområde for Oslos befolkning. Høye bygg på 42 eller 52 meter som er foreslått tett på dette grøntområdet vil redusere dets verdi betraktelig. Dette er grep som ikke kan reverseres.*
3. *Bydel Nordre Aker støtter PBEs uttalelser om at forslaget ikke følger opp flere av kommuneplanens bestemmelser mht. landskap, kulturmiljø og støy. Gaustad er et høytliggende område der fjernvirkningen av bygg på opptil 52 meter vil gjøre sykehuset synlig i store deler av byen. Dette vil bidra til å forringe den grønne innrammingen av byen som vi verdsetter så høyt. Foreslåtte byggehøyder er også i strid med gjeldende*

kommuneplan og høyhusplan. Det offentlige bør ikke gå foran med brudd på disse viktige utviklingsstrategiene og forvente at andre skal forholde seg til disse.

Et nytt sykehusanlegg bør ikke bare opprettholde eller erstatte, men øke verdiene i nærområdet og videreutvikle eksisterende grøntstruktur.

PBE er gitt i oppdrag å behandle foreliggende forslag med utgangspunkt i målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Alternative lokaliseringer, spesifikt Ullevål sykehusområde, er derfor ikke vurdert. Bydel Nordre Aker ser imidlertid at Ullevål har mange av de kvalitetene som Gaustad mangler, uten å komme i konflikt med blant annet verne- og friluftsjnteresser. **Tidligere forslag (sist nevnt i «Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad», 28.05.2019) om å legge sykehuset som nå planlegges på Gaustad, til Ullevål må utredes med full tyngde før man gjør et endelig valg.**

4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan lett få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.

5. Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvike Ullevål som sykehusområde. Oslo må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål.

Både alternativ 1A og 1B er uakseptable, begge er for høye og spesielt 1B blir for massivt i forhold til Gamle Gaustad. Dersom man allikevel velger å gå videre med et av de foreliggende alternativene mener Bydel Nordre Aker, i likhet med PBE, at alternativ 1A er å fortrekke til tross for klare brudd på blant annet krav til maksimal høyde.

Grunnlaget for dette er at det vil gi noe mer rom for det fredete Gaustad sykehus til å fremstå som en selvstendig enhet. Bydelen forventer i så fall at HSØ streker seg langt i å inkludere tiltak som kan bidra til å opprettholde og videreutvikle inkluderte friområder både i anleggsperiode og i drift.

6. De innvendingene som PBE har til det foreliggende planforslaget deles av bydelen. Det må gis klare rekkefølgebestemmelser for å sikre gjennomføring av tiltak som er viktig for områdets helhetlige utvikling.
7. All ny bebyggelse på Gaustad Sykehusområde må være minst 30 meter fra Sognsvannsbekken. Det forventes spesielt at terrengoppfyllinger og murer mot Sognsvannsbekken trekkes tilbake slik at friområdet langs bekken ikke forringes.
8. Bydel Nordre Aker er bekymret for de trafikale konsekvensene dersom planforslaget blir realisert.
 - Bekymringen gjelder plasseringen av helikopterplattformene med hensyn på støy, støv og vind, kombinert med den økte hyppigheten av landinger.
 - Det er videre planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak. En foreslått nødløsning for ambulansen i gang og sykkelvei ved Sognsvannsbekken er uakseptabel
 - Det må realiseres en bred parkbro over Ring 3 som må utformes slik at man kan bevege seg fritt i et turveidrag fra Sognsvannsbekken nord for Ring 3 til Forskningsparken i sør uten å komme i konflikt med biltrafikk.

9. *Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Det vurderes også å rive bygg på Rikshospitalet for å realisere planforslaget. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.*
10. *Turveidrag og friområder i hele planområdet er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftslivsområder i Oslo som ble gjennomført i 2018/19. Det forventes at det tas hensyn til disse under utviklingen av området og at områdene gis et nødvendig løft for å sikre bruken som en ressurs for befolkningen.*

Tillitsvalgte i brukergrupper og blant ansatte må ha reell medvirkning i sykehusplanleggingen i Oslo.

Med hilsen

Tom Berner Sundar
avdelingsdirektør/bydelsoverlege

Bent Gether-Rønning
spesialkonsulent miljø og plan

Plan og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
2021/5

Saksbehandler:
Tore Gleditsch

Dato: 11.05.2021

Redd Ullevål sykehus

Ovennevnte sak er behandlet av Ullern bydelsutvalg i utvalgets møte 6.5.2021. Ullern bydelsutvalg fattet følgende enstemmige vedtak:

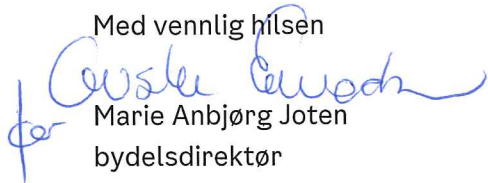
Katrine Ore(A) ba om å få sin habilitet vurdert, Ullern bydelsutvalg fant henne inhabil og hun deltok ikke i behandlingen av saken.

«Bydel Ullern viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Ullern er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor uttale følgende:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventete vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.
5. Ullern bydelsutvalg mener at det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.
6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

7. Bydel Ullern vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.»

Med vennlig hilsen


Marie Anbjørg Joten
bydelsdirektør



Tore Gleditsch
spesialrådgiver - leder politisk sekretariat

Kopi: Bydelene Frogner, Vestre Aker og Nordre Aker

Godkjent elektronisk

Saken settes på kart i følgende råd/komiteer/utvalg: AU

Referatsak til: BU, HSK, ER, RFF

Saken ferdigbehandles i: AU

Forslag fra H

Det avgis ikke høringsuttalelse i saken.

Votering

Forslag fra H falt med 4 (2A, 1F, 1SV) mot 1 (H) stemme.

Etter dette er Stovner arbeidsutvalgs vedtak i sin møtesak 64/21

Stovner bydelsutvalg har ved forskjellige anledninger fattet vedtak i saker som omhandler den fremtidige sykehusstrukturen i Oslo. I sak 89/18 om regional utviklingsplan for Helse Sørøst RHF, vedtok bydelsutvalget enstemmig en uttalelse som blant annet sa:

”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.”

Bydelsutvalget står fremdeles bak dette vedtaket. Bygging av et nytt sykehus på Aker må komme så raskt som mulig. Fortsatt sykehusdrift ved Ullevål vil gi redusert behov for utbygging både ved Gaustad og Aker. Etter bydelsutvalgets oppfatning er det vanskelig å ta stilling til en stor utbygging på Aker uten at alternativet med fortsatt sykehusdrift på Ullevål er utredet og sees i sammenheng med denne.

Bydelsutvalget vil understreke at et nytt sykehus på Aker uansett må ha høyeste prioritet og at planene for et nytt sykehus ikke må forsinkes. Det er et stort behov for øket sykehuskapasitet i de østlige bydelene. Det nye sykehuset vil ligge i nær tilknytning til den nye storbylegevakta og må bli et sykehus med spesialfunksjoner for Oslos befolkning, herunder akuttmedisin, fødeavdeling, nyfødt intensivavdeling og andre spesialfunksjoner. Samtidig må det bli et lokalsykehus for alle bydelene i Groruddalen og ha tjenester som er tilpasset behovene til befolkningen i disse bydelene.

Bydelsutvalget vil videre uttrykke en bekymring vedrørende det fremtidige behovet for sykehuskapasitet. Den stadig økende eldrebefolkningen og utfordringer knyttet til nye pandemier som kan ramme samfunnet, gir grunn for en slik bekymring. Det er viktig å ha en robust beredskap innenfor spesialisthelsetjenesten slik at den er i stand til å møte nye utfordringer.

Bydelsutvalget mener at det må sikres tilstrekkelig kapasitet til å håndtere befolkningens fremtidige behov, og er glad for at det planlegges en reduksjon i dekningsgrad slik at sykehusene lettere kan håndtere raske endringer uten at det samlede tilbudet svekkes. En dekningsgrad på 85 % kan i gitte situasjoner likevel være i høyeste laget.

Stovner bydelsutvalg er positiv til at bydelene i Groruddalen skal tilhøre samme sykehussektor som resten av Oslo. Et tett faglig samarbeid er nødvendig for bedre å kunne møte felles storbyutfordringer. Bydelsutvalget understreker at det er viktig å inkludere kunnskap om bydelens befolkning i videreutvikling av tilbudene innen spesialhelsetjenesten. Pandemien har tydeliggjort at mange i Stovner bydel har underliggende sykdommer og en noe dårligere folkehelse generelt enn byens øvrige befolkning. I lys av dette ser Stovner bydelsutvalg at behovet for sykehuskapasitet sannsynligvis ikke vil synke etter 2033. Bydelsutvalget er derfor positive til at HSØ på sikt tilrår en eventuell øking av kapasitet i OUS gjennom etablering av nytt lokalsykehus sør i Oslo.



Arkivsak: 202100511
Dato: 19.05.2021
Saksbeh: Melbye Jens Olafsen

Saksgang
Stovner arbeidsutvalg

Møtedato
27.05.2021

HØRINGSUTTALELSE - GAUSTADALLÉEN 34, GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE – FRIST 7.JUNI

Planforslaget for Gaustad sykehusområde er ute på offentlig ettersyn med frist 7. juni. Planforslaget vil i all hovedsak ha samme konsekvenser for bydelen som planforslaget til Aker sykehus. Dette knytter seg knytter seg til Oslos nye sykehusstruktur. Planforslaget er for øvrig omfattende og detaljert. Derfor vil saksfremlegget, utover å presentere planens konsekvenser for bydelen, kun vise til hovedtrekkene i planforslaget. Alle sakens dokumenter kan leses i sin helhet her: <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021000505>

Bakgrunnen for planforslaget er å legge til rette for en utbygging av nye sykehus med tilstrekkelig kapasitet for Oslos befolkning, i tidsriktige og moderne lokaler som støtter opp under god behandling og effektiv drift som en del av Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok 13.12.2018 *Regional utviklingsplan 2035*. Den beskriver sykehusstrukturen og endringer i opptaksområder i hovedstadsområdet. Planforslaget fra HSØ følger opp vedtaket:

- Sykehusstrukturen for Oslo i 2035 skal fortsatt bestå av sykehusene OUS, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Spesialisthelsetjenesteansvar ivaretas av Aker sykehus for bydelene Nordre Aker, Sagene og Bjerke; fra 2030 også Alna, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand; fra 2035 også Grorud og Stovner. Dette følger opp vedtak i HSØ 24.6.2016.
- Likeartede sykehusfunksjoner samles på tre hovedsykehus i OUS: nytt lokalsykehus på Aker (Nye Aker), nytt regions- og lokalsykehus på Gaustad (Nye Rikshospitalet), og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Konseptfaserapporten ble vedtatt av styret i HSØ i 2019. Planene er godkjent av helseministeren og Stortinget har innvilget lån for 2020.
- Den nye sykehusstrukturen planlegges med 85 % dekningsgrad, mot 90 % i dag. Det innebærer at man planlegger for at 85 % av sengene vil være opptatt til enhver tid. Snudd på hodet vil det slik at man tåler 15 % flere pasienter før man eventuelt må ty til andre løsninger for å plassere pasienter, som for eksempel i korridorer. En dekningsgrad på 90 % har mindre rom for variasjon i pasientantallet.

Sykehusstrukturen for Oslo vil se slik ut når utbyggingen er ferdig:

- Et stort akuttisykehus på Aker (Nye Aker). Sykehuset vil være lokalsykehus for en stor del av Oslo befolkning innen somatikk (blant annet bydelene Bjerke, Alna, Grorud, Stovner). Nye Aker vil også inneholde alt sykehusbasert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert

- behandling av ruslidelser (TSB) for voksne og barn (unntatt lokalsykehusfunksjoner som tilhører Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus).
- Et samlet og komplett regionsykehus inkludert landsfunksjoner med et visst volum av lokalsykehusfunksjoner på Gaustad (Nye Rikshospitalet). Dette innebærer en virksomhetsmodell som er tilsvarende som ved de øvrige regionsykehusene i Norge. I tillegg vil Nye Gaustad ivareta lokalsykehusfunksjon for noen bydeler, dette avklares senere i samarbeid med Oslo kommune.
 - Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus har videreutviklet «sørge for»-ansvaret for de bydelene de har ansvaret for å dekke befolkningsvekst og økt egendekningen for egne opptaksområder.
 - Et helhetlig kreftsenter innen medikamentell kreftbehandling, stråleterapi, kirurgi og palliasjon på Radiumhospitalet. Tyngre kreftkirurgi som krever intensivkapasitet er flyttet til Rikshospitalet.

Videreutviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal skje i to etapper, mens reguleringsplanen omfatter arealet for hele den planlagte utbyggingen. Høringsinstansers mulighet til å påvirke planprosessen er godt beskrevet av Plan- og bygningsetaten her: <https://www.oslo.kommune.no/plan-bygg-og-eiendom/planforslag-og-planendring/hva-er-en-reguleringsplan/>.

Planforslaget innebærer en videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. HSØ foreslår helseinstitusjon, undervisning, forskning m.m. og bevaring av kultur- og naturmiljø, herunder det fredete Gaustad sykehus. HSØ har utarbeidet to forslag:

- alternativ 1A åpner for 52 m byggehøyde tilsvarende 12 høye etasjer, pluss helikopterplattformer, med etablering av nytt atkomsttorg og omlegging av Sognsvannsveien.
- alternativ 1B med høyde under 42 m, utarbeidet pga. krav i høyhusstrategien.

Planforslaget er i strid med føringer om blant annet støy og landskapstilpasning i kommuneplanen.

Plan- og bygningsetaten (PBE) anbefaler alternativ 1A, da 1B innebærer høyere bebyggelse enn 1A nærmere det fredete Gaustad sykehus, men under den forutsetning at sykehuset skal fungere som et kompakt og samlet sykehus. PBE forutsetter imidlertid justeringer i forslaget, blant annet flere rekkefølgebestemmelser. PBE legger derfor ut på høring et eget forslag til flere rekkefølgebestemmelser enn forslaget til HSØ inneholder.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak er identisk med bydelsutvalgets vedtak i møtesak 55/21 av 6.5.2021 om høringsuttalelse om Aker sykehusområde.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Stovner bydelsutvalg har ved forskjellige anledninger fattet vedtak i saker som omhandler den fremtidige sykehusstrukturen i Oslo. I sak 89/18 om regional utviklingsplan for Helse SørØst RHF, vedtok bydelsutvalget enstemmig en uttalelse som blant annet sa:

”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.”

Bydelsutvalget står fremdeles bak dette vedtaket. Bygging av et nytt sykehus på Aker må komme så raskt som mulig. Fortsatt sykehusdrift ved Ullevål vil gi redusert behov for utbygging både ved Gaustad og Aker. Etter bydelsutvalgets oppfatning er det vanskelig å ta stilling til en stor utbygging på Aker uten at alternativet med fortsatt sykehusdrift på Ullevål er utredet og sees i sammenheng med denne.

Bydelsutvalget vil understreke at et nytt sykehus på Aker uansett må ha høyeste prioritet og at planene for et nytt sykehus ikke må forsinkes. Det er et stort behov for øket sykehuskapasitet i de østlige bydelene. Det nye sykehuset vil ligge i nær tilknytning til den nye storbylegevakta og må bli et sykehus med spesialfunksjoner for Oslos befolkning, herunder akuttmedisin, fødeavdeling, nyfødt intensivavdeling og andre spesialfunksjoner. Samtidig må det bli et lokalsykehus for alle bydelene i Groruddalen og ha tjenester som er tilpasset behovene til befolkningen i disse bydelene.

Bydelsutvalget vil videre uttrykke en bekymring vedrørende det fremtidige behovet for sykehuskapasitet. Den stadig økende eldrebefolkningen og utfordringer knyttet til nye pandemier som kan ramme samfunnet, gir grobunn for en slik bekymring. Det er viktig å ha en robust beredskap innenfor spesialisthelsetjenesten slik at den er i stand til å møte nye utfordringer.

Bydelsutvalget mener at det må sikres tilstrekkelig kapasitet til å håndtere befolkningens fremtidige behov, og er glad for at det planlegges en reduksjon i dekningsgrad slik at sykehusene lettere kan håndtere raske endringer uten at det samlede tilbudet svekkes. En dekningsgrad på 85 % kan i gitte situasjoner likevel være i høyeste laget.

Stovner bydelsutvalg er positiv til at bydelene i Groruddalen skal tilhøre samme sykehussektor som resten av Oslo. Et tett faglig samarbeid er nødvendig for bedre å kunne møte felles storbyutfordringer. Bydelsutvalget understreker at det er viktig å inkludere kunnskap om bydelens befolkning i videreutvikling av tilbudene innen spesialhelsetjenesten. Pandemien har tydeliggjort at mange i Stovner bydel har underliggende sykdommer og en noe dårligere folkehelse generelt enn byens øvrige befolkning. I lys av dette ser Stovner bydelsutvalg at behovet for sykehuskapasitet sannsynligvis ikke vil synke etter 2033. Bydelsutvalget er derfor positive til at HSØ på sikt tilrår en eventuell øking av kapasitet i OUS gjennom etablering av nytt lokalsykehus sør i Oslo.

Alv H. Sørland
bydelsdirektør

Haakon S Brænden
avdelingsdirektør

Godkjent og signert elektronisk



Arkivsak: 201800046
Arkivkode: 202
Saksbeh: Marit Lillesveen

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Østernsjø eldreråd	02.06.21	40/21
Østernsjø bydelsutvikling, miljø- og kulturkomite	07.06.21	43/21
Østernsjø omsorgskomite	07.06.21	39/21
Østernsjø oppvekstkomite	07.06.21	47/21
Østernsjø ungdomsråd	07.06.21	41/21
Østernsjø råd for personer med funksjonsnedsettelse	08.06.21	34/21
Østernsjø bydelsutvalg	14.06.21	100/21

BYDEL ØSTERNSJØS UTTALELSE TIL REGULERINGSPLAN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS GAUSTAD

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østernsjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte.

Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.

Østernsjø bydelsutvalg har behandlet saken i møte 14.06.21 og har fattet følgende vedtak

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østernsjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i

bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte.

Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.

Bjørn Strøm (A) fremmet følgende forslag

Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østensjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte.

Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.

I tillegg vil bydelsutvalget i Østensjø påpeke følgende:

Bydel Østensjø mener at utvikling av et godt sykehusstilbud for Oslos innbyggere er en av de viktigste, politiske sakene for øyeblikket. En voksende og aldrende befolkning krever rask og fleksibel utbygging av sykehuskapasiteten i Oslo. Utviklingen av sykehusene i Oslo har også stor betydning for resten av landet, når det gjelder de særskilte funksjonene som Oslosykehusene skal ivareta.

Bydel Østensjø ønsker at den utvidede sykehuskapasiteten primært må løses på Aker og på dagens tomteareal på Ullevål. Dette framstår som den mest rasjonelle og fleksible løsningen, og vil ivareta både utfordringene knyttet til byggehøyder, rivning av eksisterende, relativt nye bygge på Gaustad, samt utfordringene med drift i en lang byggeperiode.

For Bydel Østensjø er det svært viktig at byggingen på Aker kommer i gang så raskt som mulig, da dette vil være hovedsykehuset for våre innbyggere.

Vi mener videre at Regjeringen og Helse Sør-Øst RHF må ta inn over seg de tydelige bekymringene som er kommet fra de ansattes organisasjoner når det gjelder muligheten til å opprettholde og utvikle kompetanse på viktige fagfelt.

Bydel Østensjø er svært skeptisk til flytting av psykiatrien fra gamle Gaustad til den sørlige delen av Aker-tomta. Det å bytte ut et fredelig og naturnært område med et svært støy- og støvutsatt område, framstår ikke som en god løsning for pasientgruppen.

Bydel Østensjø vil derfor på det sterkeste anbefale at den videre utviklingen av ny sykehuskapasitet skjer innenfor dagens tomter på Aker og Ullevål, og at de foreslåtte planene for utvikling av Gaustad og framtidig salg av Ullevåltomta stoppes.

Bydelsutvalget viser videre til – og gjengir – medvirkningsutvalgenes (Eldrerådet og Råd for personer med funksjonsnedsettelse) likelydende vedtak, her fra eldrerådet, i både BU-sakene 100 og 101:

«Samlet sett mener Eldrerådet at planforslagene for Gaustad og Aker bygger på urealistiske forutsetninger om behovet for sengekapasitet. Bygging av høyt og tett på Gaustad og Aker er unødvendig. Det er mulig å benytte arealer på Gaustad, Ullevål og Aker til en utbygging med en langt mer miljøvennlig utforming. Det blir også en triveligere løsning for

pasienter og ansatte. Eldrerådet frykter at den foreslåtte utbygging på Gaustad og Aker fører til at det ikke blir nok sengeplasser til å dekke behovet i fremtiden. Det betyr at korridorpasienter kan bli en permanent løsning i Oslos sykehus. Eldrerådet mener det er en stor fare for at utbyggingen på Gaustad og Aker fører til en svekket kvalitet i omsorgen og pleien av de mest hjelpetrengende eldre i Oslo. Eldrerådet går derfor i mot begge forslagene. For øvrig slutter eldrerådet seg til bydelsdirektørens forslag til vedtak i sak 40/21 og 41/21: Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østensjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.»

Medvirkningsrådene hadde også følgende felles merknad, her fra Eldrerådet:

Eldrerådet konstaterer at den foreslåtte utbygging på Gaustad og Aker fører til at det blir en høy, tett og kompakt masse av bygninger på tilgjengelige arealer begge steder. En konsekvens av begrensede arealer er at det forslås bygget blokker opp til 10 etasjer.

Eldrerådet mener det må være unødvendig at man velger en høy og tett utbygging på Gaustad og Aker når det er 250 mål tilgjengelig på området til Ullevål sykehus. En høy og tett løsning vil antagelig føre til høyere utbyggingskostnader og høyere driftskostnader. På bakgrunn av erfaringene fra den pandemien vi er midt oppe i reiser vi spørsmålet om det er andre alternativer som vil bedre sikre sykehusene mot smittespredning enn en høy og tett løsning. Ved å utnytte de tilgjengelige arealene som står til rådighet på Gaustad, Ullevål og Aker mener eldrerådet at det er mulig med en mer rasjonell og økonomisk forsvarlig utbygging og en lavere og noe mer spredt bebyggelse. Det blir løsninger som er mer miljøvennlig og triveligere og bedre for både pasienter, pårørende og ansatte. Like viktig er at da det vil være arealer tilgjengelig for bygg som det kan bli behov for i fremtiden. En konsekvens av begrensede arealer på Gaustad og Aker er at det setter grenser for hvor mange sengeplasser som kan innpasses i byggene. I kommende år blir det en sterk økning i antall eldre i Oslo, også eldre som vil få behov for behandling på sykehus. For at veksten i eldrebefolkningen ikke skal sprengte den planlagte kapasiteten på Gaustad og Aker forutsettes at Oslo kommune i fremtiden står for en større egendekning av pasientbehandlingen, der kommunen og bydelene skal ha et utvidet ansvar for innbyggere med sykehusbehandling i hjemmet. I planforslagene for utbygging av Gaustad og Aker sykehus står følgende: Det er i dag en liten gruppe pasienter som mottar nesten halvparten av sykehustilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette er eldre pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer, hvor et tettere samarbeid mellom helseforetak og kommune vil kunne bidra til et redusert forbruk og kvalitativt bedre tilbud til disse pasientene. Både «Samhandlingsreformen» og de nye «Helsefelleskapsprosjektene» initiert av Regjeringen og Stortinget peker på at denne utviklingen er nødvendig for å sikre at pasienter behandles på riktig omsorgsnivå. Det arbeides både nasjonalt og internasjonalt med driftskonsepter og teknologi for å understøtte at pasienter kan følge og overvåke større deler av pasientforløpet sitt hjemme, uten repeterte kontakter med sykehus. Det er en økende trend å tilby pasienter hjemmesykehusbehandling ved kroniske sykdommer, langvarig antibiotikabehandling, kreftbehandling mv. Eldrerådet registrerer at bydelsdirektøren i sitt saksframlegg opplyser følgende: Dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i

hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydel Østensjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen. ER at det blir en høy, tett og kompakt masse av bygninger på tilgjengelige arealer begge steder. En konsekvens av begrensede arealer er at det forslås bygget blokker opp til 10 etasjer. Eldrerådet mener det må være nødvendig at man velger en høy og tett utbygging på Gaustad og Aker når det er 250 mål tilgjengelig på området til Ullevål sykehus. En høy og tett løsning vil antagelig føre til høyere utbyggingskostnader og høyere driftskostnader. På bakgrunn av erfaringene fra den pandemien vi er midt oppe i reiser vi spørsmålet om det er andre alternativer som vil bedre sikre sykehusene mot smittespredning enn en høy og tett løsning. Ved å utnytte de tilgjengelige arealene som står til rådighet på Gaustad, Ullevål og Aker mener elderrådet at det er mulig med en mer rasjonell og økonomisk forsvarlig utbygging og en lavere og noe mer spredt bebyggelse. Det blir løsninger som er mer miljøvennlig og triveligere og bedre for både pasienter, pårørende og ansatte. Like viktig er at da det vil være arealer tilgjengelig for bygg som det kan bli behov for i fremtiden. En konsekvens av begrensede arealer på Gaustad og Aker er at det setter grenser for hvor mange sengeplasser som kan innpasses i byggene. I kommende år blir det en sterk økning i antall eldre i Oslo, også eldre som vil få behov for behandling på sykehus. For at veksten i eldrebefolkningen ikke skal sprengte den planlagte kapasiteten på Gaustad og Aker forutsettes at Oslo kommune i fremtiden står for en større egendekning av pasientbehandlingen, der kommunen og bydelene skal ha et utvidet ansvar for innbyggere med sykehusbehandling i hjemmet. I planforslagene for utbygging av Gaustad og Aker sykehus står følgende: Det er i dag en liten gruppe pasienter som mottar nesten halvparten av sykehusstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette er eldre pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer, hvor et tettere samarbeid mellom helseforetak og kommune vil kunne bidra til et redusert forbruk og kvalitativt bedre tilbud til disse pasientene. Både «Samhandlingsreformen» og de nye «Helsefelleskapsprosjektene» initiert av Regjeringen og Stortinget peker på at denne utviklingen er nødvendig for å sikre at pasienter behandles på riktig omsorgsnivå. Det arbeides både nasjonalt og internasjonalt med driftskonsepter og teknologi for å understøtte at pasienter kan følge og overvåke større deler av pasientforløpet sitt hjemme, uten repeterte kontakter med sykehus. Det er en økende trend å tilby pasienter hjemmesykehusbehandling ved kroniske sykdommer, langvarig antibiotikabehandling, kreftbehandling mv. Eldrerådet registrerer at bydelsdirektøren i sitt saksframlegg opplyser følgende: Dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Eldrerådet har i alle år registrert at bydelens budsjetter for hjemmetjenesten har vært meget stramme, og at det på enkelte områder som praktisk bistand i form av renhold ikke har vært midler til å tilby en tilfredstillende kvalitet på tjenesten. Eldrerådet tviler på at det vil bli stilt tilstrekkelige midler til disposisjon for at hjemmetjenesten i fremtiden skal kunne utføre de oppgaver som forutsettes i planforslagene til Gaustad og Aker. Eldrerådet tviler også på at det i planforslaget er tatt tilstrekkelig hensyn til konsekvensene av en økende eldre innvandrerbefolkning i Oslo. Under pandemien har innvandrere vært overrepresentert blant innlagte på sykehus. I enkelte

grupper av innvandrere er det en overhyppighet av kroniske sykdommer som diabetes. Eldrerådet frykter derfor at behovet for sengeplasser i den planlagte utbygging på Gaustad og Aker er undervurdert, selv med den urealistiske forutsetningen at mye av pasientbehandlingen flyttes til pasientenes hjem. I sykehus som har blitt bygget de senere årene bl.a. i Østfold, har man systematisk undervurdert behovet for sengeplasser. Konsekvensene er at korridorpasienter har blitt en permanent løsning. Når det blir behov for å øke sengekapasiteten på Gaustad og Aker, vil det neppe være tilgjengelig arealer der for en slik utvidelse. På Ullevål er det arealer til et regionsykehus og lokalsykehus for flere bydeler i Oslo. Aker har arealer til et lokalsykehus for Groruddalen. På Gaustad er det arealer som sikrer utvidelser av landsdekkende funksjoner til Rikshospitalet. Ved å beholde Ullevål har man arealer som er nødvendige for å dekke det framtidige behovet for behandlingsskapasitet på sykehus i Oslo og Osloregionen. For å dekke en liten del behovet for finansiering av sykehusbygging i Oslo skal 250 mål på Ullevål selges til høystbydende eiendomsutviklere. Eldrerådet mener dette er en særdeles kortsiktig løsning . På lengre sikt blir det en meget kostbar løsning. I Oslo har kommunen i dag mange steder problemer med å finne egnede tomter til nye sykehjem, skoler, barnehager m.m. Ofte må man velge kompliserte og kostbare løsninger pga. tomtmangel, slik man må gjøre på Skøyen for få plass til en ny skole der. En av årsakene til mangel på egnede tomter er at kommunen tidligere har solgt for mange tomter, bl.a. for kortsiktig å styrke kommunens økonomi.»

Gunnhild Lurås (R) fremmet følgende endringsforslag til forslag fremmet av Bjørn Strøm (A)

1) Nytt avsnitt etter avsnitt 2 (etter “utfordringer med drift i en lang byggeperiode”)

"Planforslaget presser planområdet maksimalt i areal og høyde, og har likevel ikke tilstrekkelig plass uten at en baserer seg på et konsept med stadig mer poliklinisk behandling og økt bruk av såkalt hjemmesykehus, der pasienten behandles i eget hjem av personale fra sykehuset, for å få plass nok. Oslo universitetsykehus har en uttalt ambisjon om at 30 prosent av leverte tjenester i 2030 skal være i form av «avstandsoppfølging». Dette vil medføre store endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Erfaringene fra samhandlingsreformen er at bydelens meransvar bare delvis er kompensert økonomisk og personellmessig. Det er bydelens inntrykk at det forekommer relativt ofte at pasienter skrives ut fra sykehus for tidlig. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter og for fødende.

Bydelen mener det er nødvendig med en grundig utredning av hvilke effekter økt bruk av hjemmesykehus vil ha for bydelene og for pasientene og deres pårørende i samme boenhet. Korona-pandemien har tydeliggjort problemer med boliger som ikke er tilpassa hjemmekontor og hjemmekontor. Har vi boliger som lar seg tilpasse til hjemmesykehus? Vi minner også om at Oslo har en svært høy andel en-person-husstander, der det ikke finnes andre til stede i de periodene det ikke er pleiepersonell på plass."

2) Endring avsnitt 4 (Vi mener videre ...)

I setninga "Vi mener videre ..." bør det stå "fra de ansattes organisasjoner og andre fagmiljøer".

Votering

Det ble votert samlet over forslagene til vedtak

Vedtatt med 12 stemmer (A, SV, MDG, R, V og Frp) mot 3 stemmer (H)

Stemmeforklaring fra H:

Høyre er innstilt på å behandle forslaget slik det er fremlagt bydelen, som henholdsvis en uttalelse til reguleringsplan. Saken omhandler Oslo kommunes mulighet til å styre områdeutvikling og bebyggelse. Bydelens meninger om Oslos sykehusdekning for fremtiden er ikke en del av reguleringsplanen.

Vedtak

Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østensjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte.

Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.

I tillegg vil bydelsutvalget i Østensjø påpeke følgende:

Bydel Østensjø mener at utvikling av et godt sykehusstilbud for Oslos innbyggere er en av de viktigste, politiske sakene for øyeblikket. En voksende og aldrende befolkning krever rask og fleksibel utbygging av sykehuskapasiteten i Oslo. Utviklingen av sykehusene i Oslo har også stor betydning for resten av landet, når det gjelder de særskilte funksjonene som Oslosykehusene skal ivareta.

Bydel Østensjø ønsker at den utvidede sykehuskapasiteten primært må løses på Aker og på dagens tomteareal på Ullevål. Dette framstår som den mest rasjonelle og fleksible løsningen, og vil ivareta både utfordringene knyttet til byggehøyder, rivning av eksisterende, relativt nye bygge på Gaustad, samt utfordringene med drift i en lang byggeperiode.

Planforslaget presser planområdet maksimalt i areal og høyde, og har likevel ikke tilstrekkelig plass uten at en baserer seg på et konsept med stadig mer poliklinisk behandling og økt bruk av såkalt hjemmesykehus, der pasienten behandles i eget hjem av personale fra sykehuset, for å få plass nok. Oslo universitetssykehus har en uttalt ambisjon om at 30 prosent av leverte tjenester i 2030 skal være i form av «avstandsoppfølging». Dette vil medføre store endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Erfaringene fra samhandlingsreformen er at bydelens meransvar bare delvis er kompensert økonomisk og personellmessig. Det er bydelens inntrykk at det forekommer relativt ofte at

pasienter skrives ut fra sykehus for tidlig. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter og for fødende.

Bydelen mener det er nødvendig med en grundig utredning av hvilke effekter økt bruk av hjemmesykehus vil ha for bydelene og for pasientene og deres pårørende i samme boenhet. Korona-pandemien har tydeliggjort problemer med boliger som ikke er tilpassa hjemmeskole og hjemmekontor. Har vi boliger som lar seg tilpasse til hjemmesykehus? Vi minner også om at Oslo har en svært høy andel en-person-husstander, der det ikke finnes andre til stede i de periodene det ikke er pleiepersonell på plass.

For Bydel Østensjø er det svært viktig at byggingen på Aker kommer i gang så raskt som mulig, da dette vil være hovedsykehuset for våre innbyggere.

Vi mener videre at Regjeringen og Helse Sør-Øst RHF må ta inn over seg de tydelige bekymringene som er kommet fra de ansattes organisasjoner og andre fagmiljøer når det gjelder muligheten til å opprettholde og utvikle kompetanse på viktige fagfelt.

Bydel Østensjø er svært skeptisk til flytting av psykiatrien fra gamle Gaustad til den sørlige delen av Aker-tomta. Det å bytte ut et fredelig og naturnært område med et svært støy- og støvutsatt område, framstår ikke som en god løsning for pasientgruppen.

Bydel Østensjø vil derfor på det sterkeste anbefale at den videre utviklingen av ny sykehuskapasitet skjer innenfor dagens tomter på Aker og Ullevål, og at de foreslåtte planene for utvikling av Gaustad og framtidig salg av Ullevåltomta stoppes.

Bydelsutvalget viser videre til – og gjengir – medvirkningsutvalgenes (Eldrerådet og Råd for personer med funksjonsnedsettelse) likelydende vedtak, her fra eldrerådet, i både BU-sakene 100 og 101:

«Samlet sett mener Eldrerådet at planforslagene for Gaustad og Aker bygger på urealistiske forutsetninger om behovet for sengekapasitet. Bygging av høyt og tett på Gaustad og Aker er unødvendig. Det er mulig å benytte arealer på Gaustad, Ullevål og Aker til en utbygging med en langt mer miljøvennlig utforming. Det blir også en triveligere løsning for pasienter og ansatte. Eldrerådet frykter at den foreslåtte utbygging på Gaustad og Aker fører til at det ikke blir nok sengeplasser til å dekke behovet i fremtiden. Det betyr at korridorpasienter kan bli en permanent løsning i Oslos sykehus. Eldrerådet mener det er en stor fare for at utbyggingen på Gaustad og Aker fører til en svekket kvalitet i omsorgen og pleien av de mest hjelpetrengende eldre i Oslo. Eldrerådet går derfor i mot begge forslagene. For øvrig slutter eldrerådet seg til bydelsdirektørens forslag til vedtak i sak 40/21 og 41/21: Ny sykehusstruktur forutsetter at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg. Kommunen forventes å stå for en større egendekning av pasientbehandlingen.

Bydel Østensjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen.»

Medvirkningsrådene hadde også følgende felles merknad, her fra Eldrerådet: Eldrerådet konstaterer at den foreslåtte utbygging på Gaustad og Aker fører til at det blir en høy, tett og kompakt masse av bygninger på tilgjengelige arealer begge steder. En konsekvens av begrensede arealer er at det forslås bygget blokker opp til 10 etasjer.

Eldrerådet mener det må være nødvendig at man velger en høy og tett utbygging på Gaustad og Aker når det er 250 mål tilgjengelig på området til Ullevål sykehus. En høy og tett løsning vil antagelig føre til høyere utbyggingskostnader og høyere driftskostnader. På bakgrunn av erfaringene fra den pandemien vi er midt oppe i reiser vi spørsmålet om det er andre alternativer som vil bedre sikre sykehusene mot smittespredning enn en høy og tett løsning. Ved å utnytte de tilgjengelige arealene som står til rådighet på Gaustad, Ullevål og Aker mener eldrerådet at det er mulig med en mer rasjonell og økonomisk forsvarlig utbygging og en lavere og noe mer spredt bebyggelse. Det blir løsninger som er mer miljøvennlig og triveligere og bedre for både pasienter, pårørende og ansatte. Like viktig er at da det vil være arealer tilgjengelig for bygg som det kan bli behov for i fremtiden. En konsekvens av begrensede arealer på Gaustad og Aker er at det setter grenser for hvor mange sengeplasser som kan innpasses i byggene.

I kommende år blir det en sterk økning i antall eldre i Oslo, også eldre som vil få behov for behandling på sykehus. For at veksten i eldrebefolkningen ikke skal sprengte den planlagte kapasiteten på Gaustad og Aker forutsettes at Oslo kommune i fremtiden står for en større egendekning av pasientbehandlingen, der kommunen og bydelene skal ha et utvidet ansvar for innbyggere med sykehusbehandling i hjemmet. I planforslagene for utbygging av Gaustad og Aker sykehus står følgende: Det er i dag en liten gruppe pasienter som mottar nesten halvparten av sykehus tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette er eldre pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer, hvor et tettere samarbeid mellom helseforetak og kommune vil kunne bidra til et redusert forbruk og kvalitativt bedre tilbud til disse pasientene. Både «Samhandlingsreformen» og de nye «Helsefelleskapsprosjektene» initiert av Regjeringen og Stortinget peker på at denne utviklingen er nødvendig for å sikre at pasienter behandles på riktig omsorgsnivå. Det arbeides både nasjonalt og internasjonalt med driftskonsepter og teknologi for å understøtte at pasienter kan følge og overvåke større deler av pasientforløpet sitt hjemme, uten repeterte kontakter med sykehus. Det er en økende trend å tilby pasienter hjemmesykehusbehandling ved kroniske sykdommer, langvarig antibiotikabehandling, kreftbehandling mv.

Eldrerådet registrerer at bydelsdirektøren i sitt saksframlegg opplyser følgende: Dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydel Østernsjø mener at dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. Bydelen forutsetter at kapasitetsspørsmålet ivaretas av byrådsavdelingen. ER at det blir en høy, tett og kompakt masse av bygninger på tilgjengelige arealer begge steder. En konsekvens av begrensede arealer er at det forslås bygget blokker opp til 10 etasjer. Eldrerådet mener det må være nødvendig at man velger en høy og tett utbygging på Gaustad og Aker når det er 250 mål tilgjengelig på området til Ullevål sykehus. En høy og tett løsning vil antagelig føre til høyere utbyggingskostnader og høyere driftskostnader. På bakgrunn av erfaringene fra den pandemien vi er midt oppe i reiser vi spørsmålet om det er andre alternativer som vil bedre sikre sykehusene mot smittespredning enn en høy og tett løsning. Ved å utnytte de tilgjengelige arealene som står til rådighet på Gaustad, Ullevål og Aker mener eldrerådet at det er mulig med en mer rasjonell og økonomisk forsvarlig utbygging og en lavere og noe mer spredt bebyggelse. Det blir løsninger som er mer miljøvennlig og triveligere og bedre for både pasienter, pårørende

og ansatte. Like viktig er at da det vil være arealer tilgjengelig for bygg som det kan bli behov for i fremtiden. En konsekvens av begrensede arealer på Gaustad og Aker er at det setter grenser for hvor mange sengeplasser som kan innpasses i byggene.

I kommende år blir det en sterk økning i antall eldre i Oslo, også eldre som vil få behov for behandling på sykehus. For at veksten i eldrebefolkningen ikke skal sprengne den planlagte kapasiteten på Gaustad og Aker forutsettes at Oslo kommune i fremtiden står for en større egendekning av pasientbehandlingen, der kommunen og bydelene skal ha et utvidet ansvar for innbyggere med sykehusbehandling i hjemmet. I planforslagene for utbygging av Gaustad og Aker sykehus står følgende: Det er i dag en liten gruppe pasienter som mottar nesten halvparten av sykehustilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette er eldre pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer, hvor et tettere samarbeid mellom helseforetak og kommune vil kunne bidra til et redusert forbruk og kvalitativt bedre tilbud til disse pasientene. Både «Samhandlingsreformen» og de nye «Helsefelleskapsprosjektene» initiert av Regjeringen og Stortinget peker på at denne utviklingen er nødvendig for å sikre at pasienter behandles på riktig omsorgsnivå. Det arbeides både nasjonalt og internasjonalt med driftskonsepter og teknologi for å understøtte at pasienter kan følge og overvåke større deler av pasientforløpet sitt hjemme, uten repeterte kontakter med sykehus. Det er en økende trend å tilby pasienter hjemmesykehusbehandling ved kroniske sykdommer, langvarig antibiotikabehandling, kreftbehandling mv.

Eldrerådet registrerer at bydelsdirektøren i sitt saksframlegg opplyser følgende: Dersom intensjonen er at kommunen og bydelen skal ha et utvidet ansvar for innbyggere i bydelen som får sykehusbehandling i hjemmet, vil det medføre endringer i bydelens tjenestetilbud. I tillegg til personell fra sykehuset, antar vi at det vil bli behov for forsterket hjelp i hjemmet. Dette stiller store krav til ressurser og kompetanse som bydelen i dag ikke er rigget til å møte. 9 10 Eldrerådet har i alle år registrert at bydelens budsjetter for hjemmetjenesten har vært meget stramme, og at det på enkelte områder som praktisk bistand i form av renhold ikke har vært midler til å tilby en tilfredstillende kvalitet på tjenesten. Eldrerådet tviler på at det vil bli stilt tilstrekkelige midler til disposisjon for at hjemmetjenesten i fremtiden skal kunne utføre de oppgaver som forutsettes i planforslagene til Gaustad og Aker. Eldrerådet tviler også på at det i planforslaget er tatt tilstrekkelig hensyn til konsekvensene av en økende eldre innvandrerbefolkning i Oslo. Under pandemien har innvandrere vært overrepresentert blant innlagte på sykehus. I enkelte grupper av innvandrere er det en overhyppighet av kroniske sykdommer som diabetes. Eldrerådet frykter derfor at behovet for sengeplasser i den planlagte utbygging på Gaustad og Aker er undervurdert, selv med den urealistiske forutsetningen at mye av pasientbehandlingen flyttes til pasientenes hjem. I sykehus som har blitt bygget de senere årene bl.a. i Østfold, har man systematisk undervurdert behovet for sengeplasser. Konsekvensene er at korridorpasienter har blitt en permanent løsning. Når det blir behov for å øke sengekapasiteten på Gaustad og Aker, vil det neppe være tilgjengelig arealer der for en slik utvidelse. På Ullevål er det arealer til et regionsykehus og lokalsykehus for flere bydeler i Oslo. Aker har arealer til et lokalsykehus for Groruddalen. På Gaustad er det arealer som sikrer utvidelser av landsdekkende funksjoner til Rikshospitalet.

Ved å beholde Ullevål har man arealer som er nødvendige for å dekke det framtidige behovet for behandlingsskapasitet på sykehus i Oslo og Osloregionen. For å dekke en liten del behovet for finansiering av sykehusbygging i Oslo skal 250 mål på Ullevål selges til høystbydende eiendomsutviklere. Eldrerådet mener dette er en særdeles kortsiktig løsning. På lengre sikt blir det en meget kostbar løsning. I Oslo har kommunen i dag mange steder problemer med å finne egnede tomter til nye sykehjem, skoler, barnehager m.m. Ofte må man velge kompliserte og kostbare

løsninger pga. tomtemangel, slik man må gjøre på Skøyen for få plass til en ny skole der. En av årsakene til mangel på egnede tomter er at kommunen tidligere har solgt for mange tomter, bl.a. for kortsiktig å styrke kommunens økonomi.»

RETT UTSKRIFT: 15.06.21

Marit Lillesveen /s
BMK-sekretær

Plan- og bygningsetaten
Boks 364
0102 Oslo

Deres ref.:
201704683 - 391

Vår ref. (saksnr.):
2021/281

Saksbehandler:
Martin Svingen Refseth

Dato: 21.06.2021

Høringssvar - planforslag for Gaustad sykehusområde - Gaustadaalléen 34

Bydelen viser til invitasjon til å komme med innspill til høring av detaljregulering for Gaustad sykehusområde og brev om utsatt høringsfrist. Bydelen har fått utsatt frist til 21.6.

Saken ble behandlet i Sagene bydelsutvalg den 17. juni. BU-sakene 21/37 og 21/38, som omhandlet planforslagene for henholdsvis Aker sykehusområde og Gaustad sykehusområde, ble behandlet samlet. Bydelens uttalelse, i form av utdrag fra protokoll med Sagene bydelsutvalgs vedtak i saken, ligger som vedlegg 1. Vedtaket kan leses på side 5-7. Bydelsadministrasjonens saksframlegg i saken ligger som vedlegg 2.

Med vennlig hilsen

Martin Svingen Refseth
bydelsplanlegger

Vedlegg:

1. Utdrag fra protokoll Sagene bydelsutvalg 17.06.21 sak 21-37 og 21-38.
2. Administrasjonens saksframlegg i BU-sak 21-38

Kopi til:

Gro Jensen Vig, saksbehandler PBE

Tore Bakken Horne, Rambøll

Møteprotokoll

Utvalg: Bydelsutvalget
Møtedato: 17.06.2021
Tidspunkt: 18:30
Møtested: Digitalt

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon	Repr	Vara for
Almaz Asfaha	Leder	MDG	
Jørgen Foss	Nestleder	AP	
Helge Stoltenberg	Medlem	AP	
Marco Andre Wang	Medlem	H	
Torbjørn Furulund	Medlem	H	
Andrea Søgner Tveit	Medlem	MDG	
Bernhard Aaboe Jensen	Medlem	MDG	
Wenche Margrethe Aas	Medlem	MDG	
Ingrid Kvamme Fredriksen	Medlem	R	
Reza Rezaee	Medlem	R	
Gry Bruland Larsen	Medlem	SV	
Jonas Finnanger	Medlem	SV	
Kjetil Ottar Eritzland	Medlem	V	
Hilde Margrete Bjørklund	1. Varamedlem	H	Julia Sandstø
Fawzi Abdirashid Warsame	2. Varamedlem	AP	Maria Varteressian

Følgende medlemmer hadde forfall:

Navn	Funksjon	Repr
Maria Varteressian	Medlem	AP
Julia Sandstø	Medlem	H
Torill Johnsen	1. Varamedlem	AP

Følgende fra administrasjonen møtte:

Morten Sanden, bydelsdirektør

Inger Lise Myklebust, assisterende bydelsdirektør

Hilde Graff, avdelingsdirektør HR

Anette Nordstaa, avdelingsdirektør Virksomhetsstyring og økonomi

Tiffany Qiu, spesialkonsulent

Møteleder: Almaz Asfaha

Møtesekretær: Elin Engum Segerblad

Saksliste:

Saksnr	Tittel
1.	Åpen halvtime
2.	Godkjenning av innkalling og saksliste
3.	Godkjenning av protokoll fra møte 29.04.2021
4. BU 21/34	Økonomioppfølging per 30. april 2021
5. BU 21/35	Oppsummering av regnskapsrevisjonen for 2020
6. BU 21/36	Høring av skolebehovsplanen 2022-2031
7. BU 21/37 og BU 21/38	Detaljregulering - Aker sykehusområde, Detaljregulering - Gaustad sykehusområde
8. BU 21/39	Høring - Aldersvennlig Oslo - Leve hele livet
9. BU 21/40	Høring - Forslag til forskrift om tildeling av tilskudd til etablering i egen bolig og tilskudd til tilpasning av boliger i Oslo kommune
10. BU 21/41	Tiltaksliste for offentlige rom i Nydalen – ny høring
11. BU 21/42	Høring – revisjon av forskrift for beboerparkering i Oslo kommune
12. BU 21/43	VO2, VM6, VM7 og VM8 – Aktuelle prosjekter for å gjøre større deler av byrommet i bydelen tilgjengelig for bruk og for å skape mer trafikksikre områder rundt bydelens skoler og barnehager
13. BU 21/44	Status på VO1 - natur i hverdagen til barnehagebarn
14. BU 21/45	Utkvittering av verbalvedtak VA1: Pilotprosjekt 6-timersdagen
15. BU 21/46	Høring - Veileder for bruk av institusjonsplasser i Oslo kommune ved Sykehjemsetaten
16. BU 21/47	Høring av forskrift om utleie av små elektroniske kjøretøy på offentlig grunn i Oslo kommune
17. BU 21/48	Sagene samfunnshus
18.	Spørretimen
19.	Orienteringssaker
20.	Eventuelt

7. BU 21/37 Detaljregulering - Aker sykehusområde og BU 21/38 Detaljregulering - Gaustad sykehusområde

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Saken legges fram uten forslag til vedtak.

Helse- og mestringskomitéen tilrår Bydelsutvalget å fatte følgende vedtak:

Bydel Sagene viser til at detaljregulering for sykehusene Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn. Sagene er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i stor grad innbyggere i vår bydel og bydelsutvalget fremmer følgende prinsipielle uttalelse til reguleringsplanene:

- Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo og bydel Sagene støtter utbygging av Akers sykehus som lokalsykehus for østlige deler av byen.
- Bydel Sagene ser med bekymring på at den sykehusstrukturen som ligger til grunn for planforslagene ikke tar høyde for den befolkningsvekst og sammensetning Oslo vil ha i de nærmeste tiårene. Sagene forutsetter en forsvarlig sykehusdekning og at det utarbeides en sykehusstruktur der Ullevål sykehus opprettholdes.
- Gode fagmiljøer eksisterer ikke alene, men i samarbeid med hverandre. Dersom Ullevål sykehus legges ned vil det ikke være mulig å bare flytte disse fagmiljøene til Gaustad eller Aker sykehus. Man vil måtte begynne på nytt.
- Bydel Sagene er bekymret over at planen legger til grunn at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandling uten at dette er utredet økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser i samråd med Oslo kommune og bydelene.
- Bydel Sagene ser med bekymring på at sykehusene lokaliseres langs samme svært trafikkerte veistrekning. Planområde er svært sårbare mht trafikkavvikling i rushtiden og ulykker langs Ring 3, og reduseres tilgjengeligheten til sykehusene både for utrykning for pasienter, ansatte og publikum.
- Gaustad sykehus ligger i byens randsoner og bydel Sagene mener at lokaliseringer vil gi vesentlig redusert tilgjengelighet for bydelens befolkning som ansatte, pasienter og pårørende med grønn mobilitet (kollektiv, gange- og sykkel).
- Planen er i strid med kommuneplanen og nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier. Forslagene forutsetter riving av funksjonell eksisterende bebyggelse og store utslipp. Planen må legge til grunn og utrede ambisiøse klima- og miljøkriterier.
- Bydel Sagene ser med bekymring på at begge sykehusene er lokalisert i støy- og luftforurensningsutsatte områder. Planen forutsetter også en nedbygging av grønnstruktur. Slike omgivelser gir samlet dårlig utgangspunkt for pasienters muligheter for å bli frisk samt pårørende og ansatte krevende omgivelser som støtte og tjenesteytere. Ullevål bør i den sammenheng opprettholdes som da det har en større tomt skjermet for forurensning og mulighet for større grøntområder mellom byggene, også vil gi vesentlig lavere utnyttelse både på Aker og Gaustad.
- Bydel Sagene ser med uro på at de finansielle forutsetningene for planene, og særlig for Gaustadutbyggingen. En kostnadsoverskridelse her vil kunne sette andre sykehusprosjekter i Helse Sør-Øst i fare. Det vil ramme helsetilbudet til 2,9 millioner mennesker i Oslo og de andre fylkene på Sør- og Østlandet.
- Bydel Sagene har med uro merka seg de faglig tunge innvendingene som Legeforeningen og Psykologforeningen har kommet med mot planene for Aker og

Gaustad. Bydel Sagene, og ber forslagsstiller samarbeide med sykehusenes fagmiljø med langt større respekt for deres faglige råd og forutsetninger.

- Bydelsutvalget er bekymret for om sykehuskapasiteten i fremtiden blir tilstrekkelig sett i lys av planene til Helse Sør-Øst. I sykehusplanene for Gaustad og Aker er det planlagt 1500 senger. Det er planlagt en vekst i antall sengeplasser som følge av økt behov fra 1350 sengeplasser til 1425 sengplasser. 75 nye sengeplasser skal ivareta behovet for sengeplasser som følge av overføringen av bydelene Sagene og Alna til henholdsvis Gaustad og Aker. Bydelsutvalget mener at dette ikke er nok ekstra kapasitet til å dekke våre innbyggers behov.
- I HSØ sine planer vil Sagene bydel komme inn under Gaustad. Forslaget følger ikke prinsippet om nærhet.
- I bydelens høringsuttalelse i 2018, til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst, ble det enstemmig vedtatt at bydelen ønsker å fortsatt ha Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) som lokalsykehus. Samarbeidet mellom bydelen og lokalsykehuset har fungerer særs godt, og bydelen frykter at samarbeidsprosjektene mellom bydelene og sykehuset ville svekkes av at en bydel trekkes ut av samarbeidet. Også Oslo kommune ønsker at LDS skal ha ansvar for Sagene. Bydelsutvalget beklager at HSØ ikke har tatt bydelens og kommunens ønsker til følge i planene for Aker og Gaustad. Bydelen å fortsette ordningen med LDS som bydelens lokalsykehus. LDS gir også uttrykk for at de fortsatt ønsker å være lokalsykehus for Sagene bydel.
- LDS ønsker å utvide tilbudet til bydelen til også å gjelde rus og psykiatri, som de mener ville være en stor fordel for Sagene bydel. I et brev om Sykehusets holdning til dette skriver LDS at det er svært synd at Sagene ikke har dette tilbudet, ikke minst i vår bydel der mange pasienter har flere tilstander og helseproblemer. Samarbeidet mellom sykehuset og bydelene om sammensatte og komplekse problemer har fungert godt og utviklet seg på en god måte.
- LDS frykter for sin fremtidige kapasitet med overføringen av oppgaver. Dersom bydelen beholder LDS som sitt lokale sykehus vil dette også kunne ramme vår bydel. I dag har mange ulike avdelinger på LDS kunnet jobbe sammen fordi de har befunnet seg på samme sykehus. Oslo. «For de pasientene som har sammensatte sykdomstilstander, og som særlig trenger et lokalsykehus med faglig bredde, er nettopp kombinasjonen indremedisin, psykisk helse og rus innen samme sykehus, og med god faglig kontakt viktig», skriver de. Vi deler deres vurdering av at et lokalsykehus med faglig bredde er viktig for pasienter med sammensatte helsetilstander og at det er viktig for fagmiljøet på sykehuset.

Bydelsutvalgets behandling:

Helge Stoltenberg foreslo å behandle sakene BU 21/37 Detaljregulering - Aker sykehusområde og BU 21/38 Detaljregulering - Gaustad sykehusområde samlet. Forslaget ble enstemmig.

Torbjørn Furulund, H, fremmet følgende alternativ forslag til vedtak:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus. (BU 21/37 Detaljregulering - Aker sykehusområde)
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta regionale og landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning.

3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen som ble vedtatt for mange år siden. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene synes ikke å være klarlagt godt nok.

4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad kan være i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier. Vi viser her til Plan og Bygningsetatens (PBE) redgjørelse.

5. Flyttekabalene kan medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv bør tas med i den samlede vurderingen av Ullevål sykehus.

6. Både kapasitet, kompetanse og ressursbehov for fremtidig sykehusstruktur i Oslo er komplekst og sammensatt, og krever sykehusfaglig kompetanse. Stortinget har ansvaret for at helsemyndighetene iverksetter en sykehusstruktur som har tilstrekkelig kapasitet, kompetanse, behandlingstilbud og infrastruktur.

Kjetil Ottar Eritzland, V, fremmet følgende tilleggsforslag til Helse- og mestringskomiteens innstilling:

- Sagene bydelsutvalg mener at det vil være et katastrofalt, irreversibelt feilgrep å avvike Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.
- Bydel Sagene vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Votering:

Hs forslag til vedtak falt med 12 stemmer (MDG, AP, SV, R, V) mot 3 stemmer (H).

Punkt 1 i innstillingen fra Helse- og mestringskomiteen ble enstemmig vedtatt.

De resterende punktene med tilleggene fra V ble vedtatt med 12 stemmer (MDG, AP, SV, R, V) mot 3 stemmer (H).

VEDTAK:

Bydel Sagene viser til at detaljregulering for sykehusene Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn. Sagene er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i stor grad innbyggere i vår bydel og bydelsutvalget fremmer følgende prinsipielle uttalelse til reguleringsplanene:

- **Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo og bydel Sagene støtter utbygging av Akers sykehus som lokalsykehus for østlige deler av byen.**
- **Bydel Sagene ser med bekymring på at den sykehusstrukturen som ligger til grunn for planforslagene ikke tar høyde for den befolkningsvekst og sammensetning Oslo vil ha i de nærmeste tiårene. Sagene forutsetter en forsvarlig sykehusdekning og at det utarbeides en sykehusstruktur der Ullevål sykehus opprettholdes.**

- Gode fagmiljøer eksisterer ikke alene, men i samarbeid med hverandre. Dersom Ullevål sykehus legges ned vil det ikke være mulig å bare flytte disse fagmiljøene til Gaustad eller Aker sykehus. Man vil måtte begynne på nytt.
- Bydel Sagene er bekymret over at planen legger til grunn at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandling uten at dette er utredet økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser i samråd med Oslo kommune og bydelene.
- Bydel Sagene ser med bekymring på at sykehusene lokaliseres langs samme svært trafikkerte veistrekning. Planområde er svært sårbare mht trafikkavvikling i rushtiden og ulykker langs Ring 3, og reduseres tilgjengeligheten til sykehusene både for utrykning for pasienter, ansatte og publikum.
- Gaustad sykehus ligger i byens randsoner og bydel Sagene mener at lokaliseringer vil gi vesentlig redusert tilgjengelighet for bydelens befolkning som ansatte, pasienter og pårørende med grønn mobilitet (kollektiv, gange- og sykkel).
- Planen er i strid med kommuneplanen og nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier. Forslagene forutsetter riving av funksjonell eksisterende bebyggelse og store utslipp. Planen må legge til grunn og utrede ambisiøse klima- og miljøkriterier.
- Bydel Sagene ser med bekymring på at begge sykehusene er lokalisert i støy- og luftforurensningsutsatte områder. Planen forutsetter også en nedbygging av grønnstruktur. Slike omgivelser gir samlet dårlig utgangspunkt for pasienters muligheter for å bli frisk samt pårørende og ansatte krevende omgivelser som støtte og tjenesteytere. Ullevål bør i den sammenheng opprettholdes som da det har en større tomt skjermet for forurensning og mulighet for større grøntområder mellom byggene, også vil gi vesentlig lavere utnyttelse både på Aker og Gaustad.
- Bydel Sagene ser med uro på at de finansielle forutsetningene for planene, og særlig for Gaustadutbyggingen. En kostnadsoverskridelse her vil kunne sette andre sykehusprosjekter i Helse Sør-Øst i fare. Det vil ramme helsetilbudet til 2,9 millioner mennesker i Oslo og de andre fylkene på Sør- og Østlandet.
- Bydel Sagene har med uro merka seg de faglig tunge innvendingene som Legeforeningen og Psykologforeningen har kommet med mot planene for Aker og Gaustad. Bydel Sagene, og ber forslagsstiller samarbeide med sykehusenes fagmiljø med langt større respekt for deres faglige råd og forutsetninger.
- Bydelsutvalget er bekymret for om sykehuskapasiteten i fremtiden blir tilstrekkelig sett i lys av planene til Helse Sør-Øst. I sykehusplanene for Gaustad og Aker er det planlagt 1500 senger. Det er planlagt en vekst i antall sengeplasser som følge av økt behov fra 1350 sengeplasser til 1425 sengeplasser. 75 nye sengeplasser skal ivareta behovet for sengeplasser som følge av overføringen av bydelene Sagene og Alna til henholdsvis

Gaustad og Aker. Bydelsutvalget mener at dette ikke er nok ekstra kapasitet til å dekke våre innbyggers behov.

- **I HSØ sine planer vil Sagene bydel komme inn under Gaustad. Forslaget følger ikke prinsippet om nærhet.**
- **I bydelens høringsuttalelse i 2018, til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst, ble det enstemmig vedtatt at bydelen ønsker å fortsatt ha Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS) som lokalsykehus. Samarbeidet mellom bydelen og lokalsykehuset har fungerer særst godt, og bydelen frykter at samarbeidsprosjektene mellom bydelene og sykehuset ville svekkes av at en bydel trekkes ut av samarbeidet. Også Oslo kommune ønsker at LDS skal ha ansvar for Sagene. Bydelsutvalget beklager at HSØ ikke har tatt bydelens og kommunens ønsker til følge i planene for Aker og Gaustad. Bydelen å fortsette ordningen med LDS som bydelens lokalsykehus. LDS gir også uttrykk for at de fortsatt ønsker å være lokalsykehus for Sagene bydel.**
- **LDS ønsker å utvide tilbudet til bydelen til også å gjelde rus og psykiatri, som de mener ville være en stor fordel for Sagene bydel. I et brev om Sykehusets holdning til dette skriver LDS at det er svært synd at Sagene ikke har dette tilbudet, ikke minst i vår bydel der mange pasienter har flere tilstander og helseproblemer. Samarbeidet mellom sykehuset og bydelene om sammensatte og komplekse problemer har fungert godt og utviklet seg på en god måte.**
- **LDS frykter for sin fremtidige kapasitet med overføringen av oppgaver. Dersom bydelen beholder LDS som sitt lokale sykehus vil dette også kunne ramme vår bydel. I dag har mange ulike avdelinger på LDS kunnet jobbe sammen fordi de har befunnet seg på samme sykehus. Oslo. «For de pasientene som har sammensatte sykdomstilstander, og som særlig trenger et lokalsykehus med faglig bredde, er nettopp kombinasjonen indremedisin, psykisk helse og rus innen samme sykehus, og med god faglig kontakt viktig», skriver de. Vi deler deres vurdering av at et lokalsykehus med faglig bredde er viktig for pasienter med sammensatte helsetilstander og at det er viktig for fagmiljøet på sykehuset.**

BYDEL SAGENE
Bydelsutvalget

Almaz Asfaha
møteleder

Elin Engum Segerblad
møtesekretær

Saksframlegg

Saksmappe:
2021/281

Saksbehandler:
Martin Svingen Refseth

Dato:
27.05.2021

Saksgang

Utvalg	Møtedato
Miljø,- kultur og byutviklingskomitéen	09.06.2021
Bydelsutvalget	17.06.2021

Detaljregulering - Gaustad sykehusområde

Bakgrunn for saken:

I sitt møte den 26.4.21 vedtok Sagene arbeidsutvalg følgende i sak AU 21/16 *Representantforslag om Ullevål sykehus*:

- *Bydelsutvalget vil behandle og avgi politisk høringsuttalelse om reguleringssak for Gaustad og Aker i sitt møte i juni 2021.*
- *Arbeidsutvalget ber bydelsdirektøren forespørre PBE om utsatt høringsfrist i detaljregulering med konsekvensutredning for saksnr 201704677 Aker sykehusområde og for saksnr 201704683 Gaustad sykehusområde.*
- *Arbeidsutvalget ber bydelsdirektør sette sakene på sakskartet for politisk behandling i juni 2021.*

Hele representantforslaget, med merknad, er tilgjengelig på bydelens nettsider, [her](#). På bakgrunn av arbeidsutvalgets vedtak har bydelen fått utsatt høringsfrist i saken slik at den kan behandles i bydelsutvalget.

Saksframstilling:

Helse sør-øst RHF (HSØ) foreslår videre utbygging av region- og lokalsykehus på Gaustad. Forslaget omfatter regulering til helse- og omsorgsinstitusjon, undervisning, forskning m.m. og bevaring av kultur og naturmiljø. Utnyttelsen blir 405 700 m² bruksareal pluss det fredete Gaustad sykehus. HSØ fremmer to alternativ:

- 1A med inntil 52 m byggehøyde tilsvarende 12 høye etasjer.
- 1B med høyde under 42 m som HSØ har utarbeidet iht. Oslo kommunes høyhusstrategi.

Plan- og bygningsetaten (PBE) mener videreutvikling av sykehus og universitet på Gaustad er i tråd med Kommuneplan 2018. Planforslaget bidrar til å dekke et samfunnskritisk behov for sykehuskapasitet. Samtidig mener PBE at det vil være vanskelig å oppnå et planforslag som både ivaretar sykehusets areal- og driftsbehov, og ivaretar bylandskapet og kulturmiljøet optimalt. Under den forutsetning at sykehuset skal fungere som et kompakt, samlet sykehus iht. HSØs målilde, anbefaler PBE alt. 1A framfor 1B, da alt. 1B innebærer høyere bebyggelse nærmere Gaustad sykehus. PBE forutsetter imidlertid justeringer i forslaget, samt utvidete rekkefølgebestemmelser.

Aker og Gaustad sykehusområder planlegges samtidig. PBE påpeker at planforslagene følger opp målbildet til Oslo universitetssykehus HF, vedtatt av Helse Sør-Øst, og at disse forutsetningene ikke behandles i planforslaget. Reguleringforslaget gir ikke føringer for hvilke sykehusfunksjoner som kan flyttes til Gaustad, men gir de fysiske rammene. PBEs rolle er å vurdere om det konkrete plangrepet kan fungere godt på Gaustad. De nye sykehusene forutsetter økt samhandling mellom sykehusene og Oslo kommune, som krever økt egendekning i kommunehelsetjenesten. PBE ønsker derfor at høringen skal bidra til å belyse om Oslo kommune er forberedt til å ta på seg den egendekningen som er lagt til grunn for kapasitetsberegningene til sykehusene.

For ytterligere informasjon om saken henvises det til [selve planforslaget](#) og [sakens dokumenter](#) (se dokument 321) for øvrig. Disse er tilgjengelig i PBEs saksinnsyn.

Bydelsdirektørens vurdering:

Gaustad sykehusområde ligger i bydel Nordre Aker, på grensen mot bydel Vestre Aker. Prosjektet skal oppføres utenfor bydelen og vil ikke påvirke byrom i bydelens nærområde. Bydelsdirektøren har således ingen innspill til de fysiske løsningene i forslaget. Bydelsadministrasjonen har ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt Oslo kommune er forberedt til å ta på seg egendekningen som er lagt til grunn for sykehusenes kapasitet. Med bakgrunn i dette legges saken fram uten forslag til vedtak.

Forslag til vedtak:

1. Saken legges fram uten forslag til vedtak.

BYDEL SAGENE

Morten Sanden
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Plan- og bygningsetaten

Arkivkode: 512.1

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Dato:

202100736-3

Lise Olsen

21.06.2021

HØRINGSUTTALELSE FRA BYDEL GRÜNERLØKKA - PLANFORSLAG FOR GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE - GAUSTADALLÉEN 34

Grünerløkka bydelsutvalg fattet i sitt møte 17.06.2021 (sak 82/21) følgende høringsuttalelse:

Bydel Grünerløkka har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn. Bydelen er enig i behovet for etablering av nye sykehus for å dekke Oslos behov for et tidsmessig sykehusstilbud med tilstrekkelig kapasitet tilpasset Oslos befolkning nå og i overskuelig fremtid. Bydelen konkluderer imidlertid med at planområdet på Gaustad er uegnet for den sykehusetableringen som er foreslått.

1. Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til fredete Gaustad sykehus og omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Siktaksen mellom Gaustad sykehus og fjorden vil også få redusert verdi dersom det tillates høyere bygg mellom Gaustad sykehus og Ring 3 enn i dag.
 - o Gamle Gaustad og omliggende grøntområder, også de i nord, må sikres vern for fremtidig utbygging. Det er i dagens planer uklart om utbyggere ser på grøntområder rundt gamle Gaustad sykehus som tomter for utvidelse av sykehuset i fremtiden.
 - o Planen vil ikke kunne ta tilstrekkelig hensyn til turveidrag og friområder i hele planområdet som er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftsområder i Oslo gjennomført i 2018/2019.

- Et nytt sykehusanlegg bør ikke bare opprettholde eller erstatte, men øke verdiene i nærområdet og videreutvikle eksisterende grøntstruktur.

PBE er gitt i oppdrag å behandle foreliggende forslag med utgangspunkt i målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Alternative lokaliseringer, spesifikt Ullevål sykehusområde, er derfor ikke vurdert. Bydel Grünerløkka ser imidlertid at Ullevål har mange av de kvalitetene som Gaustad mangler, uten å komme i konflikt med blant annet verne- og friluftssinteresser. Tidligere forslag (sist nevnt i «Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad», 28.05.2019) om å legge sykehuset som nå planlegges på Gaustad, til Ullevål må utredes med full tyngde før man gjør et endelig valg.

2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan lett få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.
3. Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvike Ullevål som sykehusområde. Oslo må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål.

Både alternativ 1A og 1B er uakseptable, begge er for høye og spesielt 1B blir for massivt i forhold til Gamle Gaustad. Dersom man allikevel velger å gå videre med et av de alternativene som foreligger mener Bydel Grünerløkka, i likhet med PBE, at alternativ 1A er å foretrekke til tross for klare brudd på blant annet krav til maksimal høyde.

Grunnlaget for dette er at det vil gi noe mer rom for det fredete Gaustad sykehus til å fremstå som en selvstendig enhet. Bydelen forventer i så fall at HSØ streker seg langt i å inkludere tiltak som kan bidra til å opprettholde og videreutvikle inkluderte friområder både i anleggsperiode og i drift.

4. De innvendingene som PBE har til planforslaget som foreligger deles av bydelen. Det må gis klare rekkefølgebestemmelser for å sikre gjennomføring av tiltak som er viktig for områdets helhetlige utvikling.
5. All ny bebyggelse på Gaustad Sykehusområde må være minst 30 meter fra Sognsvannsbekken. Det forventes spesielt at terrengoppfyllinger og murer mot Sognsvannsbekken trekkes tilbake slik at friområdet langs bekken ikke forringes.
6. Bydel Grünerløkka er bekymret for de trafikale konsekvensene dersom planforslaget blir realisert.

- Bekymringen gjelder plasseringen av helikopterplattformene med hensyn på støy, støv og vind, kombinert med den økte hyppigheten av landinger.
 - Det må realiseres en bred parkbro over Ring 3 som må utformes slik at man kan bevege seg fritt i et turveidrag fra Sognsvannsbekken nord for Ring 3 til Forskningsparken i sør uten å komme i konflikt med biltrafikk.
7. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Det vurderes også å rive bygg på Rikshospitalet for å realisere planforslaget. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
8. Turveidrag og friområder i hele planområdet er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftslivsområder i Oslo som ble gjennomført i 2018/19. Det forventes at det tas hensyn til disse under utviklingen av området og at områdene gis et nødvendig løft for å sikre bruken som en ressurs for befolkningen.

Tillitsvalgte i brukergrupper og blant ansatte må ha reell medvirkning i sykehusplanleggingen i Oslo.

Bydelsutvalget hadde følgende behandling av saken:

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Vedtak:

Bydel Grünerløkka har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn. Bydelen er enig i behovet for etablering av nye sykehus for å dekke Oslos behov for et tidsmessig sykehusstilbud med tilstrekkelig kapasitet tilpasset Oslos befolkning nå og i overskuelig fremtid. **1** - Bydelen konkluderer imidlertid med at planområdet på Gaustad er uegnet for den sykehusetableringen som er foreslått.

1. Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til fredete Gaustad sykehus og omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Siktaksen mellom Gaustad sykehus

og fjorden vil også få redusert verdi dersom det tillates høyere bygg mellom Gaustad sykehus og Ring 3 enn i dag. - **1**

- Gamle Gaustad og omliggende grøntområder, også de i nord, må sikres vern for fremtidig utbygging. Det er i dagens planer uklart om utbyggere ser på grøntområder rundt gamle Gaustad sykehus som tomter for utvidelse av sykehuset i fremtiden.
 - Planen vil ikke kunne ta tilstrekkelig hensyn til turveidrag og friområder i hele planområdet som er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftsområder i Oslo gjennomført i 2018/2019.
2. **2-** Sognsvannsbekken og tilhørende grøntområde som strekker seg fra Sognsvann via Gaustad og Forskningsparken til Marienlyst er et svært viktig område både historisk og som friområde for Oslos befolkning. Høye bygg på 42 eller 52 meter som er foreslått tett på dette grøntområdet vil redusere dets verdi betraktelig. Dette er grep som ikke kan reverseres. -**2**
 3. **3 -** Bydel Grünerløkka støtter PBEs uttalelser om at forslaget ikke følger opp flere av kommuneplanens bestemmelser mht. landskap, kulturmiljø og støy. Gaustad er et høytliggende område der fjernvirkningen av bygg på opptil 52 meter vil gjøre sykehuset synlig i store deler av byen. Dette vil bidra til å forringe den grønne innrammingen av byen som vi verdsetter så høyt. Foreslåtte byggehøyder er også i strid med gjeldende kommuneplan og høyhusplan. Det offentlige bør ikke gå foran med brudd på disse viktige utviklingsstrategiene og forvente at andre skal forholde seg til disse. - **3**

Et nytt sykehusanlegg bør ikke bare opprettholde eller erstatte, men øke verdiene i nærområdet og videreutvikle eksisterende grøntstruktur.

PBE er gitt i oppdrag å behandle foreliggende forslag med utgangspunkt i målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016. Alternative lokaliseringer, spesifikt Ullevål sykehusområde, er derfor ikke vurdert. **4 -** Bydel Nordre Aker - **4** ser imidlertid at Ullevål har mange av de kvalitetene som Gaustad mangler, uten å komme i konflikt med blant annet verne- og friluftsinnteresser. Tidligere forslag (sist nevnt i «Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad», 28.05.2019) om å legge sykehuset som nå planlegges på Gaustad, til Ullevål må utredes med full tyngde før man gjør et endelig valg.

4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan lett få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.

5. Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvike Ullevål som sykehusområde. Oslo må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål.

Både alternativ 1A og 1B er uakseptable, begge er for høye og spesielt 1B blir for massivt i forhold til Gamle Gaustad. Dersom man allikevel velger å gå videre med et av de alternativene som foreligger mener Bydel Grünerløkka, i likhet med PBE, at alternativ 1A er å foretrekke til tross for klare brudd på blant annet krav til maksimal høyde.

Grunnlaget for dette er at det vil gi noe mer rom for det fredete Gaustad sykehus til å fremstå som en selvstendig enhet. Bydelen forventer i så fall at HSØ streker seg langt i å inkludere tiltak som kan bidra til å opprettholde og videreutvikle inkluderte friområder både i anleggsperiode og i drift.

6. De innvendingene som PBE har til planforslaget som foreligger deles av bydelen. Det må gis klare rekkefølgebestemmelser for å sikre gjennomføring av tiltak som er viktig for områdets helhetlige utvikling.
7. All ny bebyggelse på Gaustad Sykehusområde må være minst 30 meter fra Sognsvannsbekken. Det forventes spesielt at terrengoppfyllinger og murer mot Sognsvannsbekken trekkes tilbake slik at friområdet langs bekken ikke forringes.
8. Bydel Grünerløkka er bekymret for de trafikale konsekvensene dersom planforslaget blir realisert.
 - Bekymringen gjelder plasseringen av helikopterplattformene med hensyn på støy, støv og vind, kombinert med den økte hyppigheten av landinger.
 - **5** - Det er videre planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak. En foreslått nødløsning for ambulansen i gang og sykkelvei ved Sognsvannsbekken er uakseptabel - **5**
 - Det må realiseres en bred parkbro over Ring 3 som må utformes slik at man kan bevege seg fritt i et turveidrag fra Sognsvannsbekken nord for Ring 3 til Forskningsparken i sør uten å komme i konflikt med biltrafikk.
9. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Det vurderes også å rive bygg på Rikshospitalet for å realisere planforslaget. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
10. Turveidrag og friområder i hele planområdet er omfattet av Kartlegging og verdsetting av friluftslivsområder i Oslo som ble gjennomført i 2018/19. Det forventes at det tas hensyn til disse under utviklingen av området og at områdene gis et nødvendig løft for å sikre bruken som en ressurs for befolkningen.

Tillitsvalgte i brukergrupper og blant ansatte må ha reell medvirkning i sykehusplanleggingen i Oslo.

Høyre opprettholdt byutviklings- og næringskomiteens innstilling:

Bydelsutvalget tar saken til orientering.

Voteringsorden:

Det ble først stemt over Sosialistisk Venstrepartis forslag, deretter ble de vedtatte forslagene satt opp imot Høyres forslag.

Deler av Sosialistisk Venstreparti forslag ble stemt over hver for seg (markert med **tall - og - tall**)

Votering:

1. SVs forslag markert **1-1** vedtatt med 10 (2 SV, 4 MDG, 1 AP, 2 R, 1 V) stemmer mot 5 (2 AP, 3 H) stemmer
2. SVs forslag markert **2-2** falt med 6 (2 SV, 1 MDG, 2 R, 1 V) stemmer mot 9 (3 MDG, 3 AP, 3 H) stemmer
3. SVs forslag markert **3-3** falt med 5 (2 SV, 2 R, 1 V) stemmer mot 10 (4 MDG, 3 AP, 3 H) stemmer
4. Forslag markert **4-4** om å endre Bydel Nordre Aker til Bydel Grünerløkka enstemmig vedtatt
5. SVs forslag markert **5-5** falt med 5 (2 SV, 2 R, 1 V) stemmer mot 10 (4 MDG, 3 AP, 3 H) stemmer
6. SVs forslag med vedtatte endringer vedtatt med 12 (2 SV, 4 MDG, 3 AP, 2 R, 1 V) stemmer mot 3 (3 H) stemmer for Hs forslag

Med vennlig hilsen

Ellen Oldereid
bydelsdirektør

Lise Olsen
sekretær, bydelsutvalget

Dokumentet er elektronisk godkjent

[MottakerNavn]
[Adresse]
[Postnr] [Poststed]

Deres ref.:
[Ref]

Vår ref. (saksnr.):
2021/379

Saksbehandler:
Henning Grøtterud Stensen, 46885027

Dato: 17.06.2021

Oversendelse av vedtak fattet i Søndre Nordstrand bydelsutvalg: Høringssvar vedrørende planforslag for Gaustad sykehusområde

Nedenfor er vedtak fattet i Søndre Nordstrand bydelsutvalg sitt møte den 10.06.2021. Vedtaket oversendes som Søndre Nordstrand bydelsutvalgs høringssvar på høring med saknummer 201704683-391.

Vedtak

Bydelsutvalget i Bydel Søndre Nordstrand mener at forslaget som ligger til grunn for utbyggingen på Gaustad/Rikshospitalet slik den presenteres i arealplanen har alvorlige negative implikasjoner for kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten i Oslo, og bydel Søndre Nordstrand i særdeleshet. Ullevål sykehus er primærsykehus for vår bydel med ca. 38.000 innbyggere i 2021.

Samtlige sykehusutbygginger i Norge de siste årene har lovet god nok kapasitet og at de skal fjerne problemet med korridorpasienter. Samtlige sykehus har dessverre så å si åpnet med korridorpasienter. Et nytt sykehuset på Gaustad vil ikke bare åpne med korridorpasienter, men også med pasienter som ikke kommer seg inn.

Bydelsutvalget kjenner til en alternativ utviklingsplan for OUS som beholder Rikshospitalet, videreutvikler Ullevål sykehus og rendyrker Aker sykehus som et lokalt sykehus. Vi foretrekker dette alternativet fordi vi ser at den dekker helsebehovene til bydelens befolkning på en bedre måte. Her kommer en oppsummering av våre begrunnelser:

Sengetallet ved norske somatiske sykehus er halvert til 11.000 på 43 år. Planforslaget for Gaustad/Aker forutsetter en ytterligere reduksjon som særlig for Aker sykehus er anslått til ca. 30% av

alle liggedøgn. Planleggingen nevner «hjemmesykehus» og samarbeid med kommunen. Dette innebærer helseisiko for bydelens pasienter, økt belastning for deres familier og økte utgifter for bydelen.

Verre blir det når forslagstilleren Helse Sør Øst legger til grunn et behovsøkning for liggedøgn på 45% (hvor ca. 20% kommer fra at Alna, Grorud og Stovner overføres fra Akershus) mens Kommunekonsult, med de samme grunntall konkluderer 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.»

Finansieringen av alternativet Gaustad/Aker forutsetter salget av eiendommene til Ullevål og Dikemark sykehusene. Det vil føre til plassmangel for de nødvendige utvidelsene gitt de manglende sengene. Sammen med den svekkelsen av dekning av helsebehovet i Oslo og i Norge generelt, åpner dette alternativet til en overføring av helsetjenester til private aktører noe som ikke gagnar flesteparten av bydelens befolkning.

Befolkningen i Søndre Nordstrand er relativ ung. Frem mot 2035/2050 vil behovet for helsetjenester for eldre øke i større grad enn i andre bydeler. Forslagstilleren regner med en økning i Oslo befolkning over 80 år på 136% frem til 2035, men forsvare en planlagt underdekning (henvisning til kommunale tjenester og «hjemmesykehus») med den «store usikkerheten i framskrivningene og med at man skal «... følge utviklingen tett og ha planer...». Det vil si at det i dag ikke finnes en plan for hvordan helsebehovet til bydelens eldre skal håndteres.

Prosjektet for Gaustad/Aker har en planlagt byggetid på 10 – 15 år. Dette vil svekke helseberedskapen for pasientbefolkningen fra Søndre Nordstrand i en lang tid. Utbyggingen forutsetter delvis riving av Rikshospitalet og byggestøy for pasientene i Gaustad. Pasientbefolkningen fra Søndre Nordstrand vil lide under byggestøy, støv og forflyttingen som ikke fremmer dere sikkerhet som pasienter.

Valg av alternativet Gaustad/Aker vil kreve store lån. Alternativet Ullevål/Aker er av Kommunekonsult anslått til å være 20 milliarder rimeligere.

En tilleggsutfordring for bydel Søndre Nordstrand er sykehusets plassering i byen - at tilgangen til sykehuset fra vår bydel i praksis blokkeres to ganger i døgnet ved rushtid og ekstraordinært ved ulykker. Ved større kriser kan sykehuset de facto ikke være tilgjengelig for Søndre Nordstrands befolkning, da all atkomst gjøres via en vei: Ring 3.



Hva gjelder Aker Sykehus, mener Bydelsutvalget at dette sykehuset må bygges hurtigst mulig. Da det bygges sammen med den nye storbylegevakten vil et ferdig sykehus kunne gi gode synergier for en storbylegevakt som trolig blir et nav i Oslo kommunes helsetjenester. Dermed vil synergier her komme hele kommunehelsetjenesten og bydelens helsetjenester til gode.

- Et primært lokalsykehus på et rehabilitert og utvidet Ullevål sykehus
- Bydelsutvalget innser at planleggingen av Gaustad/Aker med overføring til «hjemmesykehus» innebærer en økt belastning av pasienter og sine familier samt en økning i bydelens utgifter man ikke finner dekningsplan for. Bydelsutvalget ber om å velge alternativet Ullevål/Aker for å unngå «hjemmesykehus» så langt som mulig.
- Bydelsutvalget er særlig bekymret for pasientsikkerheten til bydelens pasienter under byggeperioden som er planlagt til å være særlig lang. Vi ber derfor om å velge alternativet Ullevål/Aker som gir fleksibel byggetid som ikke påvirker pasientenes sikkerhet.
- Lokalsykehus for Groruddalen og storbylegevakt på Aker. Bydelsutvalget er svært bekymret for at den planlagte utbyggingen av Gaustad/Aker undervurderer kapasitetsbehovet spesielt for lokalsykehus for bydel Søndre Nordstrand. Vi ber derfor at alternativet med Ullevål sykehus som beholdes som lokalsykehus for vår bydel.
- Bydelsutvalget er bekymret for dekning av helsetjenester for bydelens økende eldre befolkning og viser til fremtidige planer for et prosjekt som skal gjennomføres nå. Vi ber derfor om å velge alternativet Ullevål/Aker for å sikre forutsigbare helsetjenester for byens voksende eldre befolkning.
- Bydelsutvalget ber om å bevare utvidelsesmuligheter for offentlige sykehustjenester for bydelens befolkning ved å bevare tomtene til Ullevål og Dikemark sykehus i offentlig eie og velge alternativet Ullevål/Aker.
- Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier. Bydelsutvalget mener at det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.
- Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Det er ikke utredet hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv, i en tid da klimakrisen krever raske og omfattende utslippskutt i alle sektorer.
- Bydelsutvalget vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo, og støtter den foreslåtte utbyggingen av Aker sykehus.
- Rikshospitalet skal være et spesialsykehus for hele landet.
- De to ideelle sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet bygger ut kapasiteten for å sikre et bedre sykehustilbud for Oslos befolkning.



Med vennlig hilsen

Per Ivar Hammershaug
enhetsleder

Henning Grøtterud Stensen
spesialkonsulent BU-sekretær

Godkjent elektronisk

Vedlegg: 1.
Kopi til:



Plan- og bygningsetaten
Postboks 364, Sentrum
0102 Oslo

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
2021/1642

Saksbehandler:
Marianne Netland , 90175691

Dato: 23.06.2021

Bydelsutvalget i bydel Gamle Oslos uttalelse til reguleringsplan for Gaustadalléen 34

Bydelsutvalget i bydel Gamle Oslo behandlet reguleringsplan for Gaustadalléen 34 i sitt møte 17.06.2021. Vedlagt følger protokollutdrag.

Med vennlig hilsen

Tore Olsen Pran
Bydelsdirektør

Anne Britt Ruderaas
avdelingsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Vedlegg:

1. Protokollutdrag

Møteprotokoll

Utvalg: Bydelsutvalget
Møtested:
Møtetid: 17.06.2021 17:00

Til stede:

Navn	Funksjon	Medl.	Varamedlem for
Teodor Nordenstrøm Bruu	Leder	MDG	
Agnes Nærland Viljugrein	Nestleder	AP	
Tuva Løkse	Medlem	MDG	
Emil Alnæs	Medlem	MDG	
Sara Ali Barzinje	Medlem	AP	
Mats Kvaløy-Bjørbekk	Medlem	AP	
Stian Amadeus Antonsen	Medlem	SV	
Hasti Hamidiasl	Medlem	SV	
Beate Bull	Medlem	H	
Tjeran Tham Vinje	Medlem	H	
Katherine Joakimsen	Medlem	R	
Olaf Svorstøl	Medlem	R	
Gøril Bjerkhol Havro	Medlem	V	
Kjell Johansen	Medlem	FRP	
Asbjørn Aas	Varamedlem	MDG	

Følgende fra administrasjonen møtte:

Navn	Stilling
Tore Olsen Pran	bydelsdirektør
Morten Johansen	møtesekretær

Merknad i møte:

Innkalling: Godkjent

Saksliste:

AP fremmet forslag om å sette saken "SiO må beholde familieleiligheter på Tøyen!" på sakskartet. Saken ble satt på sakskartet og fikk saksnummer 119/21

Åpen halvtime:

Kala fra Kultur i Gamle Oslo

Mai B. Amundsen om 87/21 Oppsamling av duer

Helge Winsvold om jernbane

Sigrid Klæboe Jacobsen, leder av driftsstyret på Tøyen skole om planene for familiestudentblokka ved Tøyen Skole

Kristin Fredriksen om bomiljø og parker på Ensjø

Faisa Warsame fra Håp kompetanse om Håp kompetanse sitt arbeid under pandemien

Robert C. Glastad fra Fulgleadvokatene om duesaken

Heidi Røneid om duene i Urtehagen og om hvordan mennesker og fugler kan leve side om side i byen

Vidar Berget om nedhugging av trær i Svartdalen i Arnljot Gellines vei

Møteprotokollen ble godkjent på e-post.



Behandling

Ingen alternative forslag.

Votering

- BUK-hele unntatt BUK2 og BUK5: vedtatt mot 2H
- BUK2: vedtatt mot 1FRP
- BUK5: vedtatt mot 3AP og 2SV

Vedtak

1. Bydelsutvalget i Gamle Oslo er svært bekymret for planene for sykehusstrukturen, og ønsker fortsatt sykehusdrift på Ullevål. Bydelsutvalget mener at fortsatt sykehusdrift på Ullevål må utredes skikkelig, fremfor at det bygges tett og trangt på Gaustad med få muligheter for fremtidige utvidelser.

2. Bydelsutvalget støtter PBEs innvendinger mot planforslaget.

3. Det er viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet til å håndtere befolkningens fremtidige behov uavhengig av hvilke alternativ som velges, og bydelsutvalget merker seg at det i planforslaget planlegges for 85 % dekningsgrad fremfor dagens 90 %. En stadig økende eldrebefolkning, et mer komplekst sykdomsbilde i flere pasientgrupper, samt den pågående pandemien, er en viktig påminner om behovet for en robust kapasitet innenfor spesialisthelsetjenester. I videreutvikling og dimensjoneringen av spesialisthelsetjenestetilbudet er tett faglig samarbeid mellom tjenestenivåer nødvendig for bedre å møte felles utfordringer. Lokal kunnskap og innsikt må inkluderes i videreutviklingen av den helhetlige tjenesteutviklingen, uavhengig av nivå. Bydelsutvalget i Gamle Oslo er negative til at bydelene i enda større grad skal overta pasienter fra sykehusene slik planene legger opp til, og stiller spørsmål ved om kapasitetsberegningene er realistiske og ivaretar pasientsikkerheten tilstrekkelig.

4. Bydelsutvalget mener at det vil være et katastrofalt, irreversibelt feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål. Bydelsutvalget mener den massive utbyggingsplanen for Gaustad er en klar indikasjon på at det er for mye som skal presses inn på for lite areal. Det samme er tilfelle på Aker, og konklusjonen vår blir derfor at det ikke er mulig med god sykehusutbygging i Oslo uten at Ullevål beholdes.

5. Bydel Gamle Oslo er skeptisk til flytting av psykiatrien fra gamle Gaustad til den sørlige delen av Aker-tomta. Dette betyr at et fredelig og naturnært område byttes ut med et svært støy- og støvutsatt område uten egentlige naturverdier. De indre atriene, som vil være mer beskytta mot støy, ser ut til å få dårlige solforhold.

6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

7. Bydelsutvalget vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.





Bydel Gamle Oslo
Bydelsadministrasjonen
Oslo kommune

Besøksadresse:
Christian Krohgs gate.16, 0186 Oslo
Postadresse:
Postboks 9406 Grønland, 0135 Oslo

Telefon: +47 21 80 21 80
postmottak@bgo.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 974778742
oslo.kommune.no



Arkivsak: 202100274
Arkivkode: 512.1
Saksbeh: Ole Jørgen Pettersen

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Arbeidsutvalg for helse og sosial	09.06.21	29/21
Arbeidsutvalg for byutvikling og miljø	10.06.21	29/21
Grorud bydelsutvalg	17.06.21	59/21

PLANFORSLAG FOR NYE AKER OG GAUSTAD SYKEHUS

Grorud bydelsutvalg har behandlet saken i møte 17.06.21 og har fattet følgende vedtak

Vedtak:

Høringer om regulering av Gaustad og Aker sykehus – detaljregulering av Gaustadalléen 34 og Trondheimsveien 235:

- 1. Aker sykehus må gjenreises som lokalsykehus Groruddalen og stå klar til å ta imot pasientene fra de fire Groruddalsbydelene etter første etappe av utbyggingen.*
- 2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.*
- 3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.*
- 4. Den planlagte utbyggingen med høyhus og fortetting både på Aker og Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo og i konflikt med fredede og vernede kulturminner, natur- og landskapsverdier.*
- 5. Grorud bydelsutvalg mener at det vil være et irreversibelt og stort feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.*
- 6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål og Gaustad må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.*

7. Bydel Grorud vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Votering

Enstemmig

Protokollmerknad fra Rødt:

PBE sak 201704677; Trondheimsveien 235¹

Bydel Grorud er bedt om å gi særlig tilbakemelding om «kommunens egendekning innen pasientoppfølging etter nye Aker sykehus står ferdig»². Det er da nødvendig å se på hele «målbildet» for Oslo universitetssykehus (OUS). Det innebærer som kjent store utbygginger på Gaustad (Rikshospitalet), Aker og Radiumhospitalet, samtidig som Ullevål sykehus er tenkt nedlagt. Når dagens aktivitet på Ullevål i det vesentlige skal overføres til Gaustad/Rikshospitalet og Aker, blir det etter bydelens mening resultatet både høyt, tett og kompakt.

For å kunne få nok kapasitet har Helse Sør-Øst basert seg på et konsept med mer poliklinisk behandling og økt bruk av såkalt hjemmesjukehus, der pasienten behandles i eget hjem av personale fra sjukehuset. OUS har en ambisjon om at 30 prosent av leverte tjenester i 2030 skal være i form av «avstandsoppfølging» (telefon- eller videokonsultasjoner eller spesialisthelsetjenester der sjukehuspersonale kommer hjem til pasienten i stedet for at pasienten kommer til poliklinikk/dagbehandling eller er innlagt).³

Samhandlingsreformen, som blei innført i 2012, har påført primærhelsetjenesten i kommunen og bydelene et stort meransvar, som bare delvis er kompensert økonomisk og personellmessig. Det er bydelens inntrykk at det forekommer relativt ofte at pasienter skrives ut fra sjukehus for tidlig. Pleietrengende pasienter, har krevd økt kompetanse innen hjemmesjukepleien. Det tar tid å bygge opp slik kompetanse. Det er vårt inntrykk at bydelen har problemer med å møte pasientene med rett kompetanse til alle døgnets tider. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter. Situasjonen legger et urimelig press på pasient, pårørende og lokale helsetjenester.

Bydelen kjenner ikke til at det foreligger grundige utredninger av hvilken effekt videre reduksjon av sjukehusstilbudet vil ha ved overgang til hjemmesjukehus-tjenester. Vi frykter at dette ikke vil være til beste for pasientene. Vi er ikke i tvil om at det for noen pasienter kan være gunstig med pleie i hjemmet, men erfaringene fra samhandlingsreformen tyder på at økonomi i mange tilfeller vil kunne veie tyngre enn medisinske og sosiale vurderinger. Det må være en absolutt forutsetning at helseforetaket vil ta utgiftene med den spesialmedisinske oppfølginga til hjemmepasienten. Det er likevel grunn til å anta at et slikt opplegg vil medføre behov for økte kommunale hjemmetjenester for mange av pasientene, samtidig som det kan bli behov for tilpasninger av boligen. Det finnes i dag lite rom for dette i kommune- og bydelsøkonomien.

Bydelen mener videre at det er nødvendig med grundig vurdering av hvilke effekter økt bruk av hjemmesjukehus vil ha for pasientens nærmeste pårørende. Hvordan vil det påvirke familien dersom boligen omgjøres til en semi-institusjon? Korona-pandemien har tydeliggjort problemer med en boligmasse som ikke er tilpassa hjemmeskole og hjemmekontor. Vi ser at vår bydel har mange leiligheter som ikke vil egne seg som hjemmesjukehus. Vi minner også om at Oslo har en

¹ <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021027924>

² Planforslaget, kapittel 1.2, side 8

³ Artikkelen «Nye sykehus i Oslo vil styrke behandlingstilbudet i hele landet» (datert 11. april 2021) på nettstedet til OUS; <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-sykehus-i-oslo-vil-styrke-behandlingstilbudet-i-hele-landet>

svært høy andel en-person-husstander, der det altså ikke finnes andre til stede i de periodene det ikke er pleiepersonell på plass.

Vi vil også peke på at vi i Bydel Grorud har en gruppe vanskeligstilte beboere, ofte med helseproblemer, som av økonomiske grunner er uten tilgang til internett hjemmefra. Det umuliggjør avstandsoppfølging via video.

Grorud bydelsutvalg konkluderer så langt med at det ikke er grunnlag for å redusere sengekapasiteten basert på en plan om betydelig økt bruk av hjemmesjukehus og annen avstandsoppfølging.

Bydelen mener videre at det legges opp til for konsentrert og massiv utbygging både på Aker og Gaustad. At Rikshospital-tomta var så godt som utbygd fra før, har ført til at flere sjukehusaktiviteter er blitt skjøvet over til Aker. Det grunnleggende konseptet for Aker med to kryssende akser virker fornuftig, men arealbehovet er for stort for tomte. Vi har merka oss at området, som allerede i dag framstår som utbygd, nå har om lag 50 prosent grønne flater. Dette er tenkt redusert til 25 prosent, samtidig som det skisseres høyder på over 77 meter.

Det har vært vanskelig å få et tydelig bilde av høydene i Aker-prosjektet. I Groruddalen er vi vant til blokker, og vi forholder oss gjerne til etasjer i boligblokkene vi kjenner. Når planen sier at det høyeste tårnet på Aker er på 15 etasjer, så kan en fort tenke at det er innafor kommunens høyhusnorm. Men sjukehusetasjer er – på grunn av tekniske installasjoner – mye høyere enn boligetasjer. Høyhuset på 77 meter, som skal inneholde 15 sjukehusetasjer, vil om en går ut fra vanlig boligblokketasjehøyde på 2,6 meter, sett utenfra være like høyt som ei 29-etasjes boligblokk. For oss er det skremmende høyt. På samme måten vil det som omtales som «den lave basen» rundt de to høyblokkene, med sine fire sjukehusetasjer ut mot Sinsenaksen tilsvare ei 8-etasjes boligblokk.

Grorud bydelsutvalg mener dette blir for høyt og kompakt, en klar indikasjon på at det er for mye som skal presses inn på for lite areal. Det samme er tilfellet på Gaustad, og konklusjonen vår blir derfor at det ikke er mulig med god sjukehusutbygging i Oslo uten at Ullevål beholdes.

Bydelsutvalget er svært skeptisk til flytting av psykiatrien fra gamle Gaustad til den sørlige delen av Aker-tomta ut mot Ring 3. Dette betyr at et fredelig og naturnært område byttes ut med et svært støy- og støvutsatt område uten egentlige naturverdier. De indre atriene, som vil være mer beskytta mot støy, ser ut til å få dårlige solforhold. Vi vil samtidig bemerke at bygningene her i tillegg vil ligge nær åpningen for Lørentunnelen. Som kjent har en ikke metoder for å rense lufta i tunneler. Støv og forurensa luft vil trenge seg ut i tunnelåpningene og gjerne falle ned i nabolaget. I vår del av byen er det fortsatt mange som savner den tidligere fødeavdelinga på Aker. Bydelen er bekymra for at det ikke planlegges fødeavdeling på Aker før i etappe 2 av utbygginga.

Vi noterer ellers at det ikke er lagt inn erstatning for dagens tre barnehager på Aker-området. Vi er ikke kjent med at det er overskudd av barnehageplasser i dette området. Mye tyder på at kommunen derfor må framskaffe nye barnehager. Vi ser også at tolv 4-etasjes boligblokker skal rives. Bydelsutvalget er fullt klar over at Aker-området er regulert til helseformål, men siden alle boligene er bebodd i dag, betyr det at menneskene som bor her, må inn i andre boliger. Det kan fort bli et ansvar som delvis faller på Oslo kommune.

Grorud bydelsutvalg støtter PBEs merknader knytta til kollektivløsninger. Sinsen t-banestasjon ligger for langt unna, og det er stor stigning opp til sjukehuset. Det er også komplisert for gående å navigere seg gjennom gangvegene under Sinsenkrysset. Vi forutsetter derfor at det etableres andre løsninger. Den planlagte trikkelinja til Tonsenhagen bør raskt bygges ferdig opp mot Bjerke-krysset. Vi har ellers forstått det slik at avkjøring inn til legevakt og universitetets lokaler inne på Nye Aker, skal være fra Trondheimsveien, og at veien i den forbindelse må legges noe om. Vi vil gjøre oppmerksom på at det for tida jobbes for å få til midlertidige tiltak for å få ned farten (minsk støy og støv) på denne veien gjennom den tettbebygde Groruddalen. Tiltaka rundt Aker bør ses i denne sammenhengen.

Aker sykehus har gjennom over hundre år betydd mye for folk i Groruddalen, hvor Akers første sjukehus ble tatt i bruk i 1895. Bydelsutvalget ser det som ønskelig at flere av de bevaringsverdige bygningene faktisk bevares. Disse utgjør en viktig del av vår sosialhistorie og Norges krigshistorie.

Bydelsutvalget er skeptisk til at 140 av Aker-tomtas 360 registrerte trær vil bli borte. Vi støtter PBEs krav om at flere av de store trærne må skånes fra å bli ødelagt av anleggsmaskiner. Alt i alt viser dette at det planlegges bygd for tett og høyt på Aker og Gaustad, og at ei fornuftig sjukehusutvikling for Oslo tilsier at Ullevål må beholdes.

Til slutt må bydelsutvalget gjøre oppmerksom på at de fire bydelene i Groruddalen tilhører samme helsesektor i Oslo kommune, men bydelene er splittet på forskjellig lokalsjukehus og vil fortsatt være det mer enn femten år fram i tid, om HSØs planer følges. Ahus er i dag lokalsjukehus for bydelene Alna, Stovner og Grorud, mens Bjerke tilhører Ullevål. HSØs plan er kun å tilbakeføre Bydel Alna til Aker når første etappe av utbygginga er gjennomført rundt 2030, For Grorud bydelsutvalg er det en forutsetning at alle de fire Groruddals-bydelene samles på Aker etter første etappe.

Protokollmerknaden ble tilsluttet av BU mot en stemme fra Høyre.

RETT UTSKRIFT: 29.06.21

Elektronisk godkjent

Plan og bygningsetaten
Att: gro.vig@pbe.oslo.kommune.no

Helse Sør-Øst sin fagkyndige
Att: tore.bakken.horne@ramboll.no

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
202101109-7

Saksbehandler:
Hilde Lund, 95152780

Dato: 29.06.2021

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

St. Hanshaugen Bydelsutvalg har behandlet saken i møte 22.06.21 og har fattet følgende vedtak:

Bydelsutvalget viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 1.juli 2021. Bydel St. Hanshaugen er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor uttale følgende:

- 1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Bydelsutvalget støtter den foreslåtte utbyggingen av Aker sykehus.*
- 2. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.*
- 3. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.*
- 4. Ullevål- tomte er arealmessig stor nok til å romme flere fremtidige utvidelser. Bydelsutvalget mener at det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvikle Ullevål*

som sykehusområde. Bydelsutvalget ber om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.

5. Helse Sør-Øst vil legge ned Ullevål sykehus og bygge nye sykehus på Rikshospitalet på Gaustad og på Aker. Bydelsutvalget mener det vil være til stor skade for helsetjenestene i Oslo og i hele Helse Sør-Øst om planene blir realisert.

6. Bydelsutvalget vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål.

7. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

8. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.

9. Bydelsutvalget er bekymret for en utvikling der bydelen mister store offentlige arealer og mange sentrumsnære arbeidsplasser til fordel for kraftig boligfortetting, en utvikling som både henger sammen med at eiendomssalget skal finansiere flyttingen og at boligproduksjon lenge har vært hovedfokuset for byutviklingen.

Bydel St. Hanshaugen har vært kjennetegnet av en god balanse mellom arbeidsplasser og boliger. Denne flerfunksjonaliteten er et viktig mål for en god by. Med en eventuell nedleggelse av Ullevål sykehus, vil bydelen miste 8000 arbeidsplasser, i tillegg til de 4000 som allerede er tapt med Veterinærhøgskolen og NRK. Samlet risikerer vi at bydelen endrer karakter, i retning av en mer homogen og mindre urban bydel, med lengre arbeidsreiser for mange av innbyggerne.

Bydelsutvalget er også urolig for en byutvikling som ikke i tilstrekkelig grad sikrer det offentliges arealbehov og institusjonelle utviklingsbehov i et langsiktig perspektiv.

Med vennlig hilsen

Martin Veland
bydelsdirektør

Solveig Thuseth-Berg
avdelingsdirektør

[Godkjent og signert elektronisk](#)

Plan- og bygningssetaten
Postboks 364 Sentrum
0187 OSLO

Deres ref.:
201704683 og 201704677

Vår ref. (saksnr.):
2021/887

Saksbehandler:
Anne Kruke Indreberg

Dato: 30.06.2021

Oversendelse av vedtak - sykehusutbygging i Oslo

OSAK 12/21 Eventuelt

Bydelsutvalget Frogners behandling av sak 12/2021 i møte den 18.05.2021:

Sykehusutbygging i Oslo v/Tore Walaker (V)

Det var to komiteinnstillinger i saken (HUSK og MIBU) i tillegg til forslag fra Høyre.

Komiteens innstilling fra HUSK:

Bydelsutvalget i Frogner bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Frogner bydel er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor uttale følgende:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta regionale og landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.
5. Frogner bydelsutvalg mener at det vil være et katastrofalt, irreversibelt feilgrep å utvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.

6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

7. Bydel Frogner vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Komiteens innstilling fra MIBU:

Bydelsutvalget i Frogner bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Frogner bydel er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor uttale følgende:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.
5. Frogner bydelsutvalg mener at det vil være et katastrofalt, irreversibelt feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.
6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
7. Bydel Frogner vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Forslag til vedtak fra Høyre:

Bydelsutvalget i Frogner bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Frogner bydel er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor komme med noen betraktninger:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta regionale og landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad kan være i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.



5. Flyttekabalene kan medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

6. Bydel Frogner ber kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst utreder fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

VOTERING:

Komiteenes innstillinger mot Høyres forslag til vedtak:

Høyres forslag fikk 9 stemmer (7H+2MDG) mot komiteenes innstillinger som fikk 6 stemmer (1V+2A+1Frp+1SV+1R) og falt.

Vedtak

Bydelsutvalget i Frogner bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Frogner bydel er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor komme med noen betraktninger:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta regionale og landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad kan være i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.
5. Flyttekabalene kan medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
6. Bydel Frogner ber kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst utreder fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Med vennlig hilsen

Anne Kruke Indreberg
politisk sekretær

Dette dokumentet er elektronisk godkjent, og har derfor ingen signatur

Kopi til:
Plan- og bygningsetaten
Rambøll



Plan- og bygningsetaten
Rambøll
Inge Olav Solli



Bydel Frogner

Oslo kommune

Besøksadresse:
Drammensveien 60, 0271 Oslo
Postadresse:
Postboks 2400, 0201 Oslo

Telefon: +47 21 80 21 80
postmottak@bfr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 874 778 702
bfr.oslo.kommune.no



Oslo kommune
Bydel Nordstrand
Avdeling helse og samfunn

Plan- og bygningssetaten
postmotta@pbe.oslo.kommune.no
Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester
postmottak@byr.oslo.kommune.no

Dato: 30.06.2021

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Arkivkode:

201704683

Eva Kristin Krogh, 21 80 21 80

512

BYDELSUTVALGETS VEDTAK - UTTALELSE OM SYKEHUSUTBYGGING I OSLO

Det vises til offentlig ettersyn for reguleringsplan for Gaustad sykehusområde.

Bydelsutvalget i Bydel Nordstrand behandlet sak om sykehusutbygging i Oslo i sitt møte 17.06.2021, sak 63/2021. Vedtaksutskriften er vedlagt dette brevet.

Uttalelsen er likelydende vedtaket som har blitt sendt inn til reguleringsplanen for Aker sykehusområde i PBE-sak 201704677.

Med hilsen

Eva Kristin Krogh
teamleder

Andrea Dannemark
spesialkonsulent

[Godkjent og signert elektronisk](#)

Vedlegg: Vedtaksutskrift BU 17.06.2021, sak 63/2021.

Kopi til: Rambøll, tore.bakken.horne@ramboll.no



Bydel Nordstrand
Avdeling helse og samfunn

Besøksadresse:
Langbølgen 1
1150 Oslo

Postboksadresse:
Pb. 98 Nordstrand
1112 Oslo

E-post: postmottak@bns.oslo.kommune.no

Telefon: 21 80 21 80
Telefax:

Bankgiro: 1315.01.00539
Org.nr: 970 534 679



Arkivsak: 202100275
Arkivkode: 512
Saksbeh: Eva Kristin Krogh

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Nordstrand arbeidsutvalg	01.06.21	48/21
Nordstrand eldreråd	07.06.21	30/21
Nordstrand råd for funksjonshemmede	07.06.21	34/21
Nordstrand helse- og sosialkomite	08.06.21	26/21
Nordstrand bydelsutvalg	17.06.21	63/21

HØRINGSUTTALELSE OM SYKEHUSUTBYGGING I OSLO

Nordstrand bydelsutvalg har behandlet saken i møte 17.06.21 og har fattet følgende vedtak

Vedtak:

Bydelsutvalget i Nordstrand bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Nordstrand bydel er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og bydelsutvalget vil derfor komme med noen betraktninger:

- 1. Bydelsutvalget på Nordstrand mener at det vil være et stort og irreversibelt feilgrep å utvikle Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg salg til andre formål.*
- 2. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus i Oslo. Vi støtter den foreslåtte utbygging av Aker sykehus.*
- 3. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta regionale og landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning.*
- 4. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.*
- 5. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad kan være i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier.*

6. Flyttekabalene kan medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål må rives. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.

7. Bydel Nordstrand ber kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst utreder fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

8. Bydelsutvalget i bydel Nordstrand mener det beste for kommunehelsetjenesten i Oslo er:

- Et primært lokalsykehus på et rehabilitert og utvidet Ullevål sykehus*
- Lokalsykehus for Groruddalen og storbylegevakt på Aker*
- Rikshospitalet skal være et spesialsykehus for hele landet*
- De to ideelle sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet bygger ut kapasiteten for å sikre et bedre sykehusstilbud for Oslos befolkning.*

RETT UTSKRIFT: 22.06.2021

Godkjent og signert elektronisk

Irene Borge-Hansen
konsulent bydelsutvalget

Plan- og bygningsetaten
Boks 364
0102 OSLO

Deres ref.:
201704677-239 og
201704683-321

Vår ref. (saksnr.):
21/2202 - 4

Saksbeh.:
Bjørn Sletvold, 94030336

Dato:
01.07.2021

Byrådsavdelingens høringssvar til planforslag til offentlig ettersyn for Gaustad sykehusområde og Aker sykehus

Byrådsavdelingens vurdering av planforslagene er gjort ut fra behov knyttet til kommunens helsetjenester. Det er ikke gjort vurdering av andre forhold som Plan og bygningsetaten (PBE) må gjøre i plansaken, verken bygningsmessige eller miljømessige forhold.

Bakgrunn

Planforslag for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde og Trondheimsveien 235, Aker sykehus, eller nye Gaustad og nye Aker sykehus, er lagt ut til offentlig ettersyn eller høring av Plan og bygningsetaten (PBE) med høringsfrist 7.6.21. Denne er forlenget til 1.7. etter henvendelse til PBE fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI). Planforslagene er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF (HSØ) for videre utbygging av region- og lokalsykehus på Gaustad og nytt lokalsykehus på Aker, og er del av HSØs forslag til ny sykehusstruktur i Oslo. Plan- og bygningsetatens har bedt HEI svare ut følgende:

- for Gaustad sykehusområde om konsekvenser for kommunens pasientbehandling.
- kommunens egendekning innen pasientoppfølging etter nye Aker sykehus står ferdig.

Det henvises til forslagsstillers (HSØ) beskrivelse av bakgrunn for planforslagene kapittel 2.1 og Plan- og bygningsetatens vurdering i kapittel 5.1.1 (tredje overskrift).

Målbildet for Oslo universitetssykehus HF

Videreutviklingen av Aker (Nye Aker) og Gaustad (Nye Rikshospitalet) er et ledd i realiseringen av målbildet for Oslo universitetssykehus HF (OUS) slik det ble vedtatt i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24.6.2016. Målbildet innebærer at OUS skal utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Konseptfasen for de nye sykehusene ble gjennomført i 2018/2019 og er dokumentert i konseptfaserapporter fra november 2018 (*Videreutvikling av Aker og Gaustad, Konseptrapport, Oslo universitetssykehus HF*, 16.11.2018) og mai 2019 (*Videreutvikling Aker og Gaustad, Konseptrapport Barn, føde og gynekologi, Oslo universitetssykehus HF*, 23.5.2019). Konseptfaserapporten ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i 31. januar 2019 (sak 006-2019) og 20. juni 2019 (sak 050-2019). Planene er godkjent i foretaksmøte og Stortinget har sluttet seg til planene og innvilget lån til prosjektene i statsbudsjettet for 2020.

Om mål og rammer for planarbeidet fremhever PBE:

De nye sykehusene på Aker og Gaustad skal imøtekomme et fremtidig sykehusbehov i 2035 og målbildet for nye OUS. PBE ønsker uttalelse om og tilbakemelding på konsekvenser for Oslo kommunes samlede helsetjenester og førstelinjetilbud til aktuelle pasient- og brukergrupper slik at saken skal bli best mulig opplyst.

Aker og Gaustad sykehusområde planlegges samtidig. Hovedhensikten med planforslagene er å imøtekomme kommunens sykehusbehov i 2035 med nytt sykehus på Gaustad og Aker. Helse Sør-Øst beskriver dette nærmere i kapittel 2.1. Der ligger ny sykehusstruktur til grunn (se kapittel 2.1.4), samt en forutsetning om at behovet for sykehusinnleggelse vil gå ned, ettersom pasientbehandlingen endrer seg og ved at kommunen står for en større egendekning av pasientbehandlingen (se kapittel 2.1.5-2.1.7). Forslaget legger også til grunn maksimal ønsket utvidelse av Aker. Behov for økt sykehusstilbud etter 2035 er beskrevet i kapittel 2.1.8. Reguleringsforslaget fastsetter ikke hvilke sykehusfunksjoner som skal flyttes til Gaustad sykehusområde, men gir føringer for de fysiske rammene. PBE har tatt utgangspunkt i HSØ sitt uttalte behov for arealer og sammenhenger, og PBEs rolle er å vurdere om det konkrete plangrepet kan fungere godt på Gaustad. HSØ sin planlegging av de nye sykehusene forutsetter økt samhandling mellom sykehusene og Oslo kommune, som krever økt egendekning i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at høringen bidrar til å belyse om Oslo kommune er forberedt til å ta på seg den egendekningen som er lagt til grunn for kapasitetsberegningene til sykehusene. PBE sin rolle er ikke å vurdere det helsefaglige ved den nye sykehusstrukturen i Oslo, men har et ansvar for at sakene er godt nok belyst når de skal behandles av Oslo bystyre. Det er derfor viktig at høringen gir svar på hvordan ulike deler av Oslo kommune vurderer disse konsekvensene, og om kommunen vil kunne dekke befolkningens behov for helsetjenester sett på bakgrunn av de endringer i sykehuskapasitet og spesialisthelsetjenestetilbud HSØ beskriver i planforslagene. PBE ber derfor om tilbakemelding på dette spesielt fra Byrådsavdelingen for eldre, helse og innbyggertjenester.

Byrådsavdelingen HEI har valgt å svare ut de to planforslagene felles da spørsmålene som stilles vurderes som sammenfallende og HEIs kommentarer til de to planforslagene er overveiende like. Høringssvaret fra HEI tar i hovedsak utgangspunkt i lokalsykehusfunksjonene til nye OUS og betydningen for kommunens samlede (kommune-) helsetjenester til befolkningen. Det betyr at HEI har gått nærmere inn på HSØs kapasitetsberegninger og andre kvalitative endringer i spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen som HSØ har lagt til grunn i planforslagene. Av hensyn til omfanget av dataanalyse og beregninger HSØ har gjort har HEI valgt å fokusere på beregningene knyttet til somatiske lokalsykehusfunksjoner, men har også kommentert øvrige områder der det er naturlig. For å komplettere vurderingen har HEI drøftet rapporter og oversikter over beregningsgrunnlagene med HSØ. Det vises også til Oslo kommunes høringssvar til Utviklingsplan OUS 2035 (vedlagt) der flere momenter fortsatt er aktuelle, mens andre i ulik grad er tatt til følge eller svart ut av HSØ i de nye planforslagene.

Modell for framskriving av aktivitet og kapasitet

HSØ har brukt flere trinn i sin framskrivningsmodell. I trinn 1 har HSØ gjort en demografisk framskriving av sykehusaktiviteten i OUS og endring i aktivitet fra Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg. Det er benyttet pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR) fra driftsåret 2017.

Aktivitetstallene som framskrives er benyttet som grunnlag for å beregne framtidige kapasiteter. I trinn 1 er aktivitetsdata koblet med befolkningsdata framskrevet av SSB. Dette er en ren demografisk framskriving i den forstand at pasientene framskrives i tråd med både volumendringer i befolkningen i de

bostedskommunene pasientene kommer fra, og hvordan kjønns- og alderssammensetningen endres over tid. I den demografiske framskrivningen benyttes hovedalternativet for befolkningsframskrivningene fra SSB, som har et mellomalternativ for vekst på alle de fire endringsfaktorene i framskrivningen. I trinn 2 tas det utgangspunkt i den demografisk framskrevne aktiviteten fra trinn 1. Framtidig nivå på pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten er ikke bare bestemt av hvordan befolkningsvolum og kjønns- og alderssammensetning endres. Framtidig forbruk er avhengig av hvordan sykkeligheten i befolkningen utvikles og hvordan spesialisthelsetjenestetilbudet utvikles både teknologisk og organisasjonsmessig. Videre vil samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten endres, og antakelig også i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og pasienten og/eller pårørende, som en følge av blant annet teknologisk utvikling. Framskrivningen påvirkes således av demografi, epidemiologi og kvalitative endringer i sykehusenes helsetjenestetilbud.

Somatisk sektor – liggedøgn og senger

For somatisk sektor har HSØ endret to av standardfaktorene i modellen fra Utviklingsplanen 2035: Faktoren «Samhandling med kommune» nulles ut og erstattes av en ny faktor som har fått betegnelsen «Samarbeid om de som trenger det mest». I gjennomsnitt reduserte den gamle faktoren liggedøgnene fram til 2035 med 11 %, mens den nye faktoren vil redusere framtidige liggedøgn med 15 %. Faktoren «Intern effektivisering (reduksjon av liggetid)» gis dermed en redusert uttelling på 10 %. I følge HSØ betyr det at effekten på liggedøgn endres fra 7 % til 0,7 %. I den nye faktoren «Samarbeid om de som trenger det mest» er det den samme fordelingsfaktoren mellom ICD10-gruppene som den gamle faktoren «Samhandling med kommune» ga. Disse endringene vil påvirke liggedøgn framskrevet til 2035 og etter HSØs beregninger blir samlet effekt av de to endringene at det blir noen flere liggedøgn framskrevet med HSØ-faktorene enn det standardfaktorene gir.

I tillegg til disse endringene er det foreslått at beleggsprosenten endres fra høy (90 %) til middels utnyttingsgrad (85 %) i beregning av framtidig sengekapasitet. Middels utnyttingsgrad blir derfor benyttet i beregningene av framtidig kapasitet og er standard utnyttingsgrad i framskrivningsmodellen.

Somatisk sektor – poliklinikk og dagbehandling

For poliklinikk er det endring i kun en av de kvalitative faktorene:

Faktoren samhandling med kommune nulles ut og erstattes med faktoren «Brukerstyrt poliklinikk/avstandsoppfølging». Faktoren «Samhandling med kommune» reduserte antall konsultasjoner med 8 %, mens den nye faktoren «Brukerstyrt poliklinikk/avstandsoppfølging» reduserer framtidige konsultasjoner med 20 %. I tillegg til endringen i den kvalitative faktoren er det gjort en overgang fra høy til middels utnytting i beregningen av framtidig kapasitet. HSØ går fra 10 timer brukstid per dag 240 dager i året til 8 timer brukstid per dag 230 dager i året.

Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – liggedøgn og senger

Innenfor disse sektorene er kvalitative faktorene endret ved at «Samhandling med kommune» er erstattet av ny faktor «Samarbeid om de som trenger det mest». Den gamle faktoren reduserte oppholdsdøgnene med 17 %, mens den nye reduserer oppholdsdøgnene med 15 %. I tillegg til dette skal beleggsprosenten innenfor PHV voksne endres fra 90 % til 85 %, mens beleggsprosenten for PHV barn og unge samt TSB opprettholdes som tidligere med henholdsvis 75 % og 80 %.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling – poliklinikk og dagbehandling

Tilsvarende er «Samhandling med kommune» erstattet av faktoren «Teknologi (e-mestring mv)». I følge HSØ reduserte den gamle faktoren antall konsultasjoner med 6 %, mens den nye reduserer antall konsultasjoner med 15 %. Innenfor disse sektorene er det ikke ønskelig med endringer i utnyttingsgrad. Dette betyr at konsultasjonstiden for poliklinikk er 75 minutter og brukstiden er 8 timer per dag 230 dager i året.

Demografi

HSØ har benyttet befolkningsframskrivingene til SSB fra juni 2018 i den demografiske framskrivingen som ligger til grunn for kapasitetsberegningene. Generelle effekter av framskrivingen er at den demografiske effekten på utviklingen i døgnopphold og liggedøgn avdempes av de kvalitative endringsfaktorene, mens den demografiske effekten på dagbehandling og poliklinikk forsterkes av de kvalitative endringsfaktorene. Dette gjelder alle sektorene, men det er imidlertid forskjell på størrelsen av disse effektene avhengig av hvilke enheter som framskrives. Ny befolkningsframskriving fra 2020 (tabell 1) gir lavere anslag for utviklingen av Oslos befolkning og det er gjort en beregning av differansen i tabell 2, se vedlegg. HSØ har ikke gjort noen endringer i sitt grunnlag ut fra den nye befolkningsframskrivingen, og slik byrådsavdelingen kan forstå kan det medføre at framskrivingen av kapasitetsbehovet i trinn 1 er noe romsligere enn den ville blitt med utgangspunkt i den nye befolkningsframskriving fra 2020.

Epidemiologi

HSØ har lagt inn en økning i behovet for helsetjeneste fra sykehusene i sine beregninger av kapasitetsbehovene, et epidemiologitillegg. Utvikling i sykdomsforekomst er komplisert å fremskrive langsiktig da utviklingen påvirkes av både kjente og ukjente faktorer, bla befolkningens alderssammensetning, innvandring, årsaksforhold for sykdom som levekår og livsstilsfaktorer, men også utvikling i diagnostikk og behandlingsmuligheter. Flere norske rapporter de senere årene tar opp usikkerheten knyttet til hvorvidt fremtidens eldre blir friskere enn dagens eldre ¹. I «Folkehelse rapporten» fra 2014 skriver FHI at studiene om hvorvidt fremtidens eldre blir friskere er sprikende. Rapportene peker blant annet på at med økende alder øker kreftsisikoen, flere vil overleve med hjerte- og karsykdommer, risikoen for fall øker med økende alder, hvor halvparten av de over 80 år faller, og KOLS- og demensforekomsten vil øke. FHI formidler dette også i en nyere rapport fra 2019 hvor de skriver at det er begrenset kunnskap om hvorvidt fremtidens eldre vil være friskere enn i dag. FHI viser til at tall fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet tyder på at økningen i levealder det siste tiåret var med en økning både i friske og syke år. Befolkningen lever dermed også flere år i dårlig helse enn tidligere. WHO fant at debutalderen for en rekke sykdommer ikke endret seg i vesentlig grad, men studier både i Sverige og Norge, tyder på at kroniske sykdommer i mindre grad påvirker selvrapportert helse. Noen studier taler for at kognitiv funksjon hos eldre har bedret seg noe, men at studier av fysisk funksjon ikke viser tilsvarende positive resultater. Tilsvarende usikkerhet fremkommer i «Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn» fra 2016, hvor regjeringen peker på at fremtidens eldre, som gruppe, ikke nødvendigvis får bedre helse enn dagens eldre. De viser til at de færreste oppfyller anbefalinger om fysisk aktivitet, har en høy andel som røyker og at aldergruppen med høyest alkoholforbruk i dag er de mellom 55-70 år. Også SSB har pekt på usikkerheten i flere rapporter. I oppfølgingen til regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn, «Fremtidens eldre i by og bygd», skriver SSB at forskningen om hvorvidt fremtidens eldre vil være friskere ikke er entydig. I rapporten «Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder» skriver forfatterne at man vet lite om hvordan sykkelighet endrer seg når levealderen øker. I «Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren» skriver forfatterne at de ikke kan konkludere om sykkeligheten vil utvide seg som følge av økende alder eller komprimeres som følge av bedret folkehelse og levekår. I rapporten skriver de at det ikke er opplagt at veksten i bemanningsbehov vil dempes av bedre helse hos eldre. De peker på tre punkt: 1) forventede bedringer i helse kan betinge bruk av helsetjenester, 2) redusert dødelighet vil medføre at flere når en alder hvor bruke av helse- og omsorgstjenester vil være relativt høyt og 3) lavere dødelighet blant 70- og 80-åringene kan medføre at flere avslutter livet som demente. Usikkerheten finnes også i nyere norske forskningsarbeider. I en norsk tverrsnittstudie basert på HUNT dataene, ble endringer hos dem som er 70 år eller eldre innenfor selvrapportert helse, funksjonsnivå og bruken av helsetjenester studert. Studien fant dermed at eldre opplever bedre helse og fungering, men at bruken av helsetjenester økte.

¹ Følgende avsnitt er hentet fra en masteroppgave ved UiO og referanser finnes i oppgaven.» Masteroppgave MHA Erlend Elde «Dimensjonering av KAD Aker 2020-2040

Bydelene i Oslo har svært ulike andeler av befolkning med ulike landbakgrunner. Det er mangelfull kunnskap om grupper av eldre innvandreres helse, men funn kan tyde på en økt sykkelighet i tillegg til lavere helsekompetanse. Bydel Stovner har en høyere forekomst av livsstilsrelaterte helseutfordringer sammenlignet med Oslo og landet som helhet. Bydelen har gjennomgående dårligere levekår og mindre sosial deltakelse enn byen for øvrig. Dårlig levekår, lavere sosial deltagelse og livsstilsrelaterte helseutfordringer kan gi kortere forventet levealder. Et aktuelt eksempel er koronapandemien der det er vist at grupper av innvandrere med ulike landbakgrunner har hatt betydelig høyere risiko for smitte og sykehusinnleggelse enn øvrig befolkning. Erfaring tyder også på at grupper av befolkningen er mer utsatt for covid-19 både grunnet lavere helsekompetanse, lavere søking etter helsehjelp og informasjon, og lavere bruk av digitale løsninger. Personer med innvandrerbakgrunn synes å oppleve utfordringer med å finne informasjon om behandlinger av sykdommer. Under pandemien erfarte Bydel Stovner behov for tilgjengeliggjøring av tjenester og informasjon, og iverksatt flere tiltak for å styrke informasjonsformidling og etterlevelse av smitteverntiltak blant befolkningen. Dette er erfaringer som kan ha betydning for å sikre nødvendig og målrettet helsehjelp til utsatte grupper av befolkningen. Det kan bety at endringer i bydelenes demografi med økende andel innvandrere og en økende alder blant innvandrerbefolkningen vil kunne gi utslag i innbyggernes helse og helsetjenestebehov. HSØ har sett på forbruk av helsetjenester per aldersgruppe per i dag i bydelene og deretter lagt til befolkningsvekst og alderssammensetning, men ikke tatt høyde for at gruppen 80-åring i dag har hovedvekt av norskfødte, men at gruppen 80-åring om 10 år har høyere andel innvandrere i noen bydeler. Dvs. at forbruket for en norskfødt 80-åring i dag ikke nødvendigvis er det samme som for en 80-åring med innvandrerbakgrunn og økt sykdomsbyrde/lavere helsekompetanse.

Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Oslo har betydelig større sykdomsbyrde av rus- og psykiske lidelser enn landet for øvrig, både hva gjelder tapte leveår og ikke dødelig helsetap. Dette illustreres ved oversikter fra Folkehelseinstituttet (FHI), figur 1 og 2, se vedlegg. Det betyr at sykehusene og kommunen i felleskap har større utfordringer knyttet til å gi koordinert helsehjelp til disse pasientgruppene i Oslo enn andre norske kommuner. Dette er et utfordrende problemområde, knyttet til storbyfaktorer, men også til en større andel unge voksne i befolkningen sammenlignet med gjennomsnittet av norske kommuner. HSØ fremholder at befolkningen i Oslo mottar større omfang av spesialisthelsetjenester enn resten av landet. Det er det etter vår mening gode faglige grunner til, og det er behov for en styrket innsats på området. I styringsgruppen for prosjekt oppgavedeling i Oslo sykehusområde er det presentert planer for styrket innsats eller bedret organisering av områder innen psykisk spesialisthelsetjeneste.

Kvalitative endringer i sykehusstilbudene

«Samarbeid om de som trenger det mest» har i modellen et mål om å redusere framtidige liggedøgn med 15 %. I tillegg til disse endringene er det foreslått at beleggsprosenten endres fra høy (90 %) til middels utnyttingsgrad (85 %) i beregning av framtidig sengekapasitet. Middels utnyttingsgrad er benyttet i beregningene av framtidig kapasitet i framskrivningsmodellen. Reduserte liggedøgn for faktoren «intern effektivisering - reduksjon av liggetid» er gitt en redusert uttelling på 10 %. Dette betyr at effekten på liggedøgn endres fra 7 % til 0,7 %. Da nye Gaustad har et mindre sektoransvar som lokalsykehus enn nye Aker, men viktige regionale funksjoner, er uttellingen av disse faktorene større for Aker enn Gaustad. En rekke av endringer skal skje, ved at pasientstrømmer ledes til mindre ressurskrevende tjenestetilbud, bla fra innleggelse til hjemmesykehus eller ambulante tilbud, fra innleggelse i sykehus til dagopphold, bruk av pasienthotell i stedet for innleggelse, fra dagkirurgi til poliklinisk behandling, mv. Kommunen oppfatter at de kvalitative endringene HSØ foreslår gjennomført fordrer et sterkt samarbeid mellom helseforetak og kommune.

Helsefellesskap

«Nasjonal helse- og sykehusplan» skal realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. For å realisere planen etableres helsefellesskap for å bedre utnytte de samlede ressursene i helsetjenesten i et felles ansvar for gode tjenester til innbyggerne. Målsettingen er bedre pasientforløp, færre uønskede

reinnleggelser og riktigere ressursbruk. Oslo kommune har godkjent avtale om Helsefelleskap med Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet jf. byrådssak 60 av 15.04.2021. Helsefelleskapene gir Oslo kommune mulighet for større innflytelse og deltagelse i den videre utviklingen i Oslo sykehusområde, og over hvordan sykehusene planlegger sin fremtidige virksomhet.

Det er ambisiøse mål HSØ har satt for utvikling og drift av nye sykehus i Oslo. En reduksjon i liggedøgn på 15 % for gruppen «Samarbeid om de som trenger det mest» vil kreve et tett samarbeid mellom sykehusene og kommunen. Økt grad av spesialisering og utdanningsløp som ikke understøtter breddekompetanse utfordrer helsetjenestens evne til å yte gode tjenester i fremtiden. «Samarbeid om de som trenger det mest» må også inneholde en form for sekundærforebygging. Kommunen ser behov for utvikling av egnede indikatorer, effektmål, og evaluering som gjøres i samarbeid mellom sykehusene og kommunen i helsefelleskapene.

Sykehusene Lovisenberg (LDS) og Diakonhjemmet (DHS)

Kapasitet og behov ved Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus som er store lokalsykehus for hhv 3 bydeler hver i Oslo er også avgjørende for vurderingen av det samlede kommune og spesialisthelsetjenestetilbudte i Oslo. Det er gjort overføring av oppgaver mellom OUS og sykehusene og dette er inkludert i beregningsgrunnlaget. Hensikten er til dels og øke egendeckningsgraden for sykehusene. Lovisenberg og Diakonhjemmet skal ha et større ansvar for sine lokalsykehuspasienter enn de har i dag. Det er ikke gjort vurdering av endringene for disse sykehusene fra kommunens side i høringssvaret. Endringer i drift på disse sykehusene vil kunne ha betydning for kommunens helsetjenester på samme måte som endringer i nye OUS.

Oslo kommunes aktiviteter på Helsearena Aker

Oslo kommune drifter bla Kommunal akutt døgnenhet (KAD) på Aker sykehus. KAD ble opprettet som et samhandlingstiltak i 2013 og tilbyr innleggelse for pasienter som trenger kortvarig behandling i sengepost. KAD ligger i bygg 2 og 3 og lokalene leies av OUS som del av Helsearena Aker med avtale ut 2033. Planforslaget for Aker sykehus viser at bygg 2 skal rives, jf. figur 36 side 65. Bygg 3 bevares og har verneverdi. HSØ har i muntlig drøfting sagt at byggene på øvre del av Aker ikke skal rives i trinn 1 eller 2 av nye Aker, men kan bli revet etter trinn 2 på Aker. Kommunens aktivitet på Aker må finne annen lokasjon.

Beredskapsmessige forhold

Koronapandemien har vist at helsetjenestene må være forberedt på store omstillinger på kort tid for å håndtere en alvorlig pandemi. Kommune- og spesialisthelsetjeneste har erfart at det er mulig å gjennomføre store omstillinger i drift, raskt opprette nye tjenester, utvikle og ta i bruk digitale løsninger for oppfølging, koordinering og samhandling. Det gjenstår evaluering av pandemiinnsatsen på mange nivåer, men det er allerede nå klart at dette representerer positive erfaringer som kan styrke fremtidig beredskapsplanlegging. Det forutsettes at HSØ tar med erfaring fra pandemien inn i planlegging, organisering og dimensjonering av nye sykehusbygg, der smittevern hensyn må sikres, for eksempel ved mulighet for å seksjonere enheter til pandemidrift med tilstrekkelige isolater, separate adkomster og seksjonerte ventilasjonssystemer. For sykehusbyggene har HSØ utarbeidet en foreløpig rapport knyttet til smittevern hensyn under pandemien, og OUS vil levere ytterligere en rapport om temaet innen året. Når det gjelder beredskap og planlegging kan nye sykehusbygg nettopp bidra til å styrke og sikre tilstrekkelige pandemiberedskap og smittevern hensyn, men også å forebygge uønskede hendelser knyttet til eldre sykehusbygg og eldre tekniske løsninger. Kommunen forutsetter at HSØ planlegger forsvarlig gjennomføring av rigg- og byggeaktivitetene parallelt med sykehusdrift og pasientbehandling på begge sykehusene, og gjennomfører nødvendig risikoanalyse og tiltak gjennom de planlagte langvarige byggetrinnene.

Kommunens vurdering av kapasitet og målrettede kvalitative endringer i nye OUS

HSØ har gjennom flere planer og rapporter gjort et grundig arbeid for å forberede ny sykehusstruktur i Oslo. Kommunen ser fortsatt grunn til å uttrykke bekymring om den samlede kapasiteten i sykehusene i planen, og for om det er mulig å gjennomføre nødvendige kvalitative endringer i sykehus tilbudet slik at befolkningens samlede behov for helsetjenester dekkes. Det kan være risiko for redusert helsehjelp, bla ved økt forekomst av reinnleggelser som følge av kortere liggetid, og det må vurderes gode tiltak for å forebygge slik utvikling.

HSØ sin planlegging av de nye sykehusene forutsetter økt samhandling mellom sykehusene og Oslo kommune. Framskrivningen påvirkes av demografi, epidemiologi og kvalitative endringer i sykehusenes helsetjenestetilbud, herunder også forbruksmønster og pasientstrømmer. Framskrivningen tar høyde for aldersmessig befolkningssammensetning frem i tid og har lagt til forventet økning i behov for spesialisthelsetjenester (epidemiologitillegg), men kommunen er bekymret for om det er tatt tilstrekkelig høyde for hva en økende andel eldre med innvandrerbakgrunn og økt sykdomsbyrde og lavere helsekompetanse vil bety for bruken av helsetjenester. Kvalitative endringer i tilbudet, f.eks. i retning av mer brukerstyrt poliklinikk og digital avstandsoppfølging, forventes å redusere tjenestebehovet for enkelte diagnosegrupper. Medisinsk teknisk utvikling kan gi mer effektiv behandling med mindre behov for innleggelse og mindre ressurskrevende behandlingsformer. Samtidig vurderer kommunen at det er en ambisiøs målsetting om reduksjon i liggedøgn og endringer til mindre ressurskrevende helsehjelp når det fortsatt er stor usikkerhet rundt om behovet for helsehjelp utsettes ved økende alder i befolkningen, eller om samlet behov for helsetjenester økes i et lengre livsløpsperspektiv.

Utviklingsplan 2035 tar utgangspunkt i 2017 tall for sykehusvirksomheten og det bør være mulig å evaluere underveis om endring i bruk av sykehustjenester oppnås i tråd med ønskede målsetninger før nye sykehus er ferdigstilt. Det bør kunne bekreftes trender i kvalitative endringer i tråd med framskrivningen da denne skal stå for en betydelig del av reduksjonen i behov for sykehussenger.

Kommunen bemerker at endringer i kommunens helsetjenestetilbud også viser utvikling mot redusert bruk av institusjonsplasser i sykehjem og helsehus, og oppbygging av tilbud i bydelene.

Hovedpunkter til planforslaget

- Oslo kommune er bekymret for at HSØ undervurderer kapasitetsbehovet spesielt for lokalsykehusfunksjonen i Oslo. Dette kan medføre risiko for kommunen og innbyggerne både når det gjelder kapasitet, overføring av oppgaver og kostnader.
- Gevinstrealiseringen HSØ forutsetter en reduksjon av behovet for sykehussenger i lokalsykehusene med 15 %. Dette er fortsatt et ambisiøst mål.
- Oslo kommune mener at det kan være aktuelt å vurdere behovet for et lokalsykehus for befolkningen i region Oslo sør jf. tidligere høring til HSØ regional utviklingsplan 2035 og OUS utviklingsplan 2035.
- Oslo kommune vil understreke betydningen av at fremdriftsplanen for bygging av Aker sykehus opprettholdes.

Med vennlig hilsen

Svein Lyngroth
kommunaldirektør

Kari Elisabeth Sletnes
seksjonssjef

Vedlegg

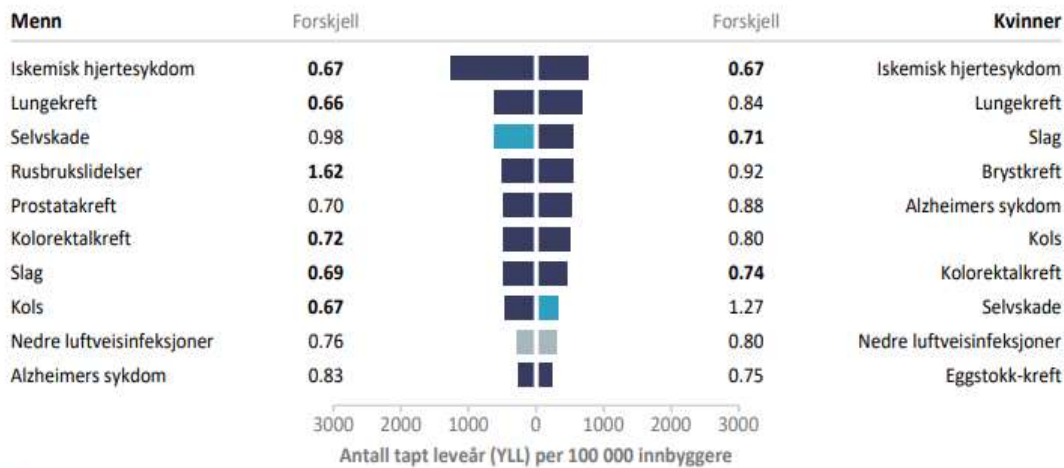
Tabell 1. Aldersfordelingen i Oslo, statistikk per 2020 og framskriving, mellomalternativet.

	2020	2025	2030	2035	2040	2050	Endring 2020- 2050	%-vis endring 2020- 2050
0-5 år	49 634	48 823	51 912	55 842	59 047	60 877	11 243	23
6-12 år	51 241	49 614	48 160	50 414	53 811	58 628	7 387	14
13-15 år	19 755	21 841	21 254	20 541	21 451	24 125	4 370	22
16-18 år	18 539	21 608	22 105	21 407	21 633	24 089	5 550	30
19-44 år	311 503	321 328	328 884	333 535	335 980	341 652	30 149	10
45-66 år	166 408	176 916	186 265	194 983	202 155	212 845	46 437	28
67-79 år	55 077	61 142	64 443	70 353	76 142	84 798	29 721	54
80-89 år	16 475	20 121	26 942	30 665	33 255	41 375	24 900	151
90+ år	4 862	4 975	5 544	7 531	10 803	15 111	10 249	211
I alt	693 494	726 371	755 508	785 271	814 278	863 499	170 005	25

Tabell 2. Forskjell i framskriving til 2035 for de eldste aldersgruppene og befolkningen totalt brukt i Utviklingsplanen 2035 og ny befolkningsframskriving 2020.

Befolkningsframskriving 2035	67-79 år	80-89 år	90 år +	I alt
Utviklingsplan OUS 2035	75602	32826	7887	829675
Befolkningsframskriving 2020	70353	30665	7531	785271
Reduksjon i ny framskriving	-6,9 %	-6,6 %	-4,5 %	-5,4 %

Figur 1

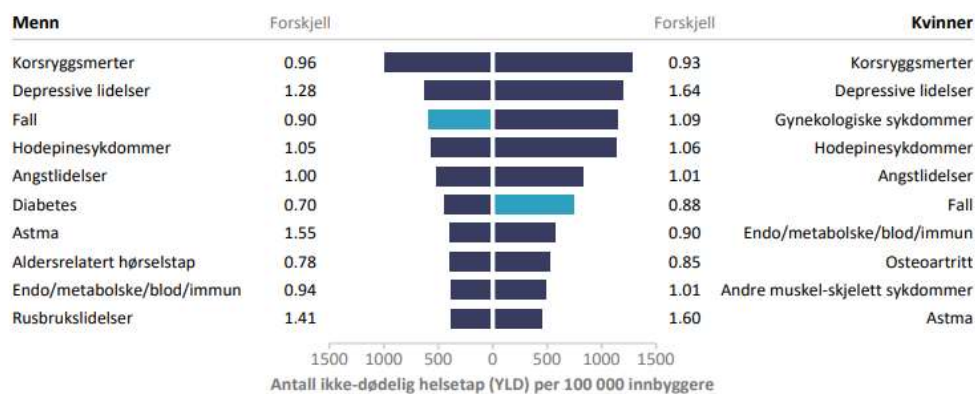


Figur 1. Topp 10 årsaker til tapte leveår (YLL) hos menn og kvinner i Oslo, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom YLL-raten i Oslo og YLL-raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

Figur 2

Årsakene til ikke-dødelige helsetap

Korsryggsmerter, psykiske lidelser (angst og depresjon) og hodepinesykdommer var viktige årsaker til YLD hos både menn og kvinner (Figur 2). Raten i Oslo skilte seg ikke fra den nasjonale raten for noen av de topp 10 årsakene til ikke-dødelig helsetap hos menn eller kvinner.



Figur 2. Topp 10 årsakene til ikke-dødelig helsetap (YLD) hos menn og kvinner i Oslo, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom YLD raten i Oslo og YLD raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

Plan- og bygningsetaten
Boks 364
0102 OSLO

Deres ref.:
201704683-350

Vår ref. (saksnr.):
21/811 - 4

Saksbeh.:
Berit Johanne Henjum,

Dato:
03.06.2021

42/1 Gaustadalléen 34 (Gaustad sykehus) - uttalelse til offentlig ettersyn

Byantikvaren viser til Plan- og bygningsetatens oversendelse av 12.04.2021. Saken gjelder endret detaljregulering av Gaustad sykehus (Gaustadalléen 34 m.fl.), med frist for uttalelse 07.06.2021. I anledning offentlig ettersyn har Byantikvaren sendt brev til Riksantikvaren 05.05.2021, hvor vi ba Riksantikvaren også vurdere om planforslagets alternativ 1a/1b ivaretar nasjonale og vesentlige regionale kulturminner.

Planforslaget

Planområdet foreslås omregulert med større utnyttelsesgrad for å tilrettelegge for videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad, med en samlet utnyttelse på 405.700 m² bruksareal (ikke medregnet bruksareal for det fredete sykehuset på Gaustad). HSØ fremmer til offentlig ettersyn alternativ 1A som åpner for 52 m byggehøyde tilsvarende 12 høye etasjer, pluss helikopterplattformer. Planalternativ 1b med høyde under 42 m fremmes som alternativ pga. krav i høyhusstrategien. Begge alternativene innebærer omlegging av Sognsvannsveien og etablering av nytt atkomsttorg mellom Rikshospitalet og lindekollen vest for gamle Gaustad sykehus. Planforslaget er i strid med føringer om blant annet støy og landskapstilpasning i kommuneplanen.

Konklusjon:

Byantikvaren fraråder planalternativ 1a og 1b, som tilrettelegger for etablering av store bygningsvolumer tett på Gaustad sykehus, omlegging av Sognsvannsveien og nedbygging av den grønne omrammingen som karakteriserer det eldre sykehusanlegget.

Planalternativene innebærer en vesentlig konflikt med hensynet til kulturminneverdiene i området og ivaretagelsen av Gaustad sykehus som et frittliggende og tronende sykehusanlegg.

Byantikvaren har oversendt plansaken til Riksantikvaren for vurdering av forholdet til nasjonale kulturminneinteresser. Riksantikvaren har sendt egen uttalelse til Plan- og bygningsetaten i saken.

Byantikvaren vurderer at bergkunstfelt ID138937 er tilstrekkelig sikret i plankart og bestemmelser med hensynssone H730_6. Vi mener imidlertid at det bør tas inn en mindre endring i bestemmelsene for N3.

Byantikvaren i Oslo finner etter en samlet vurdering å kunne tillate at reguleringsplan for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde i Oslo kommune vedtas uten vilkår om ytterligere arkeologisk undersøkelse av kulturminnet ID102793 før tiltak iht planen realiseres. Tilstrekkelig dokumentasjon er allerede gjennomført i

forbindelse med registrering utført av Byantikvaren i Oslo. Hensynssone H730_5 kan følgelig tas ut av planens kart og bestemmelser. Kulturminnene, med kulturminne-ID102793 skal merkes i plankartet som bestemmelsesområde #(nummer).

Følgende tekst skal tas inn i reguleringsplanens fellesbestemmelser: «De berørte kulturminnene, med kulturminne-ID102793 som er markert som bestemmelsesområde # (nummer) i plankartet kan fjernes uten ytterligere arkeologisk undersøkelse.»

Nyere tids kulturminner i planområdet

Planområdet omfatter Gaustad sykehus med tilhørende grøntområder. Anlegget ble oppført i perioden 1847-55 som psykiatrisk sykehus (asyl) etter datidens estetiske og miljømessige krav til slike behandlingsinstitusjoner med Heinrich Ernst Schirmer som arkitekt. Bygningene er oppført som frittliggende paviljonger i nygotisk stil med store utomhusarealer og grøntanlegg. Gaustad ble etablert som et avsondret og landlig anlegg, høyt og fritt utenfor byen, hvor naturkontakt og dyrking var vesentlige elementer i behandlingen, og både grøntanlegget rundt og landskapskonteksten er derfor viktige og integrerte deler av det kulturhistoriske anlegget. Gaustad sykehus med omkransende grøntområder er tilkjent nasjonal kulturminneverdi, og er forskriftsfredet etter kulturminnelovens § 22a.

Innenfor planområdet ligger også Sognsvannsveien 11 med pasientvillaen Arken og lysthus tilknyttet sykehusanlegget på Gaustad, samt forvalterbolig og smie fra gården Gaustad vestre. Sistnevnte bygninger ble flyttet til nåværende plassering i forbindelse med etablering av dagens Rikshospital på det opprinnelige gårdstunet. De to bygningene som hører til sykehusanlegget og deler av hageanlegg i tilknytning til lysthuset er omfattet av forskriftsfredningen, mens gårdsbygningene fra Gaustad vestre er regulert til bevaring i reg.plan S-3410, vedtatt 04.05.1994. I tillegg er parkdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus regulert til spesialområde bevaring, landskapspark, i samme reguleringsplan.

I nordre del av planområdet og i tilknytning til det fredete sykehusanlegget, ligger det tre bygninger som er kommunalt listeførte. Disse er også omfattet av Landsverneplanen som bygg i verneklasse 2. Bygningene det gjelder er «avdeling for urolige menn», fra sykehusets andre utbyggingsfase, oppført 1920-1926 og to nyere bygninger oppført som overgangsboliger i tilknytning til Nye veksthuset i 1992.

Grøntområdet som strekker seg fra Gaustad sykehus og videre mot sør er en av reguleringssjef Harald Hals' «grønne fingre» som skulle forbinde byens grønne omramning med sentrum av byen via viktige grøntområder og parker. Intensjonen var å beholde de ubebygde Gaustadområdene sammen med kommunens eiendommer på Sogn, som gir et grøntdrag som velter i en bred bølge helt ned til Blindern.

Byantikvarens vurdering av konsekvensutredning

Konsekvensutredningen besvarer og beskriver konsekvensene for kulturminneverdiene i tråd med kravene i planprogrammet. Vurderingen av tiltakenes virkning på opplevelsesverdien av Gaustad sykehus og de historiske strukturene er imidlertid beskrevet i forsiktige vendinger som at opplevelsesverdien *kan* bli *noe* redusert. Etter Byantikvarens vurdering vil oppføring av nye sykehusbygninger og omlegging av Sognsvannsveien helt klart redusere opplevelsesverdien av Gaustad sykehus. Vi er her ikke enige i vurdering av konsekvensene, selv om analysen og beskrivelsen for øvrig synes å være etterrettelig. Byantikvaren stiller for øvrig spørsmål ved om etablering av parkeringskjeller under hele grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus også burde ha vært behandlet i konsekvensutredningen.

Byantikvarens vurdering av planalternativene

Byantikvaren er kritisk til utbygging av nytt sykehusanlegg på Gaustad da romprogrammet etter vår vurdering er altfor stort for den aktuelle tomten og medfører plangrep som er i konflikt med nasjonale kulturminneinteresser. Dette har vi påpekt ved bestilling av oppstartsmøte, varsel om oppstart av detaljregulering/ offentlig ettersyn av

planprogram og i dialogmøter. Til andre gangs offentlig ettersyn av planprogrammet i oktober 2018 skrev Byantikvaren blant annet at: «*Selv om det ikke er beskrevet eller visualisert hvilke byggehøyder eller byggetetthet som ligger i beskrivelsen «høyere tetthet», vil innpassing av 80 000-160 000 m² innenfor de foreslåtte utviklingsområdene i planalternativ 1 gi byggehøyder som langt overstiger byggehøydene i det fredete sykehusanlegget og dagens Rikshospital.*

Plangrepet med innpassing av høye nybygg i den bevaringsregulerte landskapsparken mellom Rikshospitalet og det forskriftsfredete Gaustad sykehus, samt omlegging av Sognsvannsveien tett på det fredete anlegget vil vesentlig svekke konteksten til det historiske sykehusanlegget i seg selv og forholdet mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet.

Byantikvaren kan heller ikke utelukke at planalternativets forslag til fremtidig utvikling innenfor bebygd areal nord og sør i planområdet vil kunne komme i konflikt med hensynet til Gaustad sykehus og øvrige, erkjente kulturminner innenfor planområdet. Områder langs Ringveien sør i planområdet er avsatt til fremtidig utvikling, med høyere tetthet ved krysset Gaustadalléen og Sognsvannsveien. Her vil det være viktig å sikre siktlinjer og ivareta opplevelsen av landskapsrommet omkring sykehusanlegget.»

Til offentlig ettersyn foreligger det to planalternativ:

Alternativ 1a innebærer oppføring av nytt sykehus med høyder opptil 52 meter i den sørøstlige delen av planområdet mot Sognsvannsbekken, tilbygg til pasientfløyene i grøntdraget mot Gaustad sykehus, omlegging av Sognsvannsveien gjennom Lindekollen, etablering av atkomsttorg mellom Rikshospitalet og Lindekollen og ny bebyggelse på den såkalte parkeringstomten mellom Ring 3 og Gaustad sykehus.

Alternativ 1b bygger på samme plangrep og har samme bruksareal som 1a. For å imøtekomme kommuneplanens makshøyde på 42 meter har planalternativet et større fotavtrykk enn 1a, som medfører at alternativet bygger ned enda mer av grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad.

Byantikvaren har følgende kommentarer til planalternativenes slik de foreligger til offentlig ettersyn:

Byggehøyder

Innpassing av et omfattende romprogram innenfor et svært begrenset, bebyggbart areal medfører et prosjekt med store byggehøyder. Byantikvaren har tidligere i prosessen signalisert at nybygg burde innpasses sørøst i planområdet, men de store byggehøydene på henholdsvis maks 52 meter og 42 meter for alternativ 1a og 1b overstiger i stor grad høyden på den omkringliggende bebyggelsen og fremstår i skala som lite tilpasset landskapsrom og nærmiljø. Byantikvaren vurderer likevel alternativ 1a som mindre konfliktfylt for de nasjonale kulturminneinteressene enn alternativ 1b, da sistnevnte forslag innebærer flere og høyere bygningsfløyer i grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus.

Nybygg mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus

Grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus inngår ikke i fredningsområdet for Gaustad, men er regulert til spesialområde bevaring – landskapspark i den statlige reguleringsplanen for nytt Rikshospital på Gaustad (S-3410, vedtatt 04.05.1994). Landskapsparken utgjør en viktig buffersone mellom det historiske sykehusanlegget og nyere bebyggelse og ivaretar den grønne forbindelsen mellom Marka, Gaustadjordene og byen.

Plangrepet i alternativ 1a og b omfatter etablering av nybygg i forlengelsen av Rikshospitalets kamstruktur inn i landskapsparken. De forlengede fløyene er i volum noe tilpasset skalaen til eksisterende bebyggelse, men plassering i landskapsrommet mellom Rikshospitalet og Gaustad er svært uheldig. De utvidete fløyene reduserer den grønne omrammingen rundt Gaustad og endrer i vesentlig grad opplevelsen av gamle Gaustad sykehus som

en historisk institusjon med en intendert, isolert beliggenhet. Alternativ 1b innebærer større nedbygging av grøntdraget enn alternativ 1a som følge av omdisponering av bruksareal for å få ned byggehøyden på de høyeste bygningene innenfor planområdet. Dette grepet er ikke heldig for de nasjonale kulturminneinteressene da nybyggene dermed medfører et mer omfattende inngrep i den grønne omrammingen omkring Gaustad.

Sett nordfra vil de nye bygningsfløyene både i alternativ 1a og 1b vesentlig redusere grøntdraget. De forlengede fløyene vil fremstå som fondmotiv som dekker for utsynet mot Lindekollen fra øvre del av Sognsvannsveien. Sammen med omlegging av Sognsvannsveien vil dette medføre at Lindekollen med de historiske bygningene ikke oppleves som en integrert del av sykehusanlegget på Gaustad. Fra atkomsttorget vil de forlengede fløyene stenge for visuell kontakt oppover langs grøntdraget og skjule store deler av Gaustad sykehus.

I tillegg til nye bygningsfløyer over terreng, tilrettelegger planalternativene også for etablering av parkeringskjeller under terreng under tilnærmet hele grøntdraget mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Byantikvaren savner en tydeligere redegjørelse og synliggjøring av hvilke konsekvenser etablering av underjordisk parkering vil få for opplevelsen og verdiene i landskapsrommet. Vi stiller også spørsmål ved om underjordisk parkeringskjeller lar seg kombinere med den foreslåtte opparbeidingen av parkområdet P1 til dyrkingshage/parselhage. Byantikvaren vurderer forslaget om å tilrettelegge for dyrkingshager isolert sett som et interessant grep. Dersom opparbeidelsen baserer seg på historisk dokumentasjon av hvordan nyttehagene på Gaustad var organisert, vil parselhagedrift potensielt kunne bidra til formidlingen av Gaustads historie.

Omlegging av Sognsvannsveien

Byantikvaren er svært kritiske til at plangrepet forutsetter omlegging av Sognsvannsveien gjennom Lindekollen og tett på det sørøstlige hjørnet av sykehusanlegget. Veiomleggingen innebærer at parkanlegget på Lindekollen, pasientvillaene og kjeglebanen fysisk avskjæres fra resten av det historiske sykehusanlegget. Dette svekker opplevelsen av det helhetlige anlegget. Omlegging av veien tett på hovedinngangen til Gaustad sykehus svekker også opplevelsen av sykehusanlegget som et avsondret og tilbaketrukket anlegg, hvor nettopp avskjermingen fra samfunnet var et viktig aspekt ved behandling og rehabilitering av pasientene. Selv om forslagsstiller har gjort noen mindre justeringer av linjeføring og veibredde i løpet av planprosessen, innebærer veiomleggingen fortsatt en kraftig reduksjon av den grønne omrammingen omkring Gaustad sykehus og svekker sammenhengen i det opprinnelige anlegget. Byantikvaren opprettholder sin sterke frarådning av veiomleggingen.

Atkomsttorg

Plangrepet med nybygg sørøst i planområdet medfører at dagens atkomsttorg for Rikshospitalet bygges ned. I stedet foreslås det å etablere et nytt atkomsttorg mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus/Lindekollen. Byantikvaren er enig i at etablering av atkomsttorg mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus vil kunne gjøre det lettere å aktivisere Gaustad sykehus. Vi er imidlertid negative til at atkomsttorget rammes inn av en ny, stor bygningsfløy innenfor felt 4 og at funksjonaliteten for et nytt atkomsttorg ifølge forslagsstillers argumentasjon er avhengig av en omlegging av Sognsvannsveien for å etablere enveiskjøring over atkomsttorget.

Nybygg på P-hustomten

Nybygg på p-hustomten må både ivareta hensynet til utsyn fra Gaustad og sikre at anlegget fortsatt kan oppleves som et anlegg som troner over landskapet nedenfor. Slik nybygg og reguleringskonvolutt fremstår ved offentlig ettersyn, har forslagsstiller tatt utgangspunkt i den siktsektorvurderingen som ble benyttet ved reguleringssaken for Livsvitenskapsbygget. Byantikvaren anbefaler at det reguleres inn en bredest mulig siktsektor slik at det opprinnelig vide utsynet fra hovedinngangen til Gaustad sykehus ivaretas. Dette vil også i større grad ivareta synligheten av Gaustad fra omkringliggende områder. Som minimum bør den lavere delen av nybygget være like bred som tilsvarende lavere bygningsfløyer i Livsvitenskapsbygget, som er under oppføring nå.

Bevaring og ny bruk av historiske bygninger og anlegg

Erkjente kulturminner med nasjonal og vesentlig regional verdi innenfor planområdet er forutsatt bevart i forslag til ny regulering og er sikret juridisk vern gjennom regulering til hensynssone H-570 og båndleggingssone H-730. Dette anser Byantikvaren som positivt. De foreslåtte hensynssonebestemmelsene bygger på standardbestemmelser for H570 og H730 og sikrer sammen med fredningsbestemmelsene juridisk vern av kulturminneverdiene.

Byantikvaren anbefaler imidlertid at det gjøres justeringer av bestemmelsene for hensynssone H570_1, hvor det er regulert inn en mulig fremtidig kobling mellom den bevaringsverdige bygningen og evt. nybygg tilhørende fase 2. Etter Byantikvarens vurdering bør bestemmelsene stramme inn mulighet for sammenkobling gjennom å legge føringer for omfang, plassering og/eller utformingsprinsipp.

Bestemmelser for bestemmelsesområde # 10 Kulvert (vertikalnivå 1) bør også justeres. Etablering av underjordisk kulvert frem til bebyggelsen i felt 18 (Gaustad sykehus) vil medføre inngrep i områder som er omfattet av forskriftsfredningen. Tiltaket vil dermed være avhengig av dispensasjon fra fredningen. Dette bør etter Byantikvarens vurdering fremgå av bestemmelsen.

Byantikvaren er positiv til at reguleringsforslaget tilrettelegger for ny bruk av de historiske bygningene. Gaustad sykehus med utomhusarealer reguleres til kombinert bebyggelse og anlegg; undervisning/helse- og omsorgsinstitusjon/annen offentlig eller privat tjenesteyting (forskning)/hotell med båndlegging etter lov om kulturminner. Forslag til reguleringsformål legger noen begrensninger på hvilken bruk bygningene skal ha i fremtiden, men det er fortsatt uavklart hva den endelige bruken vil være. Byantikvaren anbefaler at ny bruk tar hensyn både til potensialet og begrensningene som ligger i det fredete anlegget. Vi forutsetter at bruksendring ikke medfører behov for inngrep som er i strid med fredningen.

Automatisk fredete kulturminner – tillatelse til inngrep i kulturminne-ID 102793

Innenfor planområdet er det registrert to lokaliteter som er automatisk fredet i medhold av lov 9. juni 1978 nr. 50 om kulturminner (kulturminneloven) § 4 første ledd.

Lovhjemmel og myndighet

I henhold til kulturminneloven § 8 fjerde ledd skal det, i forbindelse med behandlingen av reguleringsplanen, tas stilling til om det kan gis tillatelse til inngrep i automatisk fredete kulturminner som blir berørt av planen. Byantikvaren i Oslo er rette myndighet til å fatte avgjørelse i slike saker, jf. forskrift om fastsetting av myndighet mv. etter kulturminneloven § 3 andre ledd.

Beskrivelse av kulturminnene

Byantikvaren foretok arkeologiske registreringer av planområdet i 2006 og 2018. Innenfor planområdet er det registrert to automatisk fredete lokaliteter. Dette er en bergkunstlokalitet (ID 138937 i Riksantikvarens database Askeladden) samt et aktivitetsområde (ID 102793 i Riksantikvarens database Askeladden). Bergkunstlokaliteten har 5 registrerte skålgroper, og ligger på en bergflate i en liten lund i planområdets nordvestre del. Bergkunsten dateres til yngre bronsealder/ tidlig jernalder. Aktivitetsområdet ligger i planområdets nordøstre del, og består av funn av kokegrop, en avfallsgrop, ett stolpehull og tre udefinerte nedgravninger. C14-prøver fra to av anleggene ga sprikende dateringer, fra overgangen yngre bronsealder-eldre jernalder til moderne tid.

Beskrivelse av planens arealbruk og eventuell konflikt med kulturminner

Bergkunstfelt ID 138937 er regulert til hensynssone H730_6, og Byantikvaren vurderer at den automatisk fredete lokaliteten er tilstrekkelig sikret i plankart og bestemmelser i planforslag til offentlig høring.

De omliggende arealene reguleres til naturområde N3, med følgende bestemmelse:

«Innenfor området tillates ikke hogging av trær eller inngrep i bakken som kan skade trærnes røtter. Ved beskjæring av eiketrær, skal de større avsgde grenene bli liggende på bakken så langt det lar seg gjøre, men utenfor båndleggingssone for kulturmiljø H730_6. Bymiljøetaten skal varsles før beskjæring starter.»

Byantikvaren vurderer det som positivt at omliggende områder reguleres til naturområde, og at det som er igjen av bergkunstens opprinnelige kontekst bevares. Det er også positivt at bestemmelsen sikrer at grener osv. ikke skal legges inne i det båndlagte området. Vi presiserer imidlertid at inngrep i bakken også kan gjøre skade på uregistrerte automatisk fredete kulturminner innenfor N3.

Aktivitetsområde ID 102793 er foreslått regulert til hensynssone H730_5. Denne hensynssonen ligger imidlertid også innenfor arealformål bebyggelse og anlegg (felt 14- Undervisning/helse-/omsorgsinstitusjon/ annen offentlig eller privat tjenesteyting(forskning)/hotell). Innenfor dette arealformålet åpnes det for tiltak som virke inn på den automatisk fredete lokalitetens bevaringsverdi.

Byantikvarens merknader og vurdering av saken

Kulturminneforvaltningen skal verne om kulturminner som ikke-fornybare ressurser, og arbeide for at kulturminneverdiene blir tatt hånd om på best mulig måte og nyttiggjort i et samfunn i endring. Tillatelse til inngrep i automatisk fredete kulturminner kan bli gitt etter en vurdering av de kulturminnefaglige verdiene veid opp mot private hensyn, og hensyn til samfunnet.

I denne saken vurderer Byantikvaren at bergkunstfelt ID 138937 er tilstrekkelig sikret i plankartet med hensynssone H730_6, samt tilhørende reguleringsbestemmelser. Vi ber imidlertid om en mindre endring i bestemmelsene for N3 for å sikre eventuelle uregistrerte automatisk fredete kulturminner under markoverflaten. Byantikvaren presiserer at inngrep i bakken også kan gjøre skade på uregistrerte automatisk fredete kulturminner innenfor N3, og ber om at denne formuleringen tas ut av bestemmelsen «...som kan skade trærnes røtter» og at bestemmelsen dermed får følgende utforming:

«Innenfor området tillates ikke hogging av trær eller inngrep i bakken. Ved beskjæring av eiketrær, skal de større avsgde grenene bli liggende på bakken så langt det lar seg gjøre, men utenfor båndleggingssone for kulturmiljø H730_6. Bymiljøetaten skal varsles før beskjæring starter.»

Byantikvaren vurderer at arealformålet bebyggelse- anlegg åpner for tiltak som på sikt kan komme i konflikt med en eventuell bevaring av den automatisk fredete lokaliteten ID 102793- aktivitetsområde. Vi vektlegger imidlertid at kulturminnene som ble påvist er av en vanlig forekommende type, og at den vitenskapelige kildeverdi er tilstrekkelig dokumentert i sammenheng med de arkeologiske undersøkelsene som allerede er gjennomført. Kulturminnenes verneverdi og opplevelsesverdi er derfor vurdert som lav sett i forhold til det planlagte tiltakets private eller samfunnsmessige betydning.

Byantikvaren i Oslo finner etter en samlet vurdering å kunne tillate at reguleringsplan for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde i Oslo kommune vedtas uten vilkår om ytterligere arkeologisk undersøkelse av kulturminnet ID 102793 før tiltak iht planen realiseres. Tilstrekkelig dokumentasjon er allerede gjennomført i forbindelse med registrering utført av Byantikvaren i Oslo. Hensynssone H730_5 kan følgelig tas ut av planen kart og bestemmelser. Kulturminnene, med kulturminne-ID 102793 skal merkes i plankartet som bestemmelsesområde # (nummer).

Følgende tekst skal tas inn i reguleringsplanens fellesbestemmelser:

«De berørte kulturminnene, med kulturminne-ID 102793 som er markert som bestemmelsesområde# (nummer) i plankartet kan fjernes uten ytterligere arkeologisk undersøkelse.»

Med vennlig hilsen

Hogne Langset
avdelingsleder

Berit Johanne Henjum
antikvar

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kopi til:

Riksantikvaren

Postboks 1483 Vika

0116

OSLO

Mottakere:

Plan- og bygningsetaten

Boks 364

0102

OSLO



Plan- og bygningsetaten
Boks 364 Sentrum
0102 OSLO

Dato: 29.06.2021

Deres ref.: 201704683 - Vår ref.: 17/07307-31
350

Saksbeh.: Elin Lindal
Org. enhet: Byutvikling og arealplan

Arkivkode: 512

UTTALELSE TIL OFFENTLIG ETTERSYN - GAUSTADALLÉEN 34

Vi viser til offentlig ettersyn av planforslag for nytt stort sykehus i Gaustadalléen 34, samt bekreftelse på utsatt frist til 28. juni. Vi har følgende bemerkninger til planforslaget:

1. Bymiljøetaten fraråder planforslaget

Planforslaget fremmes med flere alternativer. PBE foretrekker alternativ 1A. Bymiljøetaten (BYM) ser at dette alternativet ikke har like store inngrep i eksisterende grøntområder som de øvrige alternativene. Ulempen ved alternativ 1A er høyden på bebyggelsen og uheldige nærvirkninger og fjernvirkninger, som forringelse av opplevelseskvaliteter på og ved området. Vi støtter PBEs innvendinger mot planforslaget. Fra vårt ståsted er særlig følgende momenter i tråd med våre ankepunkter:

- Konsekvensene for landskap og kulturmiljø.
- Høy bebyggelse i vestre del blir dominerende i nær- og fjernvirkning.
- Terrengoppfyllinger og murer foreslås for tett på Sognsvannsbekken.
- Det mangler rekkefølgekrav til viktige gang-/sykkelforbindelser og turveier.

BYM mener det er svært kritikkverdig dersom forslaget blir godkjent slik det nå foreligger. Unike kvaliteter vil forringes ved en så omfattende utbygging. Planforslaget bærer preg av å skulle presse alt for mye inn på en for liten eiendom sett opp mot behovene for å ivareta store kulturminne- og naturverdier på eiendommen. Vi frykter for fremtidige ønsker om utvidelser og dermed ytterligere konsekvenser for naturverdier og friluftsliv.

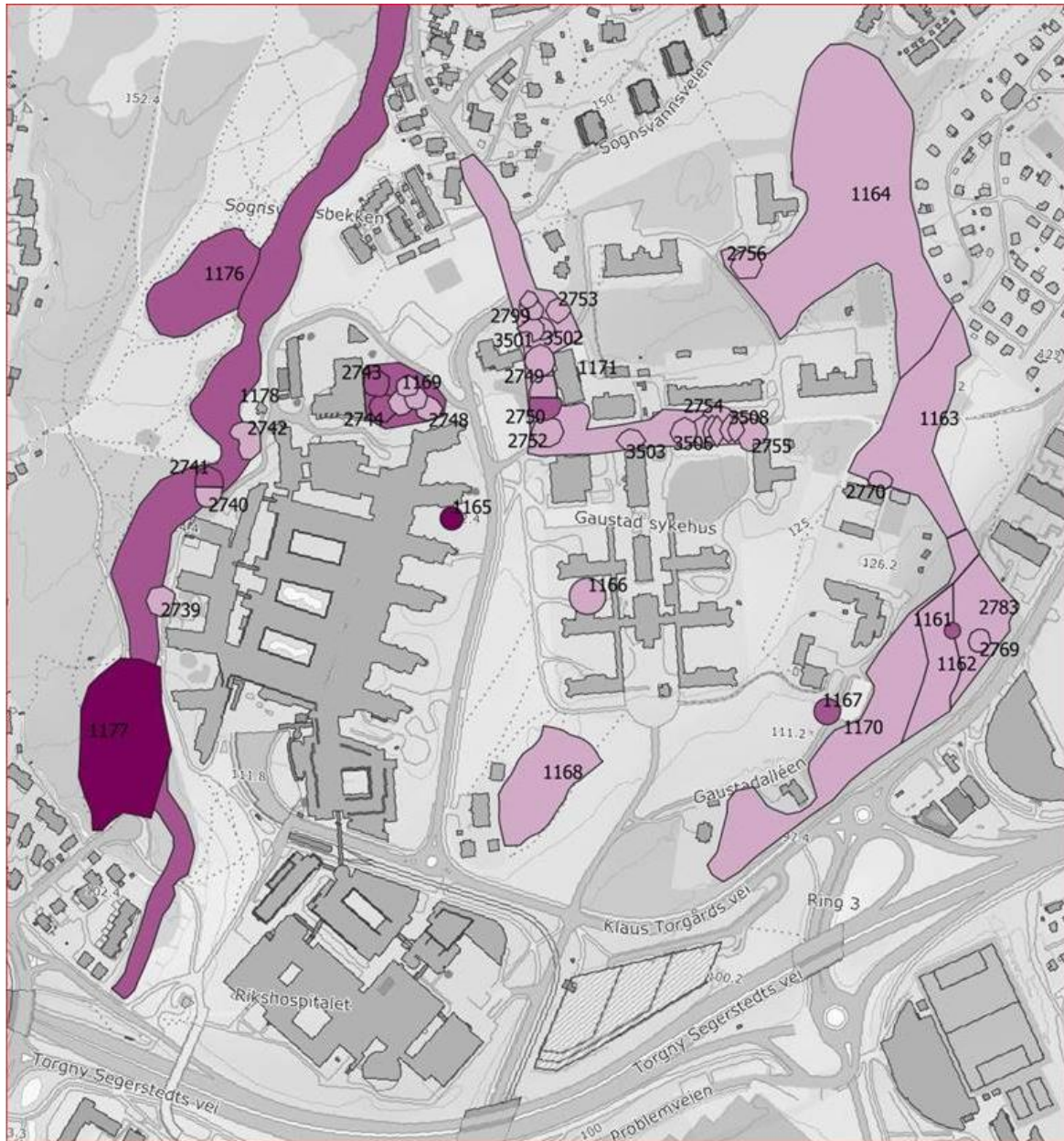
Vi kan ikke anbefale planforslaget av følgende årsaker:

- Det har negative konsekvenser for naturverdiene i området
- Det har negative konsekvenser for rekreasjon og friluftsliv
- Uheldig plassering av akuttmottak og dårlig fremkommelighet for ambulanse
- Planforslaget bidrar i for liten grad med nye anlegg for myke trafikanter

Vi vil utdype disse punktene nedenfor.

2. Planforslaget har negative konsekvenser for naturverdiene i området

Vi har nylig fått gjennomført en ny naturtypekartlegging i området. Nedenfor er kart med de nye avgrensningene (dess mørkere farge dess høyere naturverdi):



Vi ber om at disse nye naturtypeavgrensningene blir brukt i det videre planarbeidet.

2.1 Inngrep i Slåttemark

Planforslaget innebærer midlertidige inngrep i kanten av naturtypen slåttemark, lokalitet 1177. Dette er en utvalgt naturtype iht. naturmangfoldloven. Området er gitt A-verdi.

I områder hvor det er registrert naturverdier med **nasjonal verdi (A-områder)** tillates ikke tiltak som kan forringe naturverdiene ifølge kommuneplanens juridiske arealdel § 7.6.

Slåttemarkene (også kalt slåtteeenger) er både viktig for arts mangfold og er en del av vår kulturarv. De har vært brukt i Norge i flere hundre år. Det er ugjødsle enger som ble slått for å skaffe vinterfôr til husdyr og beite vår og høst. Svært mange arter har slåttemarkene som leveområde. Riktig skjøtsel gir opptil 50 plantearter på én kvadratmeter. Plantemangfoldet gir

også et stort antall insekter med f.eks. mange arter av humler, bier og sommerfugler. I tillegg finnes mange sjeldne sopper i denne naturtypen. I dag har både slåttemarkene og mange av artene som lever der, blitt sjeldne. Naturtypen er derfor oppført som kritisk truet (CR) i Norsk rødliste for naturtyper fra 2018.

BYM mener derfor at forslaget om midlertidige inngrep i naturtypen ikke kan godkjennes.



Bildet viser ei slåttemark som er i god hevd i Storlia i Leksvik kommune i Nord-Trøndelag.
Foto: Sissel Rübberdt

2.2 Inngrep i Sognsvannsbekkens kantsone

Kantsonen til Sognsvannsbekken (lokalitet 2741) er gitt B-verdi. Planforslaget innebærer omfattende inngrep helt inntil kantsonen til Sognsvannsbekken uten buffersone, med inngrep som bru, dam og terrengarbeider. Livet i og langs Sognsvannsbekken vil forstyrres og lide tap som kan få konsekvenser både på kort og lang sikt som en følge av anleggs- og byggearbeidet. Dette står i konsekvensanalyser utført i forbindelse med planarbeidet.

I områder hvor det er registrert naturverdier med regional verdi (B-områder) skal det foreligge **særlige grunner** for å tillate tiltak som kan forringe naturverdier ifølge kommuneplanens juridiske arealdel. I tillegg har kantvegetasjon verdi i seg selv. Kantvegetasjonen er svært viktig for å motvirke erosjon og er viktig levested for planter og dyr.

Kantvegetasjon er beskyttet av vannressurslovens § 11. I henhold til denne skal det langs bredden av vassdrag opprettholdes et naturlig vegetasjonsbelte som motvirker avrenning og gir levested for planter og dyr. Kommuneplanen har også en retningslinje som beskytter vassdrag med kantvegetasjon:

§13.3 Vassdrag: Retningslinjer

«Innenfor en sone på minimum 20 meter fra vannkant for hovedløp (...) bør det ikke oppføres ny bebyggelse, nye anlegg eller gjøres vesentlige terrenginngrep».

2.3 Avrenning til Sognsvannsbekken

Som fagrapport “Anleggsfasen” påpeker er det stor risiko for at forurenset/tilslammet regnvann renner ut i vassdraget. Det er planlagt ny teknisk sentral på nordsiden av Rikshospitalet og nye høyblokker på sørsiden. I tillegg er det planlagt riggområde og adkomsttrasé på vestsiden av bekken, inkludert kryssende anleggstrafikk. Alle steder ligger tiltakene nær bekken og i motbakke fra denne. Siden kantsonen blir redusert langs deler av bekkedraget vil dette i tillegg redusere den forurensningsbeskyttende effekten, og øke sannsynligheten for at næringsalter, jord og løsmasser når bekken. Kantsonevegetasjon filtrerer overflatevann og fanger opp jordpartikler og kjemikalier, og bidrar til erosjonssikring og naturlig flomdemping. All tilslamming og forurensning påvirker bekken negativt. Vassdraget er allerede i dårlig økologisk og kjemisk forfatning, og er meget sårbar for ytterligere påvirkning (jf. Fagrapport NSG-8302-MRA-0001 Naturmangfold). Bekken kan være leveområde for sjeldne og truede arter som allerede lever i ytterkanten av sin tålegrense, f.eks. elvemusling.

2.4 Inngrep i rik edelløvsskog

Naturtypelokalitetene med rik edelløvsskog nordøst på Gaustad (også registrert som B-verdi) er ikke tilstrekkelig sikret gjennom reguleringen for å ivareta naturverdiene. Planforslaget innebærer utbygging av deler av den biologisk verdifulle skogen (bygg S, felt 8) og svekker den sammenhengende grønnstrukturen. Dette har også negative konsekvenser av området som viltkorridor.

2.5 Inngrep i lindekolle

I foreslåtte plan vil Sognsvannsveien reguleres i omlagt trasé rundt Lindekollen for å gjøre plass til nytt enveiskjørt adkomsttorg med ny hovedinngang. Dette medfører inngrep i denne delen av lindekollen:



Som konsekvens vil flere store, gamle trær måtte fjernes. Revegetering vil ikke kunne bøte fullgodt på inngrepet. Lindetrærne representerer en viktig naturtype. Lindekollen er kartlagt som en naturtype (lokalitet 1168) av lokal verdi (C-verdi). I områder hvor det er registrert naturverdier med lokal verdi (C-områder) skal tiltak som kan forringe naturverdiene søkes unngått, dette i henhold til kommuneplanens juridiske arealdel § 7.6.

2.6 Naturverdiene i N3 vil trolig bli forringet

N3 foreslås regulert til naturområde for å sikre naturverdiene. Men tiltaket vil trolig medføre vesentlig økt skyggevirksomhet på edelløvtrærne innenfor området, som vil forringe naturverdiene. Som nevnt over skal det i områder hvor det er registrert naturverdier med regional verdi (B-områder) foreligge særlige grunner for å tillate tiltak som kan forringe naturverdier ifølge kommuneplanens juridiske arealdel. Det vil være svært negativt med økt skygge på arealet, noe som er sannsynlig med ny høy bebyggelse.

2.7 Skyggevirksomhet på meget stor eik

Ny bebyggelse ser ut til å gi omfattende skyggevirksomhet på en meget stor eik (lokalitet 1165). Dette gir fare for forringet biologisk mangfold. Treet er gitt A-verdi. I områder hvor det er registrert naturverdier med nasjonal verdi (A-områder) tillates ikke tiltak som kan forringe naturverdiene ifølge kommuneplanens juridiske arealdel § 7.6.



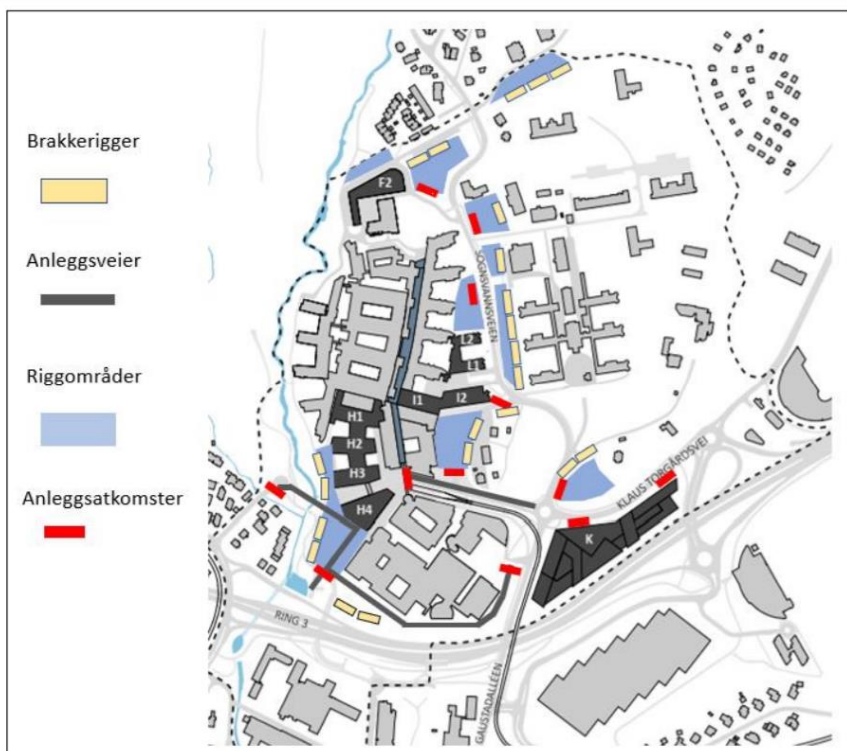
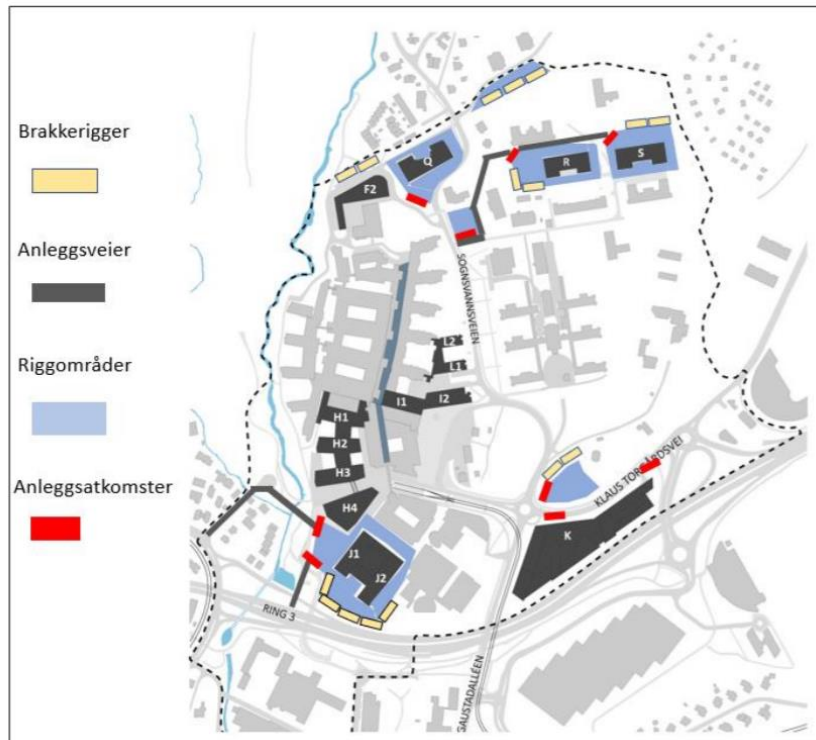
2.8 Flere verdifulle trær er ikke sikret godt nok

Mange biologisk verdifulle enkelttrær og trerekker er ikke sikret i planen og mange av trærne vil bli fjernet eller skadet i forbindelse med utbyggingen. Vi viser til fagrapport Naturmangfold. En del av disse er eiker, som er omfattet av forskriften for utvalgte naturtyper, som det derfor er særlig viktig at bevares. Vi gjør bla. oppmerksom på alle trærne som står inntil felt 1 og videre østover. Det er foreslått lagt en hensynssone over flere av disse, men hensynssonen er altfor smal til å kunne sikre disse tilstrekkelig. I henhold til kommuneplanens § 7.6 Naturmiljø skal verdifull vegetasjon og trær sikres ved regulering.

2.9 Fare for forringelse av områder som planlegges bevart

Som påpekt i fagrapport "Anleggsfasen" vil all anleggsaktivitet innebære en risiko for forringelse av områder som planlegges bevart. Dette kan for eksempel være utilsiktet skade på store, gamle trær, i utkanten av skogholt og i kantsonen av bekker. Rotsonen hos trær er sårbar, og tunge/gravende anleggsmaskiner kan utsette røttene for dødelig trykk og brekkasje.

Anleggsbelter strekker seg vanligvis flere titalls meter ut fra selve elementene/installasjonene (f.eks. veier eller bygninger), og må ofte omformes betydelig gjennom hogst, rydding, terrenginngrep og tynge massearbeider. Vi viser til kart over overordnet plassering av hovedriggområder etappe 1 og 2 under. Flere av de planlagte riggområdene ligger tett inn mot viktige naturverdier og trær som er tenkt bevart blant annet kantsonen langs Sognsvannsbekken og treallé med hul eik:



Konsekvensene kan bli så store at de burde ha vært omtalt/utredet i større grad.

Vi ser at PBE viser til Bystyrets vedtak av reguleringsplan for Huseby vannbehandlingsanlegg 13.11.2019, der pkt 9 sier: «Bystyret ber byrådet styrke arbeidet med å unngå at framtidige byggearbeider bruker fri- og naturområder til rigg- og anleggsarbeid.»

PBE angir at planforslaget er i strid med denne føringen fordi det legges opp til riggområder i friområder øst for Sognsvannsbekken og rundt Gaustad. Vi ser likevel at PBE anbefaler riggområdene rundt Gaustad sykehus på grunn av en krevende byggeperiode mens sykehus og universitet skal være i drift, men med krav om reetablering/opparbeidelse.

BYM mener at man ikke kan ødelegge natur og tro at det bare er å reetablere den i etterkant. Reetablering av natur er svært krevende og resultatet blir gjerne ikke like godt som det opprinnelige. Dersom foreslått løsning går igjennom lar man hensyn til enklere drift og lettere byggeperiode gå foran viktige naturforhold.

BYM støtter videre PBEs vurdering av at forslagets anleggsatkomst over Sognsvannsbekken (og gjennom et boligområde) er problematisk, selv om turveitilgangen til Marka blir ivarettatt.

3. Planforslaget har negative konsekvenser for rekreasjon og friluftsliv

Planforslaget vil ha negative konsekvenser for rekreasjon og friluftsliv både på kort og lang sikt. Anleggsperiodens første fase er planlagt å vare i 8-9 år, med påfølgende fase 2 som er stipulert til 5 år. Perioden er altså beregnet til ca. 15 år til sammen. Dette er en svært lang anleggsperiode. I et friluftslivperspektiv er byggeperioden så lang at den for mange – spesielt barn og eldre – ikke vil oppfattes som midlertidig.

Anleggsfasen vil innebære midlertidige, mulig ikke-reversible inngrep i viktige naturområder, anleggstrafikk over turvei og bekk, mye støv og støy og ekstra helikoptertrafikk. Som ferdig bygget vil forslaget innebære negativ nær- og fjernvirkning med høye bygg tett på friluftsområdet og omfattende inngrep i kantvegetasjonen og elvelandskapet slik at området mister mange av sine gode opplevelseskvaliteter.

Vi støtter PBE i at forslaget får negative konsekvenser for elvelandskapet langs Sognsvannsbekken. De foreslåtte murene og oppfyllingene i landskapet helt ned til 5 m fra vannkanten kan ikke anbefales. Selv om bebyggelsen legges med en avstand til vannkant på min. 20 m i samsvar med Byrådserklæringen, burde det vært trukket lenger unna elven på grunn av byggehøydene og de påfølgende utfyllingene i elvelandskapet.

Bredden på turveidragene til turvei B1 og B2, to av Oslos hovedturveier, vil oppleves smalere. Det sammenhengende turveinettet har mange steder måttet vike for utbyggingsinteresser. Det har blitt færre, mer fragmenterte og langt smalere turveikorridorer enn det som var planlagt. Det er derfor viktig at ikke også denne utbyggingen får en utforming som går på bekostning av turveinettet. Turveinettet i Oslo har mange viktige funksjoner. Turveiene skaper sammenheng i Oslos grønnstruktur. Turveiene er både ferdselsårer og transportkorridorer for myke trafikanter. De er også viktige rekreasjonsområder i seg selv. De er arenaer for urbant friluftsliv og fysisk aktivitet, og representerer gjennom dette et betydelig positivt bidrag til befolkningens helse og velvære. I tillegg gir turveiene levesteder for planter og dyr, og er transport- og spredningskorridorer for disse.

3.1 Gaustadskogen og turvei B1

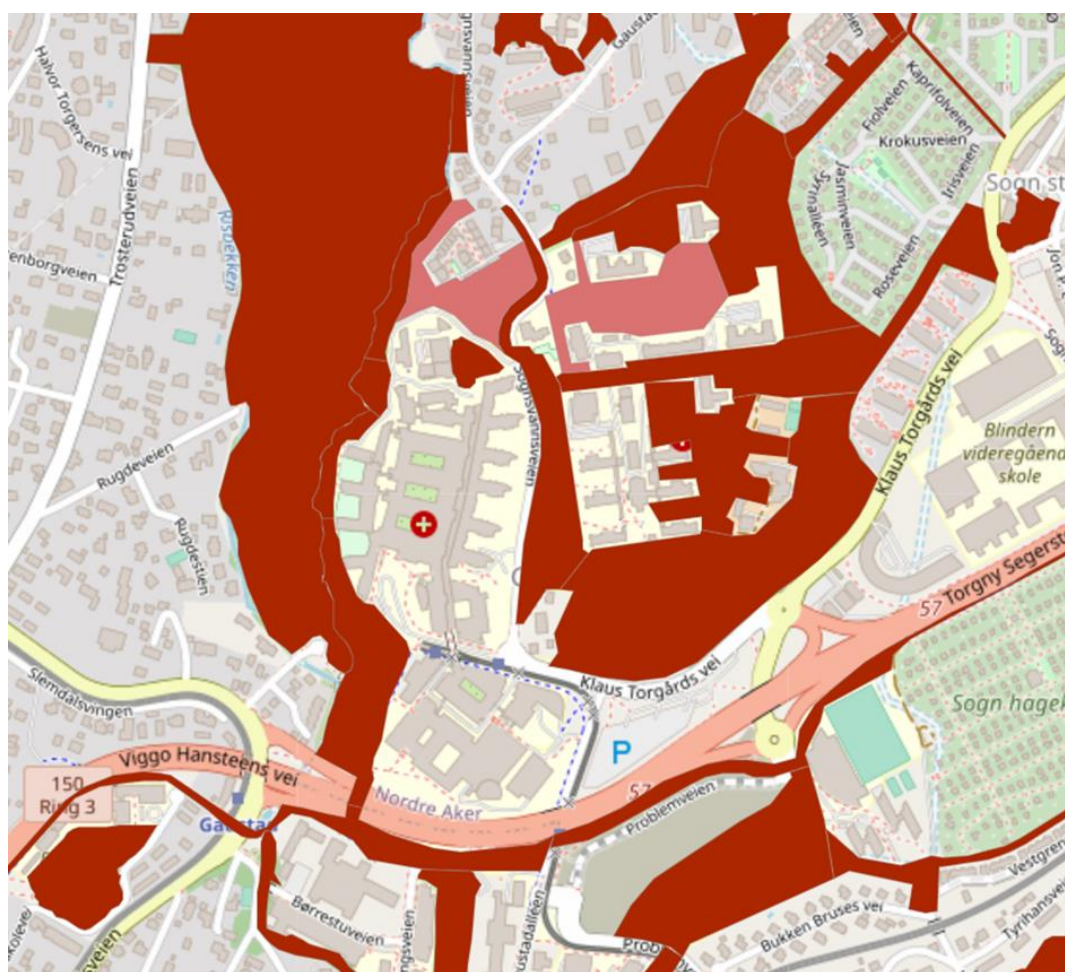
Gaustadskogen er et større skogkledd område, med et rikt dyre- og fugleliv, som ligger vest for Rikshospitalet og henger sammen med marka i nord. Skogen har naturverdier og er svært viktig

for naturopplevelser, friluftsliv og rekreasjon. Det er særegent å ha slik tilgang til natur så nær sentrum av byen.

Gaustadskogen brukes til rekreasjon, jogging, tur, mosjon og skigåing vinterstid. Området har høy bruk hele året gjennom. Det brukes av lokale, barnehager og skoler og mange bruker dette som en innfallsport til marka. Området har flere gruslagte turveier, blåmerka stier og skiløyper. Området har flere bålplasser. Oslo Universitetssykehus har en aktivitetsløype i skogen og det går en geologisti langsmed Sognsvannsbekken. Turvei B1 går gjennom området. Turveien er skiltet og fortsetter helt opp til Sognsvann.

Området ligger rett ved Rikshospitalet og brukes som rekreasjonsområde for pasientene. Generelt er grøntområder svært viktig for vår helse og livskvalitet. For pasienter kan det være av stor betydning for tilfriskning. Undersøkelser viser at natur har svært positiv effekt, både som utsikt og som motivasjon til bevegelse og mosjon. Grønne områder og natur rundt sykehus er derfor av særlig stor betydning og bør tillegges stor vekt. De bør videre være skjermet for trafikk og støy.

I samarbeid med lokale friluftsråd har vi nylig gjennomført en kartlegging og verdsetting av friluftsområder i henhold til Miljødirektoratets veileder M98- 2013. I denne kartleggingen er store deler av områdene rundt Rikshospitalet, som vist kartutsnittet under, verdsatt som et svært viktig friluftslivsområde med den høyeste verdien A.



Kartleggingen er fremdeles under utarbeidelse, men foreløpig verdsetting og områdebeskrivelser er tilgjengelig via denne linken:

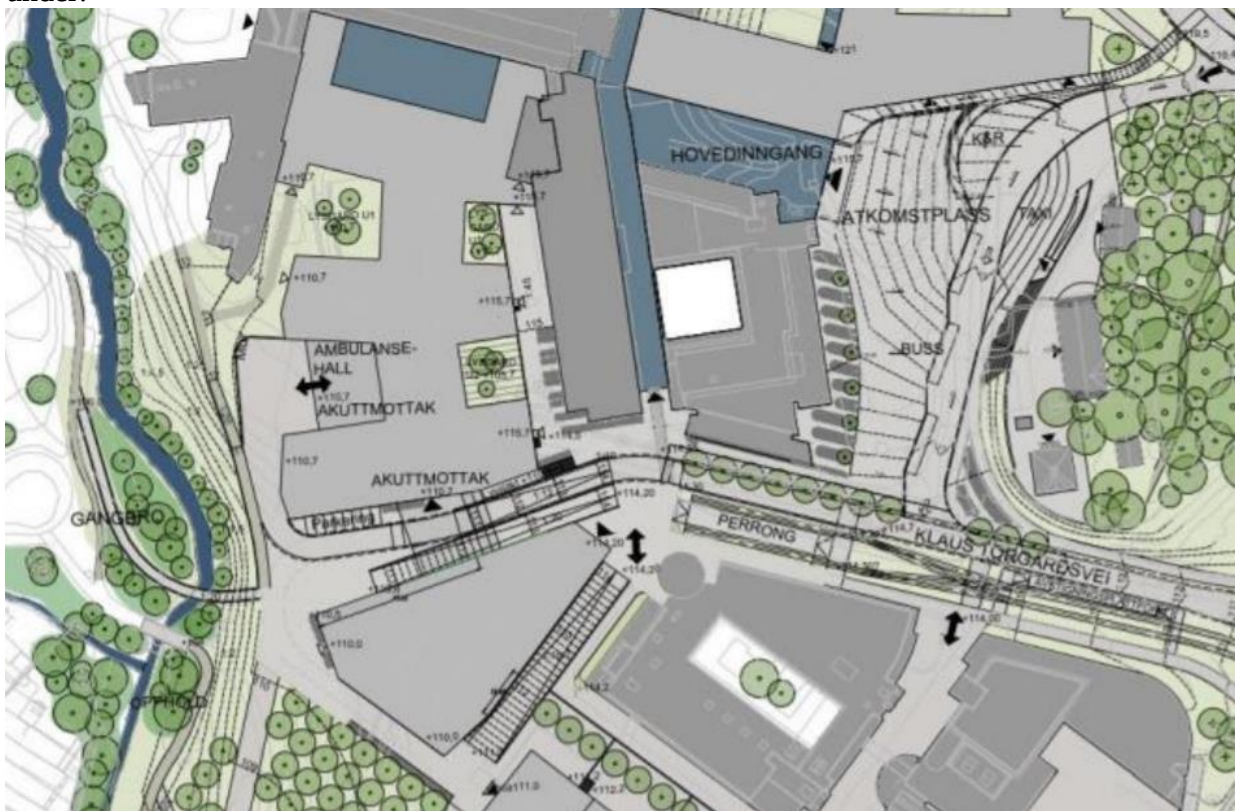
<https://bym.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=ca80e1e44054470084dff1534bbe4aec>.

3.2 Negativ påvirkning på turvei B5

Planforslaget vil også påvirke turveidraget B5 negativt. Det går en markert sti gjennom området, som i kommunens turveiplaner utgjør en del av turvei B5 mellom Blindern og Marka. Aktiviteter som foregår her er lokal ferdsel, hundelufting, turgåing og jogging. Området benyttes også til orientering. Bygg S vil påvirke dette turveidraget negativt. I henhold til fagrapport "Friluftsliv" vil bygningen med dens terrengbearbeiding gi en mer urban situasjon. Flere store og gamle trær vil sannsynligvis bli felt. Eksisterende turstier og fremtidig opparbeidet turvei vil bli negativt påvirket av dette.

4. Uheldig plassering av akuttmottak og dårlig fremkommelighet for ambulanse

Forslagets plassering av akuttmottak og ambulansenes tilgang til denne er i liten grad problematisert. Akuttmottak er foreslått plassert innerst i området inn mot bekken. Se utsnitt under:



Det er kun én adkomstvei inn til sykehuset, Klaus Torgårds vei. Introduksjonen av ambulanse i Klaus Torgårds veg forbi ny adkomstplass og kollektivholdeplass, midt i en svært aktiv gangakse ved sykehuset, utgjør flere potensielle problemer.

Klaus Torgårds vei har kun to smale kjørefelt, og har allerede i dag kødannelse i rushtiden morgen og kveld. Hvordan blir dette med ny ÅDT? Hvor skal bilene som står i kø gjøre av seg når ambulansen kommer? Er dagens fremkommelighet tilstrekkelig og robust? Atkomst for ambulanse i aktiv utrykning er svært kritisk for liv og helse. Dette krever helt andre forhold enn øvrige typer atkomster.

Til sammenligning ligger dagens akuttmottak på Ullevål sykehus like innenfor avkjøringen fra ring 2. Veien har to kjørefelt inn og ut. Det ene av disse er kollektivfelt/taxi og derfor alltid uten stillestående kø. Ambulansen har også god tilgang til adkomstvei fra nord.

Siden planforslaget kun har én kjørevei inn til sykehuset, må ambulansen ha en alternativ adkomst. Det er foreslått at gang/sykkelveien i grøntdraget sør for bebyggelsen skal benyttes i slike tilfeller. Utrykningskjøretøy på gang/sykkelveg er en risiko for gående og syklende, selv om atkomsten sjelden vil benyttes av utrykningskjøretøy. At ambulanspersonell «normalt er ekstra årvåkne og kjører med blålys» (kapittel 9.2.6 i trafikkanalysen) er ikke tilstrekkelig avbøtende. For eksempel er en normal reaksjon på brå varsling å fryse til, en problematikk som kan gjøre seg gjeldende ved utrykning fra sykehuset. Siden det er mye kø på den eneste atkomstveien til sykehuset er vi i tillegg bekymret for at bruken av den alternative ruten vil bli brukt ganske ofte. Vi mener at forslaget om alternativ utrykningsrute i gang- og sykkelvei er en dårlig løsning.

Mange av problemstillingene knyttet til den alternative atkomsten over gang- og sykkelvei vil også gjelde for foreslått hovedatkomst. Utrykning er foreslått å kjøres inntil avstigningsplattform for trikk, torg sykkelparkering, bilparkering og forbindelse til Marka. Dette er svært problematisk.

5. Planforslaget bidrar i for liten grad med nye anlegg for myke trafikanter

Forslagsstiller tar i altfor liten grad ansvar for å tilrettelegge for myke trafikanter på en god måte. Planforslaget innebærer en omfattende endring av trafikksystemet ved dagens sykehus, og må inkludere tiltak som bedrer forholdene for myke trafikanter og kollektivreisende. Dersom et offentlig eid prosjekt av denne skalaen ikke utarbeider og implementerer tiltak for å øke andelen gående, syklende og kollektivreisende, oppfyller ikke offentlig forvaltning sine egne vedtatte målsetninger på både kommunalt og nasjonalt nivå. For ytterligere tilbakemelding se siste del av vår uttalelse hvor vi kommenterer forslag til utvidete rekkefølgekrav og trafikkanalysen mer i detalj.

6. Detaljerte innspill dersom planarbeidet videreføres

Vi har nå gått gjennom våre hovedinnvendinger til planforslaget. BYM mener at planforslaget bør forkastes dersom det fremmes til politisk behandling slik som det nå foreligger. Dersom man likevel skal gå videre med planforslaget har vi i det følgende satt opp våre mer detaljerte innspill.

6.1 Naturverdier

Buffersone: Planforslaget legger i svært liten grad opp til buffersoner inntil verdifulle naturtyper. Manglende buffersoner vil i mange tilfeller medføre at naturtypelokalitetene vil bli berørt i anleggsfasen eller blir indirekte påvirket på annen måte.

Sikring av naturtype: Det er ønskelig at flere verdifulle naturtypelokaliteter sikres gjennom egne bestemmelser for å ivareta naturmiljøet. Området med rik edelløvskog må sikres. Flere arealer her burde vært avsatt til grøntformål (friområde/natur) istedenfor sykehus (Gaustad).

Område N3: Det er viktig at skyggeeffekten utredes.

Stor eik innenfor planområdet: Skyggeforholdene må utredes.

Sikring av flere verdifulle trær: Foreslått hensynssone for bevaring av trær må utvides slik at det blir reell mulighet for å sikre disse. I tillegg har vi følgende forslag til utvidelse av bestemmelse for hensynssone H560_1 - H560_8 (ekstra setning i kursiv):

Innenfor hensynssonen tillates ikke inngrep i bakken som kan skade trærnes røtter. Ved drift og vedlikehold av veg- og infrastruktur skal det tas særskilt hensyn til trærnes rotsone, stamme og

krone. Ved tiltak nær store trær skal deres rotsone, stamme og krone sikres ved fysisk skjerming i tilstrekkelig avstand fra treet (trærnes dryppsoner).

Eventuell utskifting av asfalt må skje skånsomt og i samråd med sertifisert arborist slik at trærnes røtter ikke blir skadet. [...]

Om terrengbearbeidelser: Der det skal gjennomføres terrengarbeider og ikke skal bebygges bør man i stor grad søke å reetablere natur. Dette bør være hovedfokus på arealer langs Sogsvannsbekken der det skal gjennomføres terrengarbeider, men vil også være aktuelt andre steder. Dette til være i tråd med at FN har bestemt at 2021-2030 skal være verdens tiår for restaurering av økosystemer. Naturrestaurering gjennomført på riktig måte kan være et betydningsfullt kompensierende tiltak for naturmiljø, selv om det normalt ikke oppveier inngrep i verdifulle naturmiljøer. Vi ber om å få oversendt plan for naturrestaurering for aktuelle arealer innenfor planområdet.

Beplanting og vegetasjon: All beplanting i planområdet, inkl. grønne tak og regnbed, bør være med naturlig hjemmehørende vegetasjon, pga. nærhet til verdifulle naturområder. Vi anbefaler etablering av blomsterengvegetasjon. Dersom det skal benyttes fremmede arter/ hageplanter i bed el.l. er det viktig at det ikke benyttes fremmede planter som kan utgjøre noen form for økologisk risiko. Det må utarbeides en skriftlig miljørisikovurdering ved ev. bruk av ikke hjemmehørende arter (Jf. forskrift om fremmede organismer § 23). Det ser ut til at planbestemmelsene ivaretar hensynet til biologisk mangfold i forbindelse med vegetasjonsetablering.

Fremmede arter: Gaustad-området har store forekomster med fremmede planter med høy økologisk risiko. Det er stor fare for at artene spres i forbindelse med anleggsvirksomhet, noe som kan gjøre det svært utfordrende å etablere ønsket vegetasjon i etterkant. For å ha kontroll med de fremmede artene og forebygge videre spredning er det derfor stort behov for at det utredes hvordan massehåndtering og vegetasjonsskjøtsel skal håndteres i hele prosjektet (jf. forskrift om fremmede organismer § 24).

Reguleringsbestemmelsene bør fastsette at det skal utarbeides en plan for massehåndtering, vegetasjonsskjøtsel og vegetasjonsetablering med tanke på å forebygge spredning og etablering av fremmede arter med høy økologisk risiko og for å etablere og ivareta naturlig vegetasjon.

6.2 Rekreasjon, friluftsliv, gang- og sykkelvei og «Markaforbindelse»

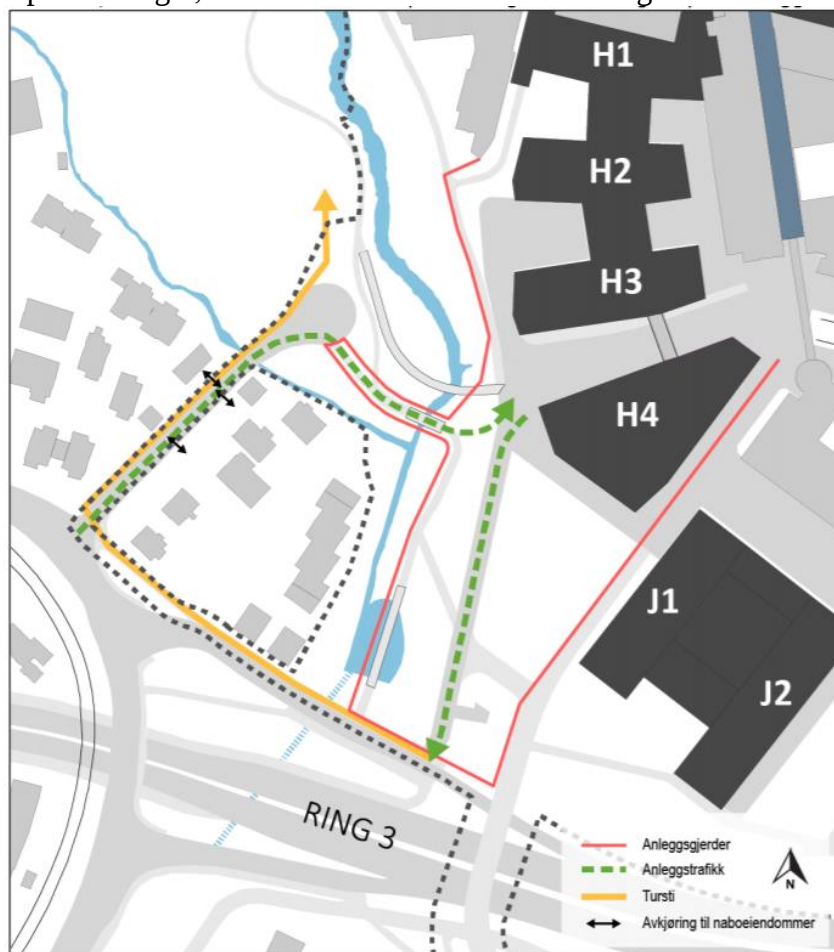
Det er viktig at ny bebyggelse i form, dimensjon og materialbruk tilpasses eksisterende historisk bebyggelse, landskap og terreng. Det må tas hensyn til eksisterende omgivelser og kvalitet i nær- og fjernvirkning, samt landskapets særegne karakter. Planlegging må sikre beboere og besøkende et miljø med høy trivsel og komfort. Utgangspunktet for fortetting i allerede bebygde områder er at nybygget skal gi en merverdi til området og være en berikelse for de som allerede bor her. Vi kan ikke se at foreslåtte plan innfrir disse viktige kvalitetskravene.

Det er viktig å opprettholde en god, direkte forbindelse mellom trikk og grøntområde/marka. Dette er ikke tilfredsstillende løst, og det ser ut som dagens åpne trasé vil bli bygget igjen. Dette kan medføre omveier og usikkerhet rundt veivalg for myke trafikanter. For å gi et godt beslutningsgrunnlag for ivaretagelsen av forbindelsen bør det utarbeides en kort modellanimasjon eller bildeserie bygget på terreng/bygningsmodell som viser hva som er i synsfeltet til en gående på de mest påvirkete punktene mellom og under bygninger.

Det må påses at gangtraséer og mulighetene for friluftsliv ikke forringes i en eventuell anleggsfase. Herunder kommer bl.a. at etablerte turveier og traséer mv. i friområder, samt adkomster videre inn mot Marka, skal opprettholdes. Der dette eventuelt ikke er mulig skal det

etableres alternative traseer av tilsvarende utforming og kvalitet, samt med tydelig merking. Det er også viktig å beholde muligheten for å preparere skiløype som i dag går fra Gaustad til Blindern T-bane.

I henhold til fagrapport “Anleggsfasen” er det behov for å legge om turveien i den tyngste delen av anleggsperioden (grunnarbeids- og råbyggsfasen) ved å benytte dagens fortau fra rampe fra Ring 3, via Slemdalsveien til Gaustadskogen.



Denne omleggingen vil ikke tilfredsstille disse kvalitetskravene da denne vil være mye mindre attraktiv og trafikksikker med kryssende anleggstrafikk. Vi klarer heller ikke å finne ut hvor mange år det er snakk om at turveien vil måtte gå i denne traséen. Og hva med myke trafikanter med sykehuset som målpunkt? Må de også gå denne lange omveien? I henhold til skissen over kan det se ut til at det vil finnes en alternativ gangatkomst. Vi kan imidlertid ikke finne denne i verken landskapsplan eller i plankartet. Vi kan ikke akseptere at myke trafikanter skal måtte gå lange omveier i anleggsfasen. Vi savner en redegjørelse av tilkomsten for myke trafikanter i anleggsfasen.

6.3 Holdeplasser/plattform

Innenfor planområdet, i Klaus Torgårds vei, er det i dag endeholdeplass for trikk og stoppested for bussrute 40. Det ser ut til at det vil være plass til av- og påstigning for trikk, men planforslaget sikrer ikke plassering av stoppested. Verken plankartene eller illustrasjonsplanene viser stoppested for buss. Det er kun angitt “buss” i illustrasjonene der det er beskrevet oppstillingsplasser for helseekspressbuss. Det er dermed ikke sikret busstopp for kollektivtrafikk innenfor planområdet. Dermed er det heller ikke gjort noen vurderinger av hvor rutebuss bør stoppe og ev. trafikale konsekvenser.

6.4 Fremkommelighet for ambulanse

ROS-analysen må suppleres med en vurdering av fremkommelighet for ambulanse og sårbarheten som følger av at sykehuset kun har én atkomstvei. Sannsynlighet og konsekvens ved manglende fremkommelighet bør baseres på innspill fra helsepersonell i klinisk virksomhet med god kjennskap til dagens situasjon som et supplement til kapasitetsberegninger i trafikkanalysen. Er dagens fremkommelighet tilstrekkelig og robust? Utrykningskjøretøy på o_Gang-/sykkelveg 1 er en risiko for gående og syklende, selv om atkomsten sjelden vil benyttes av utrykningskjøretøy.

Dersom alternativ atkomst via gang- og sykkelvei likevel skulle bli en valgt løsning, må det vises avbøtende tiltak ved situasjoner hvor alternativ atkomst er i bruk, herunder hvem som er ansvarlig for å følge opp slike tiltak.

6.5 Park- og grøntområder

Planforslaget vil redusere grøntarealene, jf. illustrasjonene under der den venstre er dagens situasjon og den til høyre viser forslag til plangrep. Dette er uheldig. Det er dog positivt at alle utearealer på terreng som ikke benyttes til gangveier, kjøring, parkering og fysiske installasjoner, skal opparbeides parkmessig. Det bør tilstrebtes grønne innslag i så stor utstrekning som mulig.



I følge planforslaget skal området vest for felt 24 reguleres til offentlig park. Parken skal opparbeides som et grøntområde og benyttes til overvannshåndtering, samt tilrettelegge for møteplasser med oppholdssoner. Det ser ut til at planforslaget har noe mangelfull beskrivelse og illustrasjon av dette området. Det er viktig at grøntområdet får egnet størrelse og funksjoner, jf. målsettingen.

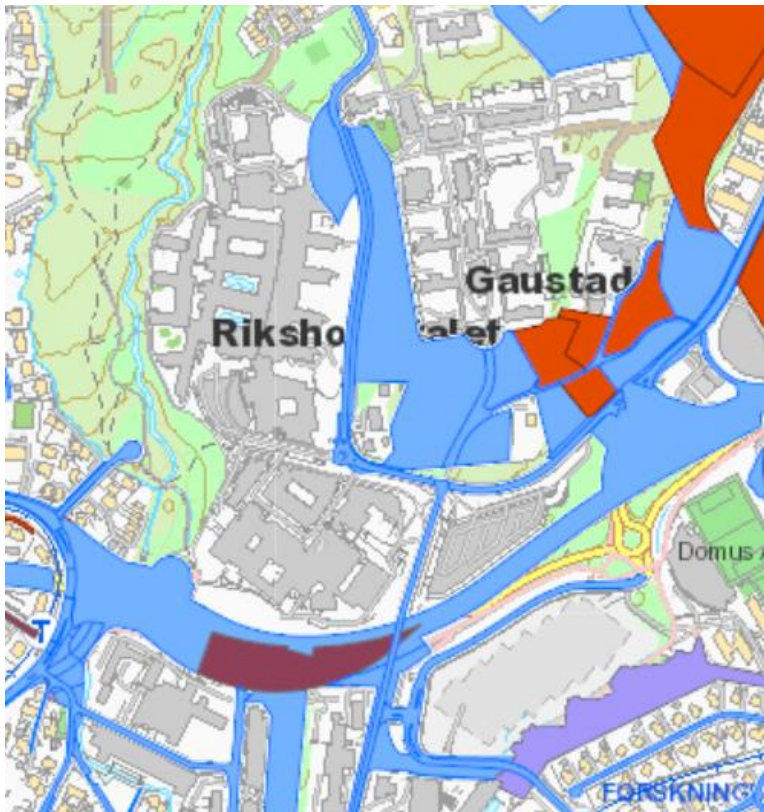
Med tanke på gode oppholds- og naturkvaliteter på grøntområdene er solforhold en vesentlig faktor. Analysen av sol og skygge viser at planforslagets virkninger på sol og skygge er små. Enkelte av områdene påvirkes i noe grad i løpet av dagen. Planforslaget (alternativ 1A) innebærer høyder på inntil 52 meter, noe som nødvendigvis vil medføre en del skygge. Støy og vind fra helikopter vil også forringe kvaliteter på oppholdsarealene og for friluftslivsopplevelser. Vindanalysen av planforslaget viser at vinden er særlig fremtredende fra nordøst og rett sør. Selv om solforholdene på «Sykehusparken» er tilfredsstillende mener vi at denne parken får dårlige forhold med tanke på støy og vind.

6.6 Tap av lekearealer

Flere lekearealer vil gå tapt med foreslått utbygging. Nærhet til lekearealer er av uvurderlig betydning for småbarnsforeldre. Ut fra det oversendte synes vi det er vanskelig å vurdere om det er skaffet fullverdig erstatningsarealer. Vi klarer ikke å se at det er funnet fullverdige erstatningsarealer for tap av akebakken sør for eksisterende atkomsttorg for eksempel.

6.7 Eierskap og drift av grøntområdene bør avklares

Fordelingen av eierskap og drift av arealene bør avklares i forbindelse med plansaken. I dag virker det noe tilfeldig hva som blir driftet kommunalt og hva som blir driftet av Statsbygg. Kommunen eier og forvalter det som er markert med blått og rødt i kartet under (kan være feil i kartlaget):



Arealer som fremstår som allmenne og tilgjengelige for flere enn de nærmeste beboerne/brukerne, bør som hovedregel reguleres med off.formål (o_). Offentlige arealer skal overdras til Oslo kommune, samt eies, driftes og forvaltes av Oslo kommune. Det er blant annet viktig å sikre helhetlig eierskap, forvaltning og drift av turveinettet. I utgangspunktet bør kommunen derfor erverve arealene langs turvei B1 og B5. Dette utgjør hele eller deler av eiendom med Gnr/Bnr 49/27 som i dag eies av Øvre Sogn Borettslag, og hele eller deler av eiendom med Gnr/Bnr 42/1 som i dag eies av Statsbygg. Kommunen har i dag kun eierskap og forvaltning av deler av disse strekningene.

6.8 Parkeringsanlegg under offentlig friområde

I utgangspunktet skal det ikke bygges private konstruksjoner av noe slag i offentlige arealer. Om det i spesielle tilfeller likevel ikke kan unngås, så skal det lages egne avtaler for dette, f.eks en garasjeavtale eller en areaavtale. Ved garasjeparkeringsanlegg under park/ friområde må det etterstrebes overdekning på minimum 3 meter for kvalitetsmessig opparbeidelse av eventuelle vann- og avløp, sandfang, diverse fundamenter, infiltrasjon av overvann, samt vegetasjonsanlegg m/ treplanting, og for å minimere setningspotensialet i offentlige arealer.

6.9 Torgarealer

Adkomsttorget, slik foreslått i planen, ser ved første øyekast ut til å få samme funksjon som plassen foran dagens hovedinngang. På andre torgarealer ville vi typisk anbefalt å unngå å tilrettelegge for trafikk midt over plassen, men gitt det spesifikke torgets funksjon som forplass til sykehusets hovedinngang er det forståelig at det må tenkes annerledes. Vi anmoder om at plassen utvikles i samsvar med bestemmelsene i §5 i Kommunedelplan for torg og møteplasser.

Generelle anbefalinger:

Er det et mål å variere programmeringen av arealene, for å gjøre de attraktive for et større mangfold av brukere?

- Her vil det kanskje være naturlig å tenke rom for samtidig bruk til formål så varierende som gode steder for å sitte i ro (med den møbleringen det krever), men samtidig også rom for lek.
- Oppholds- og sittemuligheter bør tilrettelegges slik at det gir oversikt over andre aktiviteter som flyter over plassen.
- Her er det, gitt torgets funksjon, ekstra vesentlig å ha bra med støtte- og hvilepunkter på torget.

6.10 Bredder må følge Gatennormal for Oslo

Det er vanskelig å vurdere bredde for de ulike formålene når dette ikke er angitt i plankartet. Alle løsninger for offentlig vei må sjekkes opp mot krav i Gatennormal for Oslo. Dersom løsninger avviker fra krav, og avvikene er avgjørende for bygging iht. reguleringsplanen, må det søkes fravik før plansaken sendes til politisk behandling. Savner breddeangivelse av veiformål på kartet. Bredden på Sognsveien og Klaus Torgårds vei bør være tilsvarende slik at to busser kan møtes, minimum 6,5 m.

Plankartene viser gang- og sykkelvei langs de kommunale veiene. Det eksisterer ikke som alternativ i Oslo kommunes gatennormal. Det nærmeste man kommer er sykkelvei med fortau, altså separate traseer for gående og syklende. I Gatennormalens kapittel 4.3.5 vises bredden for sykkelvei avhengig av mengde sykkeltrafikk, dog ikke mindre enn 3 m bredde og 2,5 m bredde for fortau parallelt. Plankartene må rettes i forhold til dette da det er kommunale veiens normer som gjelder. Bredder for foreslåtte gang- og sykkelveier ser ut til å være altfor smale. Sykkelvei med fortau skal være minst 5,5 meter.

6.11 Kommentarer til foreslåtte gang/sykkelveier

GS-vei 12 er meget smal og vil kunne skape konflikter mellom gående og syklende selv om alle opptrer hensynsfullt. Dersom det ikke allerede er søkt fravik, må det gjøres før planforslaget sendes til politisk behandling.

GS-vei 14 bør beholde en sammenhengende standard tilsvarende GS-veien nord for torget, men den brede grøntrabatten mot kjørebanen kan erstattes med vesentlig smalere rabatt utformet i materialer som passer det vernede miljøet. GS-vei 14 bør ikke utformes som et ordinært fortau, men som en stedstilpasset GS-vei med høy estetisk kvalitet på materialene.

Sykkelveier fra øst (i Gaustadalléen og Klaus Torgårds vei) føres ikke helt frem til torget som sykkelvei, men slutter i rundkjøringen og videreføres mot atkomstplassen via fortau og gs-veier. Løsninger for sykklister burde føres helt frem til atkomsttorget og sykkelparkeringsplasser på- og under torget. Alternativt burde systemskiftet til sykling i blandet trafikk være bedre ivaretatt enn slik det er nå.

Sykkelveier fra sør (forbindelsen o_Gang-/sykkelveg 1 - o_Gang-/sykkelveg 16 – f_Gatetun - o_Gang-/sykkelveg 12) burde være offentlig hele veien og ikke brytes opp av et privat gatetun på midten. Forbindelsen burde da også kobles til sykkelveien til torget som er etterlyst over. Et

alternativ kan være å regulere forbindelsene privat, men at de sikres i planen gjennom kart, bestemmelser og rekkefølgebestemmelser. Hvis forbindelsen reguleres privat må offentlig forbindelse over Ring 3 kobles til offentlige regulert fortau langs vestgående rampe fra Ring 3. Forbindelsen videre nordover mot akuttmottaket kan da reguleres som privat formål (felles for felt 21, 24 etc.). Vi foretrekker offentlig regulerte sykkelveier fra øst og sør helt frem til atkomsttorget ettersom forbindelsen inngår i plan for sykkelveinettet.

Det er uklart ut fra plankartet hvordan kjørende skal komme til f_gatetun (varelevering etc). Må kjørende krysse offentlig gang-/sykkelvei? Det er i så fall ønskelig å unngå dette. En avkjørsel her må også merkes med pil på plankartet.

6.12 BYM ønsker fleksible veireguleringer

Med hensyn på at trafikkvaner endrer seg raskt, ønsker vi at offentlig regulert veiareal i sin helhet reguleres til samleformålet «offentlig veg» (o_veg). På denne måten kan vi bygge veien i henhold til det enhver tids endrede trafikkbilde, for eksempel utvide fortauet eller anlegge grøft på bekostning av smalere kjørebane. Dette samleformålet kan inneholde både kjørevei, fortau og sykkelanlegg, men også viktig sideareal som er nødvendig for overvannshåndtering, snøopplag og teknisk infrastruktur som for eksempel lyktestolper og skilter.

Ved eventuell regulering til offentlig veg trenger vi at veiforhold dokumenteres på eget kart. Dette skal vise:

- Bredde for de aktuelle formålene: kjørevei, fortau og ev. sykkelfelt (alternativt sykkelvei med fortau) og regulert kollektivfelt
- Breddeutvidelse i horisontalkurver
- Sone for frisikt
- Bredde for grøfter
- Stigningsgrad

6.13 Kommentarer til plankartet vegformål:

- Fortrinnsvis bør alle arealformål for gående og syklende reguleres til samleformålet veg (jf. kommentar over). Eventuelt bør det reguleres som hhv. fortau, gangvei eller sykkelvei. I områder hvor detaljutforming ikke er detaljert avklart må det fremgå av bestemmelsen hva formålet skal inneholde. Da bør også kombinerte underformål (fortau/sykkelvei) fortrinnsvis velges fremfor gang-/sykkelveg som er et annet underformål under hovedformål veg. Blanding av gående og syklende på samme areal er som hovedregel ikke ønskelig. Dette bør gjenspeiles i valg av arealformål.
- Frisiktlinjer fra veitegninger reguleres på plankartet ved alle avkjørsler og kryss.
- Avkjørsler til atkomsttorget (veg) bør strammes opp og skillet mellom offentlig og privat arealformål bør følge Sognsvannsveiens kantlinje. På plankartet bør avkjørselen ligge vinkelrett på Sognsvannsveien som vist i illustrasjonsplanen.
- o_Kjørveg_2 bør være felles og ikke offentlig.
- Avkjørsel bør ligge vinkelrett på o_Kjøreveg_8 og ligge atskilt fra o_Gang-/sykkelveg 13.
- Krysset o_Kjørveg 2/o_Gang-/sykkelveg 13 / o_Kjøreveg 8 har en utflytende utforming og bør strammes opp.

6.14 Flere kommentarer til bestemmelsene

- 6.3.1 Kjøreveg: Det burde henvises til gjeldende Gatennormal for Oslo i bestemmelsene. Dette vil forplikte forslagsstiller til å sjekke løsninger opp mot gjeldende krav.
- 6.7: Gatennormal for Oslo inneholder ikke løsninger for gang-/ sykkelveg. Det blir derfor misvisende å henviser til gatennormalen i bestemmelsen.
- Det mangler en bestemmelse for offentlige fortau.

6.15 Kommentarer til trafikkanalysen

Tilbakemelding på trafikkanalyse for Gaustad sykehus versjon 05, datert 27.01.21.

6.15.1 Svarer ikke på oppgaven i planprogrammet

Foreslått utvikling av sykehusområdet på Gaustad er en omfattende endring, og det forventes at mulige konsekvenser av en slik endring er grundig undersøkt. Trafikkanalysen forholder seg nesten utelukkende til trafikk tall for bil. Trafikkanalysen svarer ikke på utredningstemaene for gange, sykkel og kollektiv slik de er formulert i planprogrammet. I planprogrammet står det eksplisitt at det skal konsekvensutredes tiltak for å øke gang-, sykkel- og kollektivandel. Dette er ikke svart ut som KU-tema.

Det understrekes flere steder at muligheten for en forbindelse ivaretas, eller at bebyggelsen ikke er til hinder for ferdselslinjer som eksisterer i dag for myke trafikanter. Dette er ikke tiltak for å øke gang, sykkel eller kollektivandel, det er opprettholdelse av dagens tilstand. Andre steder står det «at tiltak bør legges opp til» og «at forhold kan forbedres», som ikke er konkrete tiltak. Planforslaget innebærer allerede en omfattende endring av trafikksystemet ved dagens sykehus, og **må** inkludere tiltak som bedrer forholdene for myke trafikanter og kollektivreisende.

6.15.2 Behov for grundigere datagrunnlag og analyser

For å ha et godt utgangspunkt for å vurdere tiltak er det behov for undersøkelser av dagens reisevaner til ansatte og besøkende; hvilke transportformer bruker de, hvilken retning kommer de fra osv. Dersom dette ikke er mulig bør det som et minimum brukes et oppdatert datagrunnlag. RVU 2013/14, som trafikkanalysen tar utgangspunkt i for reisemiddelfordeling, er utdatert og erstattet med RVU 2018/19 (Prosam-rapport 242). Merk at selv om Prosam-rapporten først ble tilgjengelig i februar 2021, så har tall fra RVU 2018 vært tilgjengelig via Statens vegvesen siden høsten 2019.

Videre må dagens parkeringsdekning for bil vurderes; hvor mange ledige plasser er det på ulike tidspunkt, hvem er det som bruker plassene (ansatte/besøkende) osv. Analyse av dagens bruk av parkeringsplassene, sammen med reelle tiltak for å øke andelen som benytter gange, sykkel og kollektiv bør gi ytterligere grunnlag for valg av framtidig parkeringsdekning.

6.15.3 Tydelige målsetninger å vurdere planen ut fra

Det fremkommer ikke hvilke trafikale ambisjoner som legges til grunn for trafikkanalysen. I planprogrammet omtales Oslos mål for å redusere klimagassutslipp og redusere biltrafikk. Disse målsetningene er ikke tatt stilling til i trafikkanalysen. Trafikkanalysen tar utgangspunkt i et grovt anslag for fremtidig reisefordeling som verken er basert på faktiske reisevaner ved dagens sykehus, eller forholder seg til Oslos fremtidige mål for å redusere biltrafikk. For å nå klimamålene kreves det at alle utbyggingsprosjekter tar aktivt stilling til hva som kan gjøres for å redusere biltrafikk, og øke gange, sykkel og kollektivandel. Det står at ønsket kollektivandel skal være 40%. Det er den allerede i dag ifølge tabell 4 (indre by 44% og Oslo vest 34 %), som igjen er utdaterte tall. Pr. RVU 2018/19 er kollektivandel i indre by 49%, mot 39% i Oslo vest. Med andre ord ligger dagens nivå allerede høyere enn trafikkanalysens utgangspunkt.

Gange og sykkel omtales kun samlet og det er ikke oppgitt måltall for hver enkelt. Oslo har tydelige målsetninger for å øke sykkelandelen mye frem mot 2030. Det må etableres måltall for gående, syklende og kollektiv som bygger opp under Oslos mål om å redusere klimagassutslipp og biltrafikk. Dette kan gjøres ved å finne faktiske reisevaner i dag, og sette mål for hvordan forventet trafikkvekst skal fordeles.

6.15.4 Behovene til gående, syklende og kollektivreisende må tas stilling til

Det konkluderes tidlig med at kollektivbetjeningen er god. Samtidig oppgis det hva som er akseptabel gangavstand til holdeplasser (400 m). Trikken og bussrute 40 er de eneste kollektive

transportmidlet med holdeplass innenfor 400 m avstand fra planlagt hovedinngang. Til buss på ring 3 retning vest er avstanden > 500 m, T-banestasjon Forskningsparken er 800 m unna og T-banestasjon Gaustad er 650 m unna.

Gangaksene fra kollektivstoppesteder til sykehuset er spesielt viktig å vurdere nøye. Med så lange avstander er det behov for å øke kvaliteten på disse for at kollektivreisen skal være attraktiv. Dette omtales ikke i det hele tatt i analysen, det bare avfeies med at kapasiteten på fortau er god nok. Kapasitet er avgjørende for bil, mens for gående i Oslo er kapasitet sjelden et problem.

For gående er kvaliteten på gangaksene helt avgjørende for om man velger gange/kollektiv. Kvalitet i gangnettverket handler om at det må oppleves som praktisk (så direkte til målpunkt som mulig). Det må oppleves trygt og behagelig (godt dekke, lys, ikke være for tett på trafikk, støy, luftforurensing m.m.). Det er også viktig at man har gode siktlinjer for å kunne orientere seg. I tillegg går folk lenger om strekningen oppleves som interessant (grønt, fine omgivelser etc). Med Ring 3 som barriere er avbøtende tiltak svært viktige. Det gjøres heller ingen refleksjoner i trafikkanalysen på virkningen av økt biltrafikk på gående og syklende. Økningen i ÅDT for bil er betydelig og vil ha negativ effekt på opplevelsen til gående og syklende.

I trafikkanalysen er det sagt at utvidelse av tilbudet vil kunne skje i samarbeid med Ruter. Våren 2020 ble det lansert en ruteplan 2024 med en anbefaling for rutetilbudet for trikken fra og med 2024. Denne sier noe om planlagt frekvens for trikken som skal til Gaustad. Det anbefalte konseptet har en frekvens på 12 avganger i timen – akkurat som i dag. Vil det da kunne gjøres en utvidelse av tilbudet med flere avganger? For buss anses det som enklere å justere tilbudet i tråd med endring i etterspørsel. Fordelingen på trikk, T-bane og buss bør beskrives nærmere. Hvor mange av de kollektivreisende fra Rikshospitalet reiser med trikken, hvor mange med buss og hvor mange med T-bane?

6.15.5 Parkeringsbehov må utredes nærmere

Eneste forslag for å øke andelen gående, syklende og kollektivreisende er å redusere parkeringsdekningen for bil, og øke parkeringsdekning for syklende. Redusering av parkeringsdekning for bil er et svært viktig virkemiddel for å redusere bilbruk (i tillegg til hvor parkeringen er plassert). Det argumenteres i trafikkanalysen for at ny p-norm for sykehjem ikke er relevant for et regionsykehus, uten at dette underbygges med reelle tall. Som nevnt over må det fremskaffes et bedre faktaunderlag for å komme frem til hva som er nødvendig dekning fremover. Ulike parkeringsmodeller bør undersøkes mer i detalj. For eksempel vil parkering i fjellhall som i alt 2 (a og b) antagelig redusere attraktiviteten til å bruke bil pga. lengre avstand til hovedinngang. Samtidig som sikkerhet og fremkommelighet økes for gående, syklende og kollektivreisende. Parkering i fjellhall burde derfor vurderes i alt 1 også.

Det er utarbeidet et helt vedlegg for utgrunning rundt bilparkering, mens det er avsatt tre linjer til sykkelparkering. Det er i dagens situasjon et kjent problem med underdekking for sykkelparkering for ansatte ved sykehuset. Dette og fremtidig økning i syklende må løses med plassering av sykkelparkering i nærhet til innganger, gangakser og innfallsvinklene som ansatte og besøkende benytter. Videre må det sikres at ansatte har tilgang til sykkelparkering under tak. I tillegg til sykkelparkering må det også settes av nok plass til delemobilitet som elsparkesykler.

Foreslått parkeringsdekning for sykkel er 1325 plasser, som er langt mindre enn 1 pr. 100 m² BRA for bygningsmassen sett under ett. Dette forklares med at normen gjelder for sykehjem, «med et noe større innslag av syklende besøkende enn et regionalt sykehus har», uten at dette understøttes med tall. Vi mener standardnormen ikke er dekkende for en så kompleks plan som dette. Området har flere funksjoner enn kun sykehus og undervisning, og mange

kollektivreisende og turgåere medfører at kapasiteten på sykkelparkering bør økes. Det er i dagens situasjon et kjent problem med underdekking for sykkelparkering for ansatte ved sykehuset. Det bør sikres minimum 1600 parkeringsplasser for sykkel, som tilsvarer 1 pr. 100 m² nybygg. I tillegg til sykkelparkering må det settes av nok plass til delemobilitet som bussykler og elsparkesykler.

6.15.6 Trafikkanalysens samlede vurdering

I kapittel 9.6 vurderes samtlige planalternativer å ha positive konsekvenser for både gang- og sykkelveier og kollektivtrafikk. Begrunnelsen som gis er som følger:

- 1. For alle planalternativene medfører flere ansatte og brukere flere kollektivreisende og et styrket kollektivtilbud. I 1A og 1B flyttes holdeplassen østover, som gir en mer direkte adkomst til hovedinngangen*
- 2. For alle planalternativene bidrar en restriktiv parkeringspolitikk og godt sykkelparkeringstilbud til økt bruk av gang- og sykkel som transportform*

Punkt 1: BYM er uenig i vurderingen. Flytting av holdeplassen litt østover er en marginal endring uten særlig betydning for kollektivtilbudet, og det er ikke detaljert noen særlige utbedringer av tilbudet (se punkt 4 av denne tilbakemeldingen). En endring som f.eks. den planlagte innfasingen av nye trikker i Oslo vil skje uavhengig av planforslaget. Den eventuelle veksten i kollektivreisende til Gaustad vil trolig primært skje som konsekvens av at ansatte som ved dagens Ullevål sykehus som tar kollektiv tar det også til sin fremtidige arbeidsplass på Gaustad. Planforslagets konsekvens for kollektivtrafikken er således ubetydelig.

Punkt 2: BYM er uenig i vurderingen om at forslaget medfører positive konsekvenser for gang og sykkelveger for alle alternativer. Som beskrevet flere steder tidligere i dette dokumentet er det ikke foreslått noen tiltak for økning av andelen gående og syklende utover parkeringstiltak. Økningen av sykkelparkeringen er et godt tiltak. Likevel er ikke sykkelparkering vektet under parkering, der det ville vært naturlig å inkludere, men under gang- og sykkelveier. Dette blir misvisende. Ved økning av attraktivitet for gående og syklende vil også trafikken på GS-veger i tilknytning til sykehuset øke. Det er ikke diskutert i trafikkanalysen hvorvidt dette har noen konsekvenser for gående og syklende i form av konflikt mellom de to gruppene. Det er ikke foreslått noen tiltak på gang- og sykkelveger som sådan. Samlet endrer ikke forslaget noe vesentlig på gang- og sykkelvegnettet, og effekten må derfor vurderes som ubetydelig.

6.16 Sykkelparkering – plassering og utforming

Sykkelparkering må være lett tilgjengelig og intuitivt plassert for både ansatte og besøkende til sykehuset, og for turgåere og kollektivreisende. Det bør være tilrettelagt for sykkelparkering utenfor samtlige inngangspartier.

Det er i planforslaget stilt krav om at halvparten av sykkelparkeringsplassene skal være innendørs eller under tak. Det er vanskelig å bedømme ut fra underlaget hvor mange av disse som skal være overbygget utendørs og tilgjengelig for publikum. Overbygg beskytter sykler mot nedbør, men skaper ofte mørke arealer og dårligere sosial kontroll. Det er behov for å vise hvordan dette er løst for å kunne vurdere hvor mye det er hensiktsmessig å ha overbygget. Små overbygg har større fordeler og færre ulemper enn store. Sosial kontroll med godt lys og god oversikt bidrar vesentlig til færre sykkeltyverier og gjør det attraktivt å benytte sykkelparkeringen. For gode råd om utforming av sykkelparkeringsplasser av god kvalitet, se vår veileder «Offentlig sykkelparkering» (vedlagt).

Vi anbefaler også at det tilrettelegges med vaskeanlegg for sykkel. Dette er et viktig virkemiddel for at folk velger sykkel hele året.

Det er i planforslaget stilt krav om ladepunkter for elsykkel. Elsykler lades normalt i eget hjem innendørs og besøkende vil sannsynligvis ikke ha behov for eller nytte av offentlig tilgjengelige ladepunkter. Kravet bør erstattes med krav om at innendørs sykkelparkering for ansatte kombineres med mulighet for lading av elsykkelbatterier for ansatte på et egnet sted innendørs.

6.17 Garderobe

Vi kan ikke se at det er planlagt for garderober i de nye byggene. Alle arbeidsplasser bør tilrettelegges med funksjonelle og attraktive garderobefasiliteter med dusjmuligheter og garderobeskap. Dette er et svært viktig klima- og folkehelseiltak ved at det fremmer og muliggjør aktiv transport.

6.18 Kommentarer overvann

Mye av overvannshåndteringen (trinn 1 og 2) for sykehusområdet er lagt ut i offentlig regulerte parker, friområder, annen veigrunn og gang-/sykkelveier. Dette er i utgangspunktet ikke greit. Sykehusets overvann skal håndteres på deres eget areal og ikke båndlegge offentlige arealer, over eller under bakken. Avklaringen av driftsansvaret for denne typen anlegg vil også bli problematisk.

Reguleringsbestemmelsene og overvannsnotatet følger ikke hverandre. Hva som er tatt med i bestemmelsene og ikke virker tilfeldig (se utdyping av dette under).

6.18.1 Reguleringskartet og bestemmelsesområder:

Det er bra at planforslaget har foreslått regulert inn mye annen veigrunn - grøntareal langs de offentlig regulerte veiene. I bestemmelsene kan det gjerne legges til at all AVG, så langt det er mulig, skal benyttes til å infiltrere og rense overvann fra veiarealene.

Planforslaget er veldig inkonsekvent når det gjelder hvilke overvannstiltak som har egne bestemmelsesområder og hvilke som ikke har dette. Fordrøyningsmagasinet under offentlig friområde har et eget (alt for stort) bestemmelsesområde. Det samme har regnbed 1-4 nord i planområdet. Regnbed 5 har imidlertid ingen bestemmelsesområde og overvannshåndtering er heller ikke nevnt i bestemmelsene for o_park P2. Det samme gjelder fordrøyningsmagasinet som er foreslått under torg og f_veg (ankomsttorget), samt regnbedene som er planlagt helt nord ved bygg F2.

Vi viser til bestemmelsesområde #5 som ligger på offentlige regulerte områder. Vi ønsker ikke private nedgravde magasiner under et offentlig friområde, da dette vil legge føringer for fremtidig bruk av området. I tillegg dekker bestemmelsesområde 5 et veldig stort område. Dersom det skal tillates et fordrøyningsmagasin under et offentlig regulert område (som vi egentlig ikke ønsker), må i hvert fall bestemmelsesområdet begrenses til å dekke kun det området der magasinet er planlagt. Vi kan ikke la en bestemmelse som vi egentlig ikke ønsker dekke et område på den størrelsen som er foreslått. På bildene under angir de rosa sirklene foreslått fordrøyningsmagasin, og foreslått bestemmelsesområde.



Foreslåtte fordrøyningsmagasin under o_annen veigrunn kan ikke aksepteres. Her gjelder det samme som beskrevet over. Annen veigrunn trengs til offentlige formål (håndtering av veivann, plass til trær, kabler, skilt etc.) og kan ikke benyttes til private fordrøyningsmagasiner. Dette må løses på egen grunn. Gjelder bestemmelsesområde #18 (Minner om at det er en feil i reguleringskartet hvor det står #17).

O_park P2 er i overvannsplanen satt av til et stort regnbed som dekker hele parken. Dette regnbedet skal håndtere overvann fra sykehusområdet. Dersom dette er eneste mulige løsning for åpen overvannshåndtering, må denne parken eies og driftes privat. Området ser ut til å være delvis regulert til sykehus, og delvis til friområde i dag. Kommunen kan uansett ikke ha forvaltningsansvaret for dette overvannsanlegget. Reguleres parken privat, kan de også legge fordrøyningsmagasinet under denne parken. Slik forslaget nå foreligger, foreslås fordrøyningsmagasin for eget vann under offentlig friområde/gs-vei, og det er noe BYM uansett ikke kan godta.

I saksfremstillingen står det i pkt. 7.5 Vannspeil at "Vannspeilet skal være en del av overvannshåndteringen innenfor planområdet og samtidig utgjøre et estetisk rekreasjonselement i friområdet. ". Men vannspeilet er ikke nevnt i overvannsnotatet over hodet og vi lurer derfor på hvilken overvannsfunksjon dette er tenkt å ha. Kan vannspeilet fungere som en del av fordrøyningsløsningen for området? Er vannspeil å foretrekke fremfor et nedgravd magasin under friområdet? Vi kan ikke se at det foreligger noen begrunnelse eller vurdering av dette.

I fellesbestemmelsene for overvann:

- Det er nødvendig å få inn en setning om at urensset overvann ikke tillates ført til bekken (det står kun at urensset overvann fra byggeperioden ikke tillates ført til resipient).
- Vi foreslår å legge til at alle ikke-permeable flater skal ha avrenning mot permeable flater, vegetasjon eller andre trinn 1-tiltak. Dersom det ikke lar seg gjøre skal det begrunnes godt.
- Vi vil presisere at håndtering av trinn 1 og 2 skal løses på egen eiendom. Private (dvs. ikke-kommunale) overvannsanlegg tillates ikke lagt på kommunens forvaltningsområder.

6.18.2 Kommentarer til overvannsnotatet:

"Det kan være utfordrende å lede overvann fra ny atkomstplass mot Sognsvannsbekken».

- BYM mener at det må settes av plass for å lede vannet fra atkomstplassen og ut i bekken. Fortrinnsvis for å legge en større kulvert eller overvannsledning med selvføll. Det betyr at hele grunnen ikke kan fylles med andre kulverter, kjellernedkjøringer etc. For da blir det ikke mulig å legge denne kulverten/overvannsledningen mellom ny atkomstplass og Sognsvannsbekken.

"Det vil bli utfordrende å få ført overvannet i passasjen mellom bygg H3 og H4 med tanke på høyder på kryssende kulverter for å oppnå fall ut i Sognsvannsbekken. Traséen kan ev. føres på sør-siden av bygg H4. Valg av trase bør gjøres i neste fase."

- Å sette av plass kan ikke utsettes. Plassen må settes av i reguleringsplanen for å sikres, eventuelt sikres gjennom bestemmelsene.

"Prosjektet tar høyde for fremtidige klimaendringer ved et påslag på 40 % som er i tråd med VAV sine anbefalinger."

- Klimafaktor bør være i henhold til anbefalingene til Klimaservice-senteret. Disse er mest oppdatert. For ekstremregn som skal håndteres i trinn 3, anbefales det en klimafaktor på 50%.

Planen for overvannsystemet inneholder ingen fallpiler. Dette gjør det vanskelig å se om systemet vil fungere som tenkt, og hvilke arealer som har avrenning i hvilken retning. Det vises heller ingen plan for et sammenhengende overvannssystem der tiltak for håndtering i trinn 1, 2 og 3 vises i sammenheng, samt med avrenningspiler og overvannsledninger, som gir et helhetlig bilde av overvannshåndteringen innenfor området, og hvordan dette henger sammen med terreng og flomveier utenfor området.

Store regnbed er ikke ønskelig da disse ofte tørker ut fordi det sjelden regner nok til at disse fylles med vann. Det er bedre å legge opp til mer flerfunksjonelle løsninger der kun et mindre areal i lavpunktet av området er tilrettelagt som regnbed, mens resten tilrettelegges som oversvømmelsesareal som også kan benyttes til andre formål enn overvannshåndtering.

Vannmengde som tillates ført til Sognsvannsbekken fastsettes av PBE, men BYM skal godkjenne plassering og utforming av tilkoblingspunkt.

6.19 Vi støtter PBE sitt utvidete forslag til rekkefølgebestemmelser

Som påpekt ovenfor blir ikke tiltakene for å bedre situasjonen for gående og syklende gjenspeilet i størrelsen på dette prosjektet. Vi støtter derfor PBE sitt utvidete forslag til rekkefølgebestemmelser. Med ring 3 som barriere like sør for planområdet, samt planforslagets økning i ÅDT er det nødvendig å øke attraktiviteten på eksisterende gang- og sykkelforbindelser i området. Vi mener imidlertid at flere av disse rekkefølgekravene bør være ferdig opparbeidet før brukstillatelse gis.

6.19.1 Gang/sykkelvei i Gaustadalléen under ring 3

Vi støtter PBE sin vurdering i saken og viser til vår vurdering i kap. 5. Gang/sykkelveien må bli oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau helt ned til krysset Gaustadalléen x Problemveien da bysykkelrute krysser øst-vest her. Vi mener imidlertid at planområdet bør utvides og bestemmelsen endres til «skal være opparbeidet». Dette blir sannsynligvis traseen med flest gående og syklende. Denne viktige koblingen bør stå ferdig bygget ved brukstillatelse til sykehusets hovedbygg.

6.19.2 Sikret opparbeidet oppgradert gang-/sykkelvei under Ring 3 ved Universitetskrysset

Vi støtter PBE sin vurdering i saken og viser til vår vurdering i kap. 5. Gang/sykkelveien må bli oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau frem til sykkelvei med fortau i sør. Men i likhet med gang/sykkelveien i Gaustadalléen mener vi at planområdet bør utvides og bestemmelsen bør endres til «skal være opparbeidet». Denne viktige koblingen burde stå ferdig bygget ved brukstillatelse til sykehusets hovedbygg.

6.19.3 Gang-/sykkelvei 6 (bro over Ring 3) skal være oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau

Vi støtter PBE sin vurdering i saken. Gang/sykkelveien må bli oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau.

Det hadde på mange måter vært flott med en parkbro over ring 3 sett fra et rekreasjonsperspektiv. Men vi støtter i utgangspunktet Rambøll sin konklusjon (Fagrapport Parkbro Ring 3) om at en parkbro ikke vil gi betydelig bedre tilgjengelighet for fotgjengere og syklistene enn dagens løsning. Broen er, som Rambøll påpeker, såpass bred at det er mulig å skille syklistene og fotgjengere enn i dag, uten at broen utvides.

For å øke tilgjengeligheten i området mener vi det er mer interessant å se på realisering av regulert gangbro/turveibro øst i planområdet – se punkt om rekkefølgekrav under. Forslaget om parkbro synes dessuten å legge opp til å lede syklistene via park- og friområdet mellom Forskningsveien og Gaustadalléen sør for Ring 3. Dette er svært uheldig, og det er heller ikke i tråd med *Plan for sykkelveinettet i Oslo* som foreslår Forskningsveien og Gaustadalléen som nord – sør forbindelse på denne strekningen. Dette park- og friområdet må i størst mulig grad bevares som et sted for opphold og gange, og ikke legges til rette for sykling i høy hastighet. Dette er et av de få stedene i området hvor hovedturvei B1 er adskilt fra andre trafikanter, og bør ikke bygges ned til fordel for en rask transportetappe på sykkel. Dette kan tale mot etablering av parkbroen.

6.19.4 Gang-/sykkelvei 2 i Gaustadalléen innenfor planområdet skal være opparbeidet

Vi støtter PBE sin vurdering i saken. Dette blir sannsynligvis traséen med flest gående og syklende. Denne viktige koblingen bør stå ferdig bygget ved brukstillatelse til sykehusets hovedbygg. Gang/sykkelveien må bli oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau.

6.19.5 Gang-/sykkelvei 9 i Universitetskrysset innenfor planområdet skal være opparbeidet

Vi støtter PBE sin vurdering i saken. Denne viktige koblingen bør stå ferdig bygget ved brukstillatelse til sykehusets hovedbygg. Gang/sykkelveien må bli oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau.

6.19.6 Gang-/sykkelvei 8 (del av turveibro innenfor planområdet) skal være opparbeidet. Turvei (gangbro) over Ring 3 utenfor planområdet ved Domus Athletica (S-4134) skal være opparbeidet

Vi støtter PBE sin vurdering i saken. Eksisterende gang- og sykkelforbindelse under ring 3 er svært lite attraktiv, da gående og syklende blir henvist til å dele en smal gang- og sykkelvei som går i store omveier rundt store rundkjøringer. Dette fører til at noen velger å ta trafikkfarlige snarveier. Dette er et veisystem hvor bilen er prioritert i altfor stor grad. Forbindelsen utgjør også en viktig lenke for å oppnå et helhetlig og sammenhengende turveisystem i området. I forbindelse med utbyggingen av Rikshospitalet lå denne gangbroen derfor inne som et rekkefølgekrav for å bedre situasjonen for myke trafikanter. Dessverre har den aldri blitt bygget.

Videre legger planforslaget opp til økt utnyttelse langs Ring 3, noe som vil medføre flere syklist og fotgjengere i hele området, og med det større belastning på eksisterende infrastruktur. Gangbroen kan gi en bedre og mer attraktiv forbindelse på tvers av Ring 3 enn dagens løsninger, og kan i tillegg avlaste eksisterende infrastruktur når gang- og sykkeltrafikken øker i området. Dette taler for behov for etablering av planlagte gangbro over Ring 3 (reguleringsplan S-4134 fra 2005).

Vi mener imidlertid at det er viktig at dette blir en bro for gående først og fremst. Det er en utfordring at gangbroen er regulert med en bredde på kun 4-5 m, og at den kan være fristende å bruke som en snarvei for syklist. Det er derfor viktig at den utformes og skiltes slik at det er tydelig at fotgjengeren er prioritert og at gangbroen ikke er en del av det tilrettelagte sykkelveinettet i området. Syklist må få opparbeidet en egen trasé under krysset. Ev. må gangbroen utvides slik at det er plass til begge trafikantgrupper.

6.19.7 Gang- / sykkelvei 11 innenfor planområdet skal være opparbeidet

Vi støtter PBE sin vurdering og begrunnelse og viser til vår vurdering i kap. 5. samt våre kommentarer til trafikkanalysen.

6.19.8 Før det gis midlertidig brukstillatelse innenfor Felt 21 skal det være gjennomført nødvendige avbøtende tiltak for flom fra Sognsvannsbekken

Vi støtter PBE sin vurdering av dette kravet. Vi understreker at konsekvensene kan bli dramatiske nedstrøms i vassdraget dersom det etableres en ekstra kulvert under Ring3, da bekkeløpet fra nedstrøms Ring3 til bekkelukkingen mellom Frøen og Majorstuen ved dagens situasjon delvis er svært utsatt.

6.19.9 Behov for turveiopparbeidelse

Det er ønskelig å forlenge turvei B5 som starter ved Blindern T-banestasjon og i dag går via Forskningsparken til Domus Athletica nordover til Marka. Turveien mangler en lenke rett øst for Gaustad sykehus, som avmerket i kommuneplanens temakart T7 – Blågrønn struktur. Helt konkret er det ønskelig å opparbeide tursti på strekningen Klaus Torgårdsvei til eksisterende tursti på eiendom 49/27 som i dag tilhører Øvre Sogn borettslag. Dette vil kunne avlaste turveien på vestsiden av Rikshospitalet, og gi et større tilbud av turveier og turstier i området.

Det er også behov for utbedringer av turvei B1 vest for Rikshospitalet. Denne er mye brukt og er preget av stor slitasje og erosjon. Dette gjelder særlig strekningen fra Torgny Segerstedts vei til turveien er på høyde med Brantenborgveien. Med tanke på at turveiene potensielt vil bli

brukt enda mer etter sykehusutbyggingen bør dette vurderes som rekkefølgekrav. Fagrapport "Friluftsliv" påpeker at et større sykehus med flere besøkende og ansatte gir økt bruk av grøntområdene. Økt bruk fører til at flere opplever kvalitetene i det grønne, og rekreasjonsverdien øker. Samtidig medfører det større slitasje og økt behov for tilrettelegging og vedlikehold.

7. Oppsummering/ Konklusjon

BYM kan ikke anbefale planforslaget. Vi anmoder om at planforslaget avvises, eventuelt omarbeides av hensyn til naturverdier, friluftsliv, fremkommelighet for ambulanse og manglende tilrettelegging for myke trafikanter.

Med vennlig hilsen

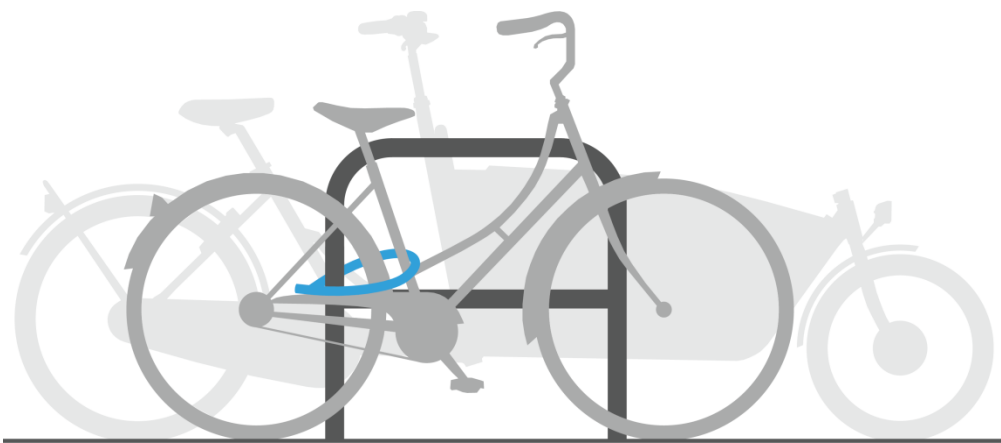
Reidun Stubbe
avdelingsdirektør
Godkjent elektronisk

Elin Lindal
overarkitekt

Kopi til: Plan- og bygningsetaten / Gro Jensen Vig, Rambøll Norge AS / Tore Bakken Horne



Oslo kommune
Bymiljøetaten



OFFENTLIG SYKKELPARKERING

VEILEDER

FEBRUAR 2019

Dette dokumentet er utviklet av Bymiljøetaten i Oslo kommune.

Tekst og figurer © Bymiljøetaten bortsett fra figur 1 som er inspirert av
Cykelparkeringshåndboken, Dansk Cyclist Forbund, 2007, samt figurene 2, 7, 8 og 9 som er
inspirert av Hackney Cycle parking guidance, April 2013.

Første utgave publisert i januar 2018.

Andre utgave publisert i februar 2019.

Prosjektledere: Dayton Skjerve-Gordley og Morten Bjørving

Prosjektteam: Helle B. Urheim, Morten Kerr, Simon Öhlin Kollerøs, Jørgen Høy

Figurer: Morten Bjørving, Jørgen Høy



INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VEILEDEREN.....	4
KRAV TIL FUNKSJONELL SYKKELPARKERING.....	5
Skap oppmerksomhet og tilby kvalitet	5
Sosial kontroll føles trygt og gir mindre risiko for tyveri	5
Sykkelparkering er en naturlig forlengelse av infrastrukturen.....	5
Det er mange hensyn å ta på stedet	6
Velg en løsning som fungerer for alle.....	6
Planlegg for fleksibel kapasitet.....	6
Gode stativer er enkle å drifte	6
DESIGNPRINSIPPER: DIMENSJONER, UTFORMING OG FARGER	7
Grunnleggende sykkeldimensjoner	7
A-sykkelstativ – den anbefalte, universelle stativtypen	8
A-stativ – dimensjoner, fundamentering og montering.....	9
Én fargestandard skaper gjenkjennelighet og enklere drift	10
Ta hensyn til helningsforhold.....	10
Avstanden mellom stativene gir plass til ulike sykkeltyper	10
Dybden på parkeringsarealet tilpasses de lengste syklene	11
Bare unntaksvis tilpasses dybden på parkeringsarealet de korteste syklene	12
SYKKELPARKERING PÅ VEIAREAL.....	13
Plassering, Oppmerking, Skilting, Beskyttelse, Refleks	13
Omdisponering av veiareal fra bilparkering til sykkelparkering.....	14
Sykkelparkering langs sykkelfelt skaper sammenhengende sykkelinfrastruktur	15
Bruk av ledig veiareal selv med få sykkelparkeringsplasser.....	16
Sykkelparkeringslomme: en naturlig del av gatens utforming.....	17
Integrert beskyttelseelement: permanent merverdi for alle.....	18
SYKKELPARKERING PÅ GANGAREAL	19
Utformingskrav for fortau.....	19
Langsgående sykkelparkering på fortau, parallelt med kantstein	21
Sykkelparkering på fortau, vinkelrett på kantstein	22
Sykkelparkering på fortau, skråstilt mot kantstein	23
REFERANSER	24
NYTTIG LITTERATUR	24

INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VEILEDEREN

Sykkelparkering er viktig for at folk skal kunne bruke sykkelen til daglige gjøremål. God sykkelparkering signaliserer at sykling er ønsket og gode, tilrettelagte sykkelparkeringer kan for mange være av avgjørende betydning for å bruke sykkelen mer i hverdagen.

Hensikten med denne veilederen er å presentere grunnleggende retningslinjer for utforming og dimensjonering av sykkelparkering for å skape en universell løsning som tilfredsstiller de viktigste behovene til alle syklister og sykkeltyper.

Sykkelparkeringen i Oslo skal være både sikker og funksjonell, og skal gi gode låsemuligheter for mange ulike sykkeltyper. Lastesykler av forskjellige typer og dimensjoner har blitt stadig mer populært de siste årene, og det forventes enda flere i årene som kommer. Lastesykkelens lengde og bredde skal være dimensjonerende i utforming av parkeringsarealet. Dette er det viktig å ta hensyn til i planleggingen av sykkelparkering for å unngå konflikter med fotgjengere og kjørende.

Sykkel er definert som et kjøretøy¹, og sykling foregår primært på veiareal i blandet trafikk eller sykkelfelt/-vei. Derfor skal plasseringen av sykkelparkering fortrinnsvis etableres på veiareal framfor gangareal.

Det er et stort utvalg av sykkelparkeringsstativer på markedet. Mange av dem har imidlertid store begrensninger og mangler fordi de gir dårlig mulighet for sikker fastlåsing og liten støtte for sykkelen. Enkelte stativer er også utformet slik at de utelukker sykler med visse dekktykkelser.

Fraværet av klare retningslinjer for hvilke stativer som bør benyttes og manglende kunnskap om hvor og hvordan de skal monteres for optimal bruk svekker kvaliteten på mange av de parkeringsløsningene som realiseres. Typiske konsekvenser av dette er feil bruk av sykkelparkeringen, og at syklister heller velger å låse syklene til gjerder, rekkverk og stolper.

Denne veilederen fokuserer særlig på behovene utendørs og på offentlig tilgjengelige steder. Det finnes andre veiledere som gir verdifulle anbefalinger om overbygg, anlegg i kjellere og bygninger og sykkelparkering med særlig høyt sikkerhetsnivå².

Målgruppen for denne veilederen er primært kommunale virksomheter/foretak, private utbyggere og konsulenter.

¹ Forskrift 19. februar 1990 nr. 119 om forskrift om krav til sykkel

² Sykkelvenlige bygg – en veileder, FutureBuilt, 2016

KRAV TIL FUNKSJONELL SYKKELPARKERING

Sykkelparkering bør plasseres der det er praktisk og på steder som oppleves som trygge og attraktive. Gode sykkelstativer er enkle å drifte, fungerer for mange typer sykler og dekker ulike behov.

Etablering av god sykkelparkering krever kjennskap til syklistenes behov og adferd. *Oslostandarden for sykkeltilrettelegging*, utarbeidet av Oslo kommune, stiller krav til funksjonell sykkelparkering.

Skap oppmerksomhet og tilby kvalitet

Skap oppmerksomhet om sykkelparkering både i gatebildet og i beslutningsprosessene. God sykkelparkering betyr bedre fremkommelighet for gående og personer med funksjonsnedsettelse og kan bidra positivt til byens estetiske uttrykk. For å være attraktiv må sykkelparkeringen plasseres synlig i gatebildet og være utformet med gode kvaliteter. Ved knutepunkter kan pumpe og verktøy for vedlikehold og mindre reparasjoner gjøre parkeringen mer attraktiv og øke oppmerksomheten.

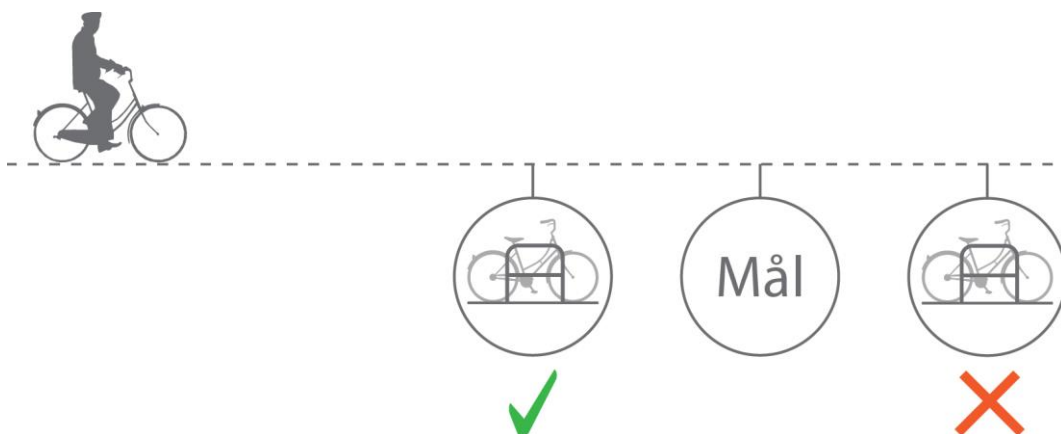
Sosial kontroll føles trygt og gir mindre risiko for tyveri

Ved å plassere sykkelparkeringen på et synlig og godt belyst sted øker den sosiale kontrollen, og dermed reduseres risikoen for sykkeltyveri. Belysning, adgang og oversikt er sentrale kvaliteter for at anlegget skal være attraktivt hele døgnet.

Sykkelparkering er en naturlig forlengelse av infrastrukturen

Sykkelparkering skal tilbys som en naturlig forlengelse av øvrig sykkelinfrastruktur. Sykkelparkering bør plasseres synlig, så nær målpunktet som mulig, og slik at den passer inn i syklistenes naturlige bevegelsesmønster. Parkeringen bør derfor kunne foregå i én sammenhengende, fremadrettet bevegelse uten omveier (se Figur 1).

Mye brukte sykkelparkeringsplasser oppfyller oftest disse kravene. Derfor bør man overveie om det er mulig å utvide kapasiteten på steder som allerede er populære.



Figur 1: Sykkelparkering bør kunne foregå i én sammenhengende, fremadrettet bevegelse

Det er mange hensyn å ta på stedet

Plassering av sykkelparkering må vurderes opp mot hensyn til universell utforming. Dessuten skal plasseringen ta hensyn til om parkering beslaglegger areal som kan brukes til opphold og om stativene kan komme til å hindre effektive gangforbindelser. Ved store knutepunkter kan det i noen tilfeller være hensiktsmessig å prioritere sykkelparkering fremfor opphold, fordi det uansett blir hensatt sykler i stort antall.

Velg en løsning som fungerer for alle

Sykkelparkeringen skal fungere. Det innebærer enkel adgang til parkeringen uten bratte ramper, trapper og trange dører. Det må være satt av nok plass til at man kan bevege seg rundt med en sykkel sammen med andre.

Det skal være lett å avlevere sykkelen, og lett å finne og ta den i bruk igjen. Avhengig av parkeringsanleggets funksjon må det dessuten være adgang for og plass til ulike typer sykler.

Planlegg for fleksibel kapasitet

Kapasiteten må være stor nok, og heller gi plass til noen ekstra sykler enn for få. Det bør i utgangspunktet etableres en overkapasitet på 25%, og man bør ha mulighet for å kunne utvide kapasiteten etter hvert. Særlig ved nybygg kan det være vanskelig å beregne behovet. Derfor er det smart å skissere en fleksibel løsning som kan justeres etter hvert som etterspørselen og behovet endrer seg.

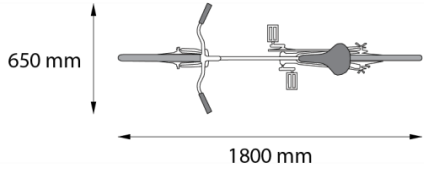
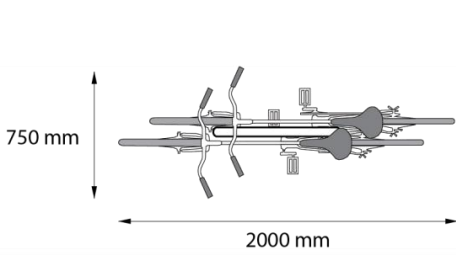
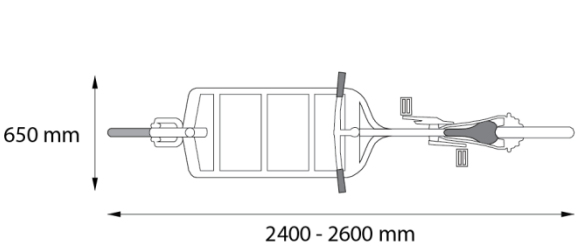
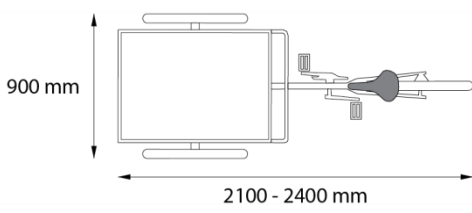
Gode stativer er enkle å drifte

Sørg for at det er mulig å brøyte snø og feie ved anlegget. Ofte sikres dette ved å velge et stativ med få festepunkter og som er bygget i robust materiale. Fjerning av etterlatte sykler er også viktig for at et anlegg skal fremstå som innbydende. Faste opprydningsrutiner anbefales.

DESIGNPRINSIPPER: DIMENSJONER, UTFORMING OG FARGER

Grunnleggende sykkeldimensjoner

For å lykkes med sykkelparkering må man kjenne til dimensjonene på ulike typer sykler og hvordan de plasseres for at arealet skal utnyttes optimalt. Anbefalt stativtype tilfredsstillende alle viktige krav til funksjonalitet og drift.

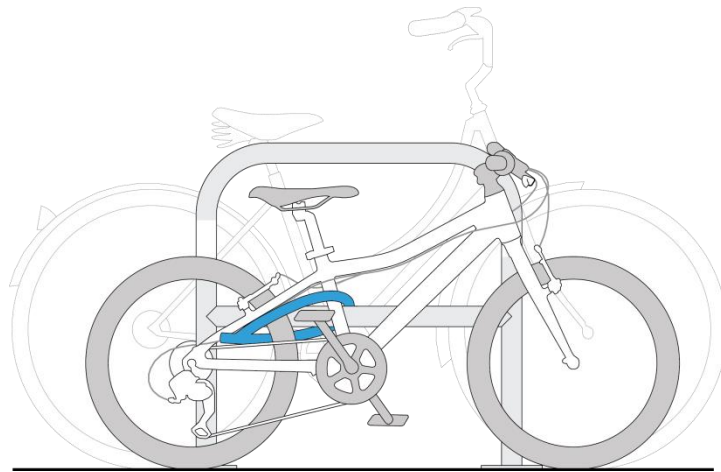
<p>Standard sykkel Plassbehovet for enkel navigering og låsing av vanlige sykler kan bli sterkt påvirket av ekstrautstyr på sykkelen som kurv, barnesete og liknende.</p>	 <p>650 mm</p> <p>1800 mm</p>
<p>To parkerte sykler Når to sykler parkeres og låses til et felles stativ vil de ofte stå noe forskjøvet i forhold til hverandre. Dette skjer fordi sykkelistene ønsker å unngå at syklenes styre og pedaler krasjer med hverandre. Dette gir en total lengde på ca. 2000 mm for to parkerte sykler.</p> <p>Totalbredden på to sykler parkert inntil ett felles stativ kan beregnes til ca. 750 mm.</p>	 <p>750 mm</p> <p>2000 mm</p>
<p>Tohjuls lastesykkel Mange tohjuls lastesykler har en støtte som er utformet slik at sykkelen må trekkes inntil 30 cm bakover for at støtten skal foldes ut. Når støtten er foldet ut er det fysisk krevende å flytte lastesykkelen framover igjen. Anbefalt dybde på parkeringsarealet er dermed 2900 mm for vinkelrett parkering og 2100 for skråstilt.</p>	 <p>650 mm</p> <p>2400 - 2600 mm</p>
<p>Trehjuls lastesykkel De fleste trehjuls lastesykler har en bredde på nærmere 900 mm. For at syklister med slike sykler skal kunne benytte sykkelparkeringen er det nødvendig med en senter-til-senter-avstand mellom stativene på minimum 1000 mm.</p>	 <p>900 mm</p> <p>2100 - 2400 mm</p>

Figur 2: Dimensjoner på forskjellige sykkeltyper

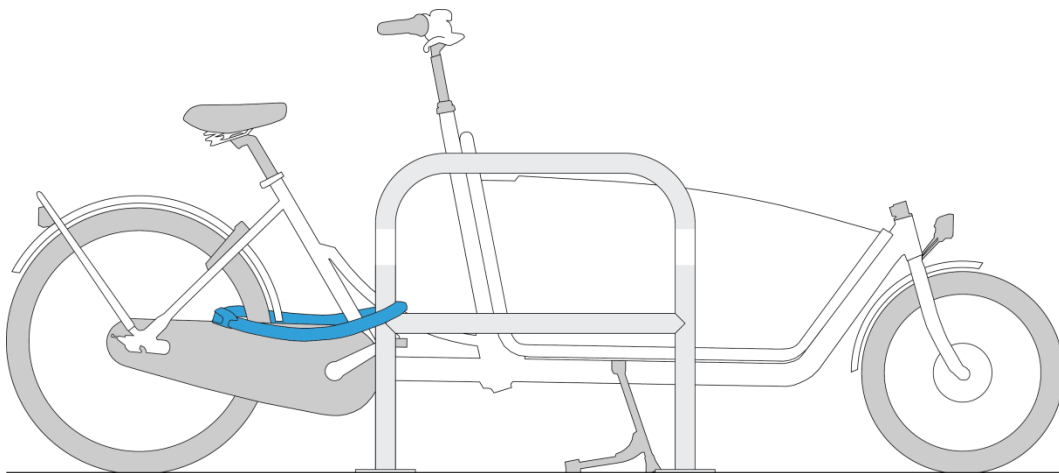
A-sykelstativ – den anbefalte, universelle stativtypen

A-stativ er en variant av stativtypen som i flere engelskspråklige land kalles for «Sheffield stand». Navnet spiller på stativets form, og stativtypen kan gå under forskjellige produktnavn avhengig av leverandør. A-stativ er den anbefalte stativtypen for universell sykkelparkering. Dette er av flere grunner:

1. Stativet gir stor kontaktflate mot sykkelens ramme og hjul. Den parkerte sykkelen står dermed stabilt, og faren for at den velter eller kommer ut av posisjon reduseres.
2. Stativet gir låsemuligheter for både ramme, forhjul og bakhjul.
3. Stativets utforming ekskluderer ingen sykkeltyper.
4. To horisontale rør gir gode låsemuligheter for lastesykler, samt ekstra støtte og låsemulighet for sykler med mindre rammestørrelser.
5. Stativet har ingen skarpe kanter, hvilket reduserer risikoen for at sykkelen tar skade av kontakten med stativet.
6. To sykler kan enkelt låses til hvert stativ. Når syklene parkeres parvis skapes det god plass mellom hvert sykkelpar for plassering, låsing og henting av den enkelte sykkel.
7. Stativet gir enkel adkomst til parkeringsarealet fra begge sider.

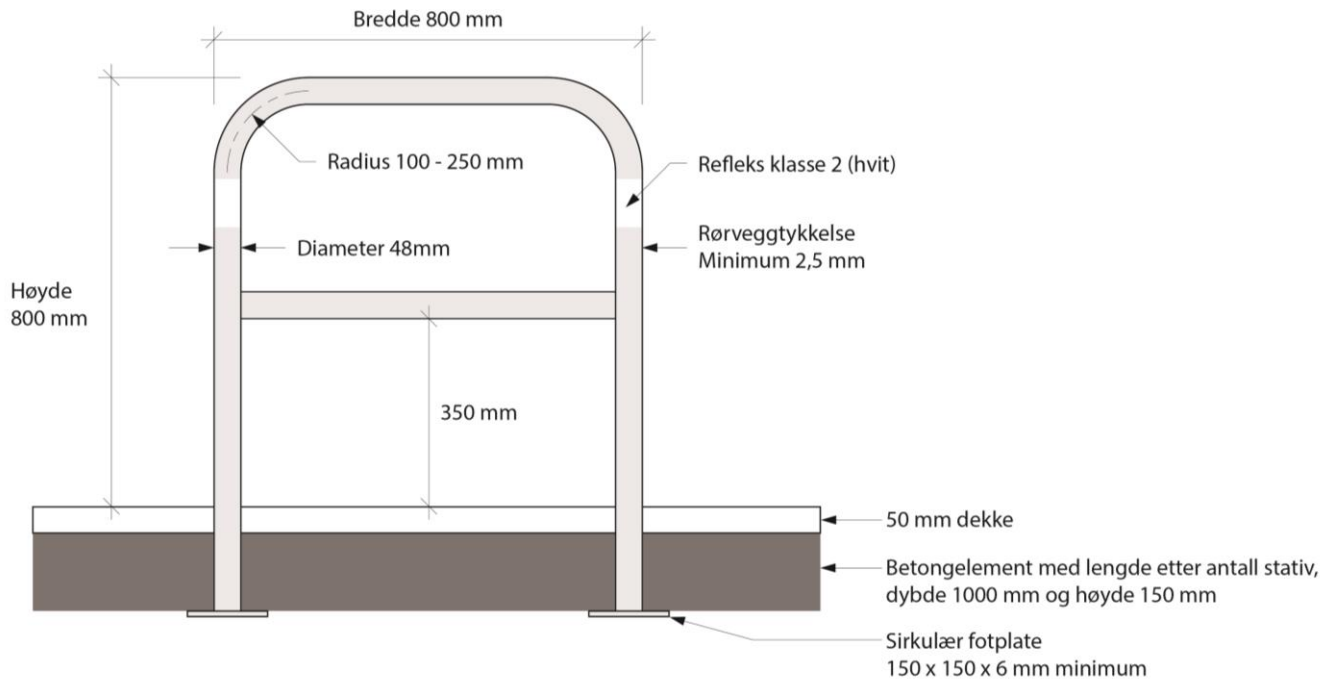


Figur 3: A-stativet gir ekstra støtte og gode låsemuligheter for barnesykler

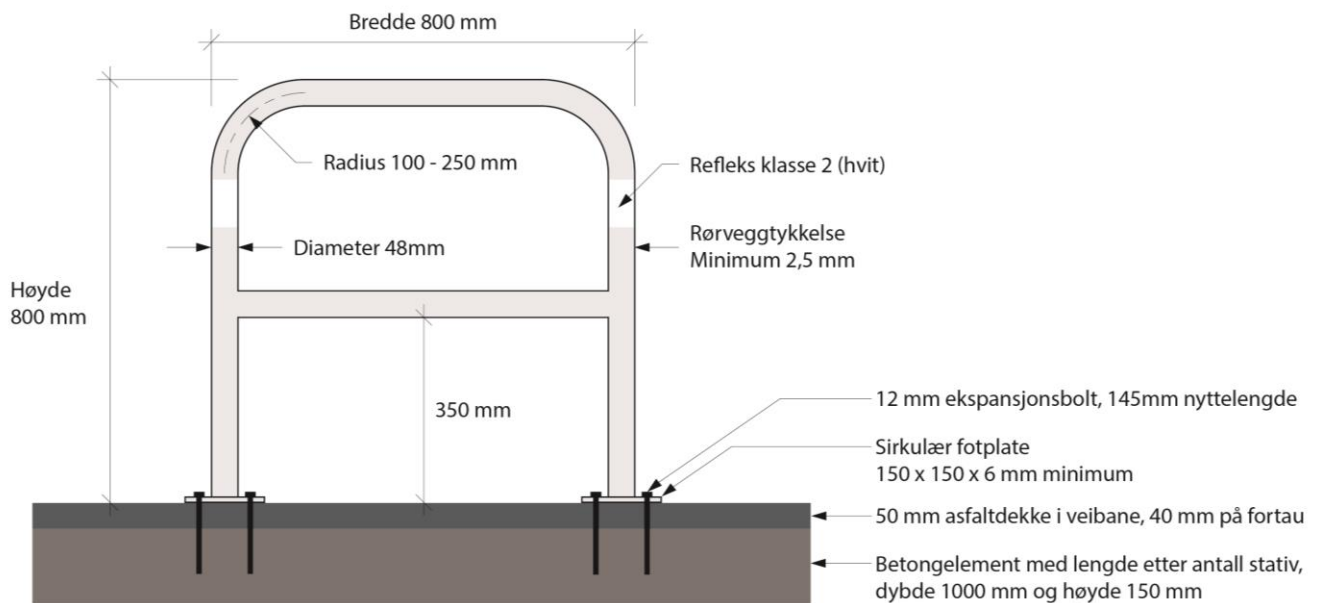


Figur 4: A-stativet gir gode låsemuligheter for lastesykler

A-stativ – dimensjoner, fundamentering og montering



Figur 5: A-stativ støpt i betongfundament



Figur 6: A-stativ med overflatemontering

Én fargestandard skaper gjenkjennelighet og enklere drift

Sykelstativene skal gjenkjennes som kommunens eiendeler. Dette kan oppnås ved konsekvent bruk av de samme fargene. Farger kan synliggjøre hvilke sykkelparkeringer er kommunens og forteller hvem man skal henvende seg til når det oppstår behov.

Begrensning av antall farger bidrar til enklere forvaltning og drift. Når stativer må byttes ut grunnet skader, eller det er behov for å utvide sykkelparkeringsarealet, vil et fåtall farger gjøre det mulig å ha sykkelstativ på lager.

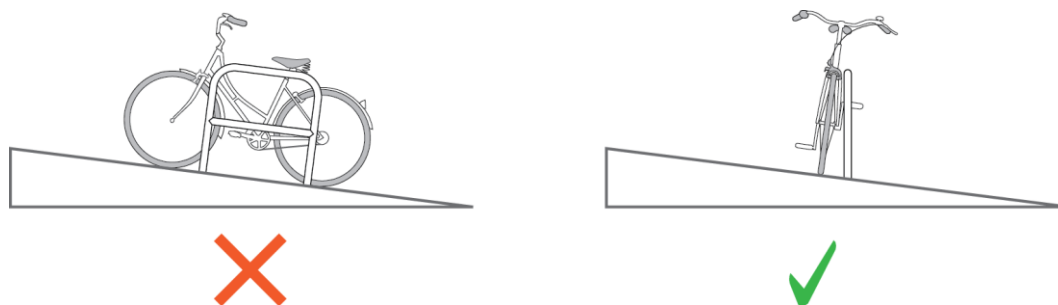
Oslo kommune bruker følgende farger på sykkelstativer:

Lokasjonstype	RAL kode	Fargenavn
Gangareal, veiareal	7043	Traffic grey B
Park, friområder, idrettsanlegg, marka, badeplasser	6012	Black green, Oslogrønn

Andre farger kan være aktuelt for enkeltprosjekter der det foreligger særskilte forhold, for eksempel ved supplering av eksisterende stativer for å ivareta et helhetlig miljø eller kortsiktige prosjekter.

Ta hensyn til helningsforhold

Hvis stativene monteres på hellende grunn bør de ideelt sett stå på tvers av hellingen, altså vinkelrett på hellingen. Dette vil hindre parkerte sykler fra å rulle ut av posisjon.



Figur 7: Stativer på hellende grunn bør plasseres vinkelrett på hellingen

Avstanden mellom stativene gir plass til ulike sykkeltyper

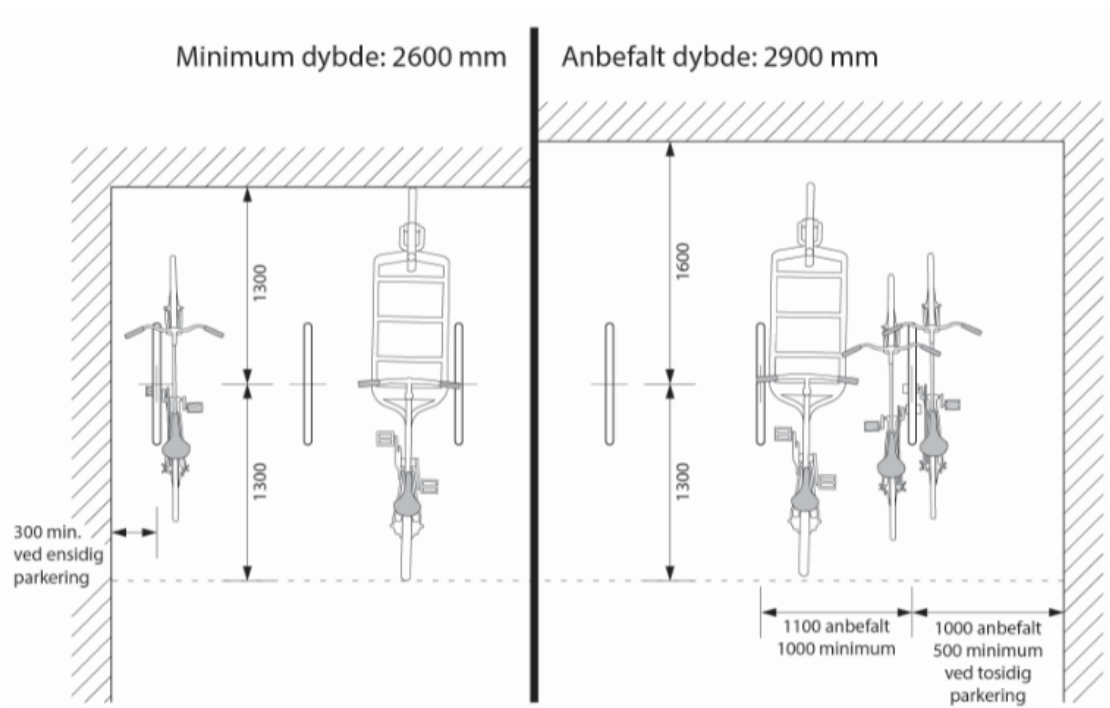
Stativene skal plasseres med stor nok avstand til hverandre til at det blir enkelt for alle brukere å parkere og låse syklene sine fra begge sider av stativene, inkludert de som har sykler med kurv og/eller barnesete. I tillegg skal det være mulig å få plass til en lastesykkel mellom to stativer. Trehjuls lastesykler har gjerne en bredde på nærmere 900 mm. Det skal derfor være minimum 1000 mm mellom stativene (1100 mm anbefalt). Denne avstanden skal alltid måles fra senter til senter på stativene og vinkelrett på stativenes lengdeakse (se Figur 8 og 9).

Dybden på parkeringsarealet tilpasses de lengste syklene

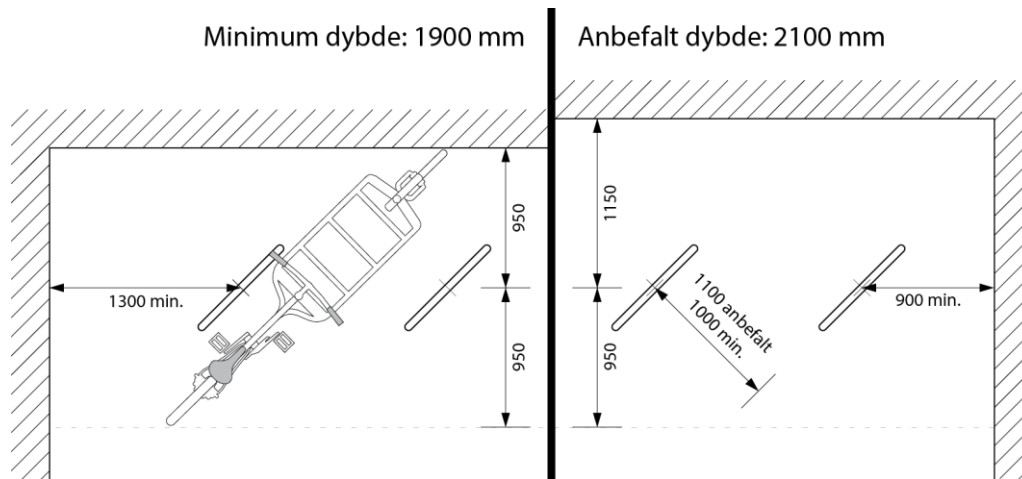
Mange lastesykler er vesentlig lengre enn vanlige sykler. For at sykkelparkeringen skal være funksjonell for alle brukere, må parkeringsarealets dybde dimensjoneres etter lengden på de lengste lastesyklene.

De fleste tohjuls lastesykler har en lengde på 2400-2600 mm. Mange tohjuls lastesykler har i tillegg en støtte som er utformet slik at sykkelen må trekkes 200-300 mm bakover for at støtten skal foldes ut. Når støtten er foldet ut kan det være fysisk krevende å flytte lastesykkelen framover igjen. Dette gir følgende anbefalinger for parkeringsarealets dybde:

- Så lenge sykkelparkeringen ikke strekker seg langs en vegg, et gjerde eller annet fysisk hinder, er tilstrekkelig dybde på parkeringsarealet 2600 mm ved vinkelrett parkering og 1900 mm ved skråstilt parkering.
- Dersom sykkelparkeringen strekker seg langs og inn mot et fysisk hinder, anbefales det å legge inn en ekstra dybde på 300 mm ved vinkelrett parkering (total dybde 2900 mm) og 200 mm ved skråstilt parkering (total dybde 2100 mm). Dette gjør det mulig for syklister med lastesykkel å trekke sykkelen bakover for å få støtten foldet ut uten at sykkelen havner utenfor parkeringsarealet (se Figur 8 og 9).



Figur 8: Rettvinklet sykkelparkering inn mot og langs vegg



Figur 9: Skråstilt sykkelparkering (45°) inn mot og langs vegg

Bare unntaksvis tilpasses dybden på parkeringsarealet de korteste syklene

For alminnelige sykler er det tilstrekkelig at parkeringsarealet har en dybde på 2000 mm ved vinkelrett parkering og 1500 mm ved skråstilt parkering (45°). Dette hindrer ikke nødvendigvis syklistene med lengre lastesykler fra å benytte sykkelparkeringen, men kan føre til at lastesykkelen reduserer fremkommeligheten for gående og maskinell drift av gangareal eller annet areal som grenser til sykkelparkingsarealet. Om man ønsker å etablere sykkelparkering på steder som ikke har nok dybde til å tilfredstille dimensjonskravene som vist i Figur 8 og 9, er det derfor viktig å vurdere mulige konsekvenser ved å fravike disse kravene.

SYKKELPARKERING PÅ VEIAREAL

Å tilrettelegge for sykkelparkering på veiareal kan være fornuftig bruk av tilgjengelig areal, men krever ekstra fokus på synlighet. Sykkelparkering på veiareal skal merkes opp, skiltes opp og beskyttes mot uhell.

Ved etablering av sykkelparkering på veiareal skal følgende tas i betraktning:

Plassering

Sykkelparkering skal plasseres på vegareal fremfor gangareal. Ved plassering av parkeringsplasser skal det vektlegges at parkeringene er godt synlig fra flere retninger i nærhet til kryss. Det kan dermed betjene målpunkter i fire kvartaler og ligge naturlig langs flere daglige ruter enn sykkelparkering midtveis i et kvartal.

Sykkelparkering på veiareal frarådes i sterkt trafikkerte gater og gater med trikk. Der hvor parkering på veiareal av ulike grunner er uaktuelt, skal parkeringen etableres på veiareal i nærmeste tverrgate eller sidegate – eller på fortau.

Oppmerking

Avgrensningen av arealet avsatt til sykkelparkering skal merkes opp med heltrukken linje (se Figur 10 og 11) eller tydeliggjøres på annen måte gjennom belegning eller maling. Dette reduserer risikoen for feil parkering, og gjør syklistene sikre på at de har parkert sykkelen sin korrekt og trygt. Spesielt viktig er dette for lastesyklister, som vil oppleve at sykkelen deres stikker lengre ut i veibanen enn andre parkerte sykler.

Skilting

Sykkelparkering i veibanen skal skiltes med skilt 552 «Parkering», samt underskilt 807.6 «Sykkel» (se Figur 10 og 11)³.

Beskyttelse

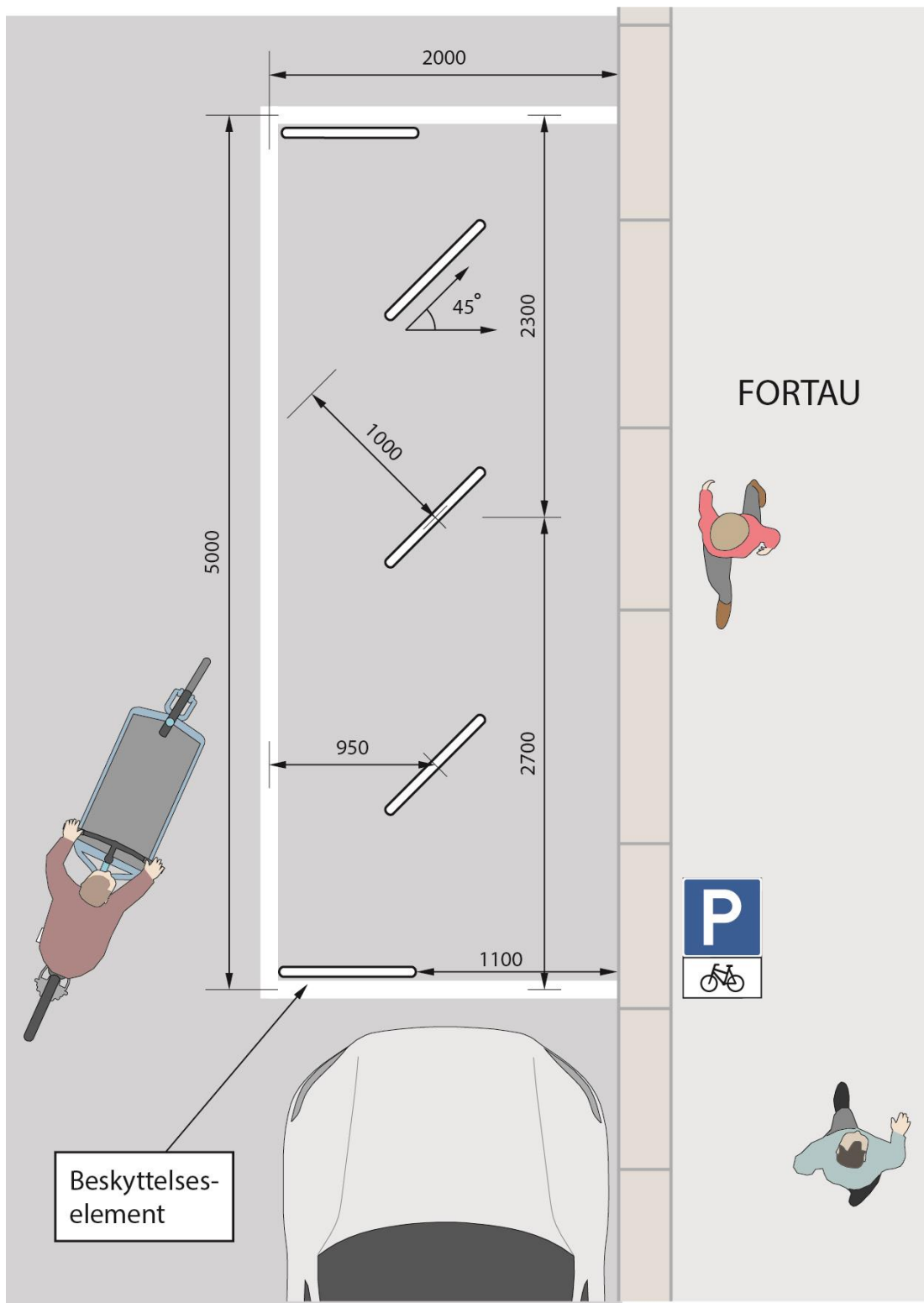
For å redusere risikoen for at sykkelstativene og parkerte sykler blir påkjørt skal sykkelparkeringen bli beskyttet fra begge ender. Dette kan være et eget beskyttelseselement (se Figur 10 og 11) eller fysisk utforming av parkeringsarealet (se Figur 13 og 14).

Beskyttelseselementet skal utformes på en måte som gjør det uegnet til fastlåsing av sykler. Dette kan være en pullert eller et A-stativ med heldekkende plate eller liknende. Ved valg av monteringsløsning for beskyttelseselementene er det viktig å ta hensyn til at disse kan bli svært utsatt for påkjørsel. Derfor anbefales overflatemontering av slike elementer.

Refleks

Sykkelstativer og beskyttelseselementer på veiarealet skal utstyres med refleks (se Figur 5 og 6).

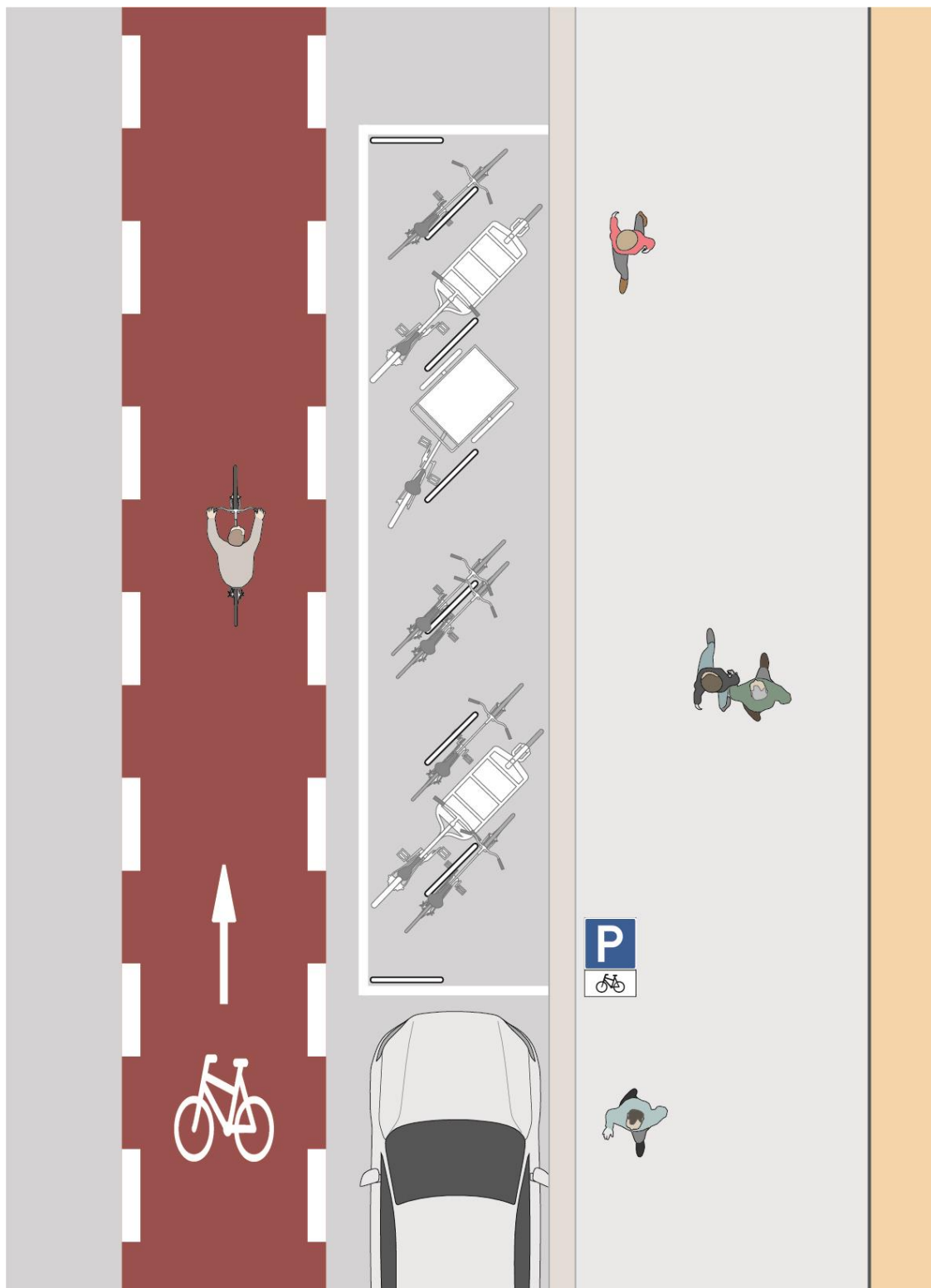
³ Håndbok N300 Trafikkskilt, Statens vegvesen, 2014



Figur 10: Sykkelparkering på veiareal, tilsvarende én bilparkeringsplass

Omdisponering av veiareal fra bilparkering til sykkelparkering

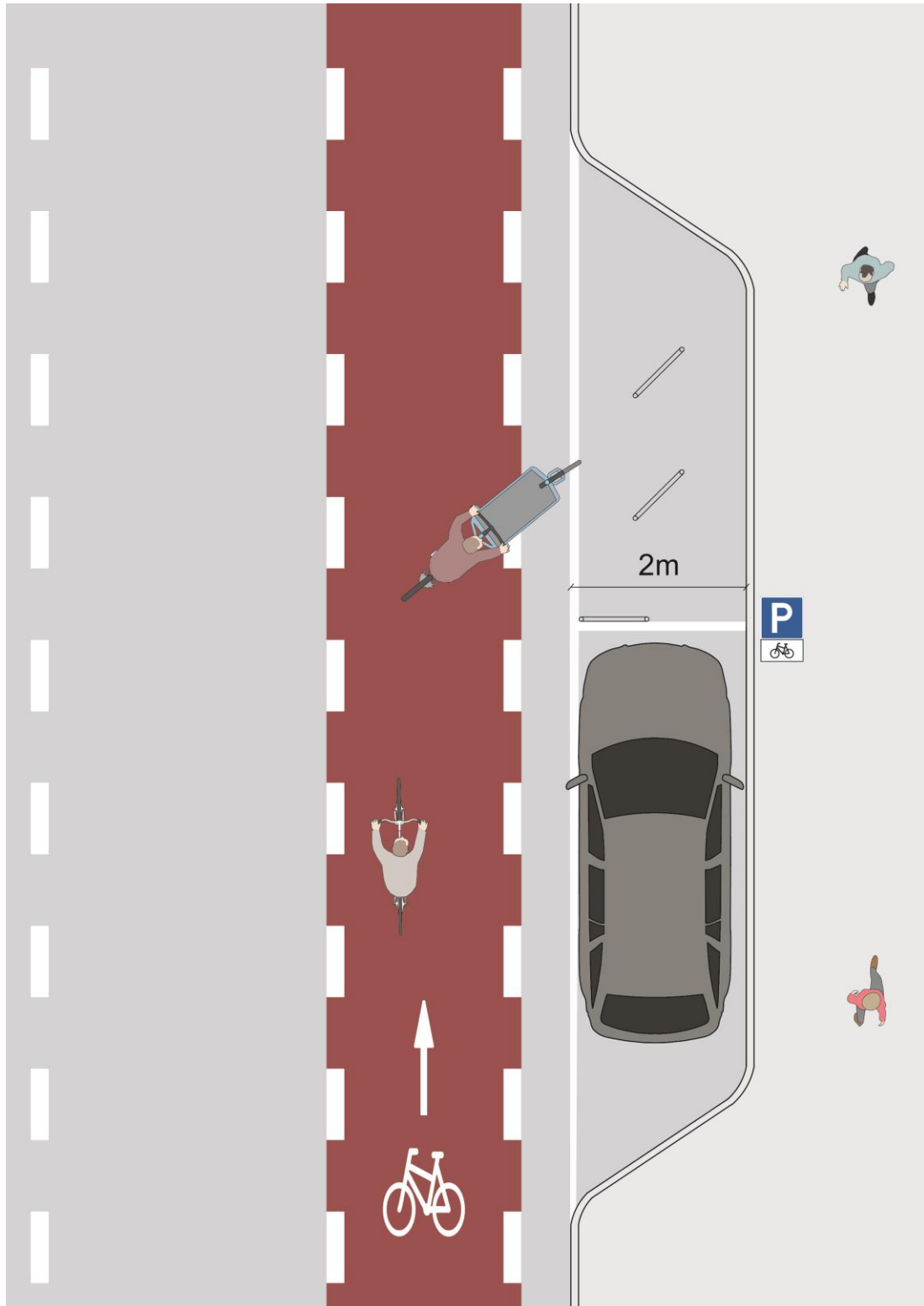
Figur 14 viser hvordan sykkelparkering med tre A-stativer og to beskyttelsesstativer kan etableres på et areal tilsvarende én bilparkeringsplass. Dette er en lavterskel, omdisponering av areal som anbefales når ytterligere endringer til gatestrekningen ikke er planlagt.



Figur 11: Sykkelparkering på veiareal, på innsiden av sykkelfelt

Sykkelparkering langs sykkelfelt skaper sammenhengende sykkelinfrastruktur

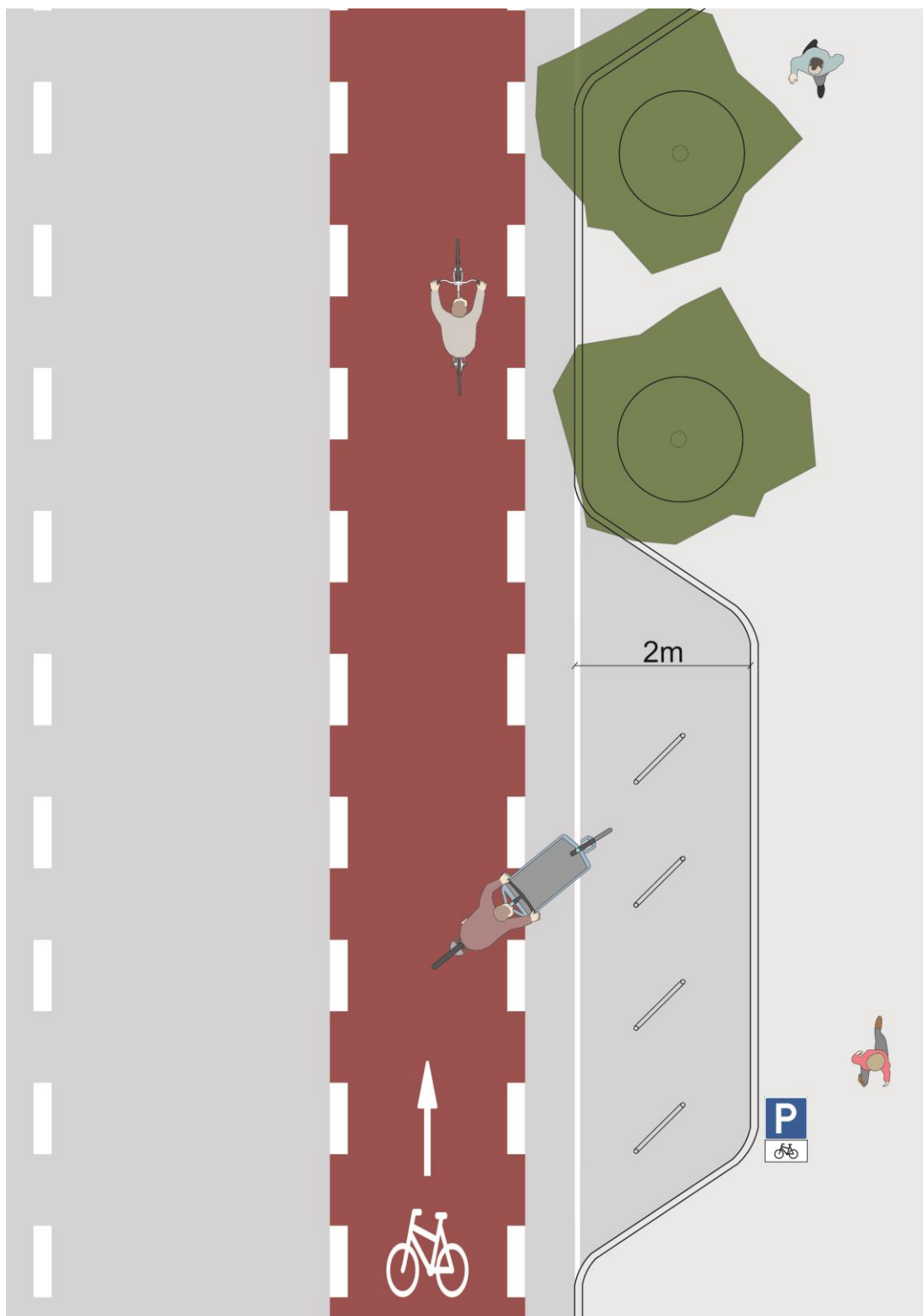
Figur 15 viser omdisponering fra bilparkering til sykkelparkering på innsiden av sykkelfelt, som gjør sykkelparkeringen lett tilgjengelig. I tillegg skapes det god avstand mellom biler i veibanen og syklister som skal manøvrere syklene sine inn og ut fra sykkelparkeringen.



Figur 12: Sykkelparkering på disponible veiareal med ett beskyttelselement

Bruk av ledig veiareal selv med få sykkelparkeringsplasser

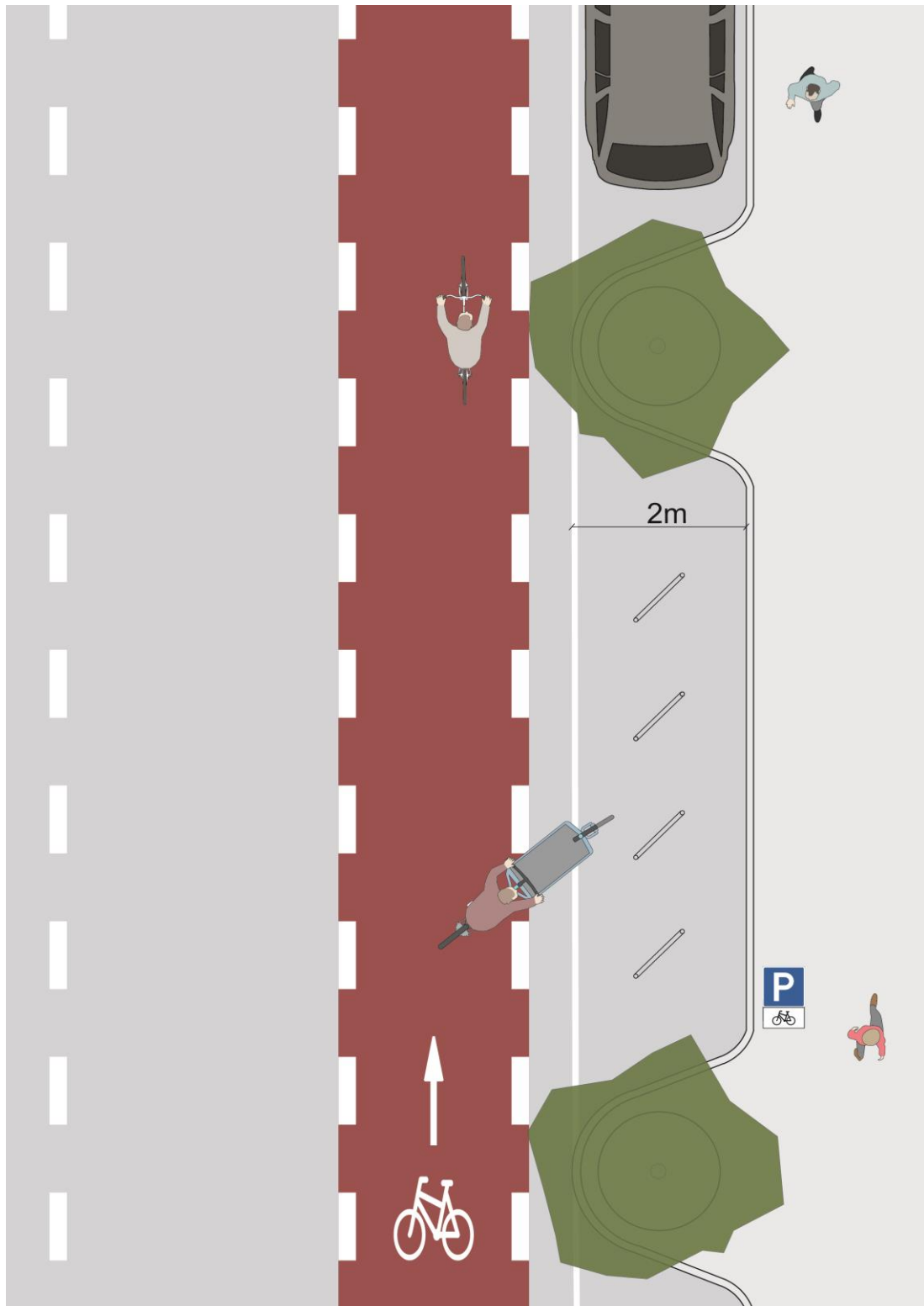
Bare ett eller to stativer kan bety mye for parkering ved nærliggende reisemål. Sykkelparkeringen er beskyttet med et beskyttelselement i den ene enden og gatens utforming i den andre enden.



Figur 13: Sykkelparkeringslomme

Sykkelparkeringslomme: en naturlig del av gatens utforming

Ved nyetablering av gateløp, skal skjermede sykkelparkeringsplasser planlegges som en naturlig del av gatens utforming. Figur 16 viser gate med en sykkelparkeringslomme som er skjermet fra trafikken med bredt gangareal.



Figur 14: Integret beskyttelseelement for sykkelparkering

Integret beskyttelseelement: permanent merverdi for alle

Solide og permanente beskyttelsestiltak for sykkelparkering kan utformes som en utvidelse av gangareal. Dette kan videre understrekkes med grønnelementer som trær eller andre strukturer med en mer eller mindre permanent karakter.

SYKKELPARKERING PÅ GANGAREAL

Sykkelparkering på gangareal må etableres slik at fri ferdsel og opphold blir ivaretatt. Med gjennomtenkt plassering blir det lett å komme til, og stativene oppleves ikke som barrierer.

På gangareal, som fortau, gågater og torg, skal sykkelparkeringen fortrinnsvis etableres i møbleringssonen. En slik plassering har ofte flere fordeler. Parkeringsarealet kan da legges på linje med beplantning og bymøbler. På fortauet skaper sykkelstativene en buffer mellom gående på fortauet og trafikken i veibanen.

Lengre rekker av stativer kan skape en uheldig barriereeffekt. Ved planlegging av en lang stativrekke må det derfor vurderes om rekken bør ha ett eller flere opphold.

Sykkelstativene skal ikke være for tett inntil utstillingsvinduer. I tillegg skal de ikke være til hinder for varelevering, inn- og utkjørsler, utrykningskjøretøy og utleie av kommunal grunn, som uteservering, varesalg og bylivsaktiviteter.

Utformingskrav for fortau

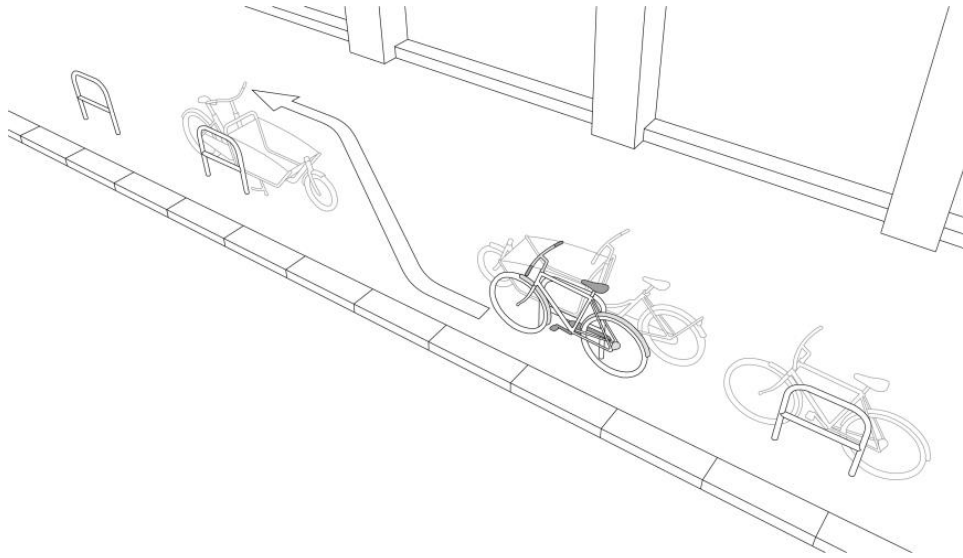
Ved parkering på fortau kan sykkelstativene vinkles på tre forskjellige måter:

1. Parallelt med kantstein (se Figur 15 og 16)
2. Vinkelrett på kantstein (se Figur 17)
3. Skråstilt (45°) mot kantstein (se Figur 18)

Ved etablering av langsgående stativer er det ekstra viktig å være oppmerksom på at man må ha plass til håndtering av sykkelen. Sykler parkert på utsiden av stativene, mot veibanen, skal både kunne nås fra fortauet og føres tilbake til fortauets ferdselssone uten vanskeligheter. For å sikre enkel tilgang til parkeringsplassene på utsiden av stativene bør det derfor være en avstand på minimum 5 meter mellom annet hvert stativ og 800 mm fra kantstein (Figur 10 og 11).

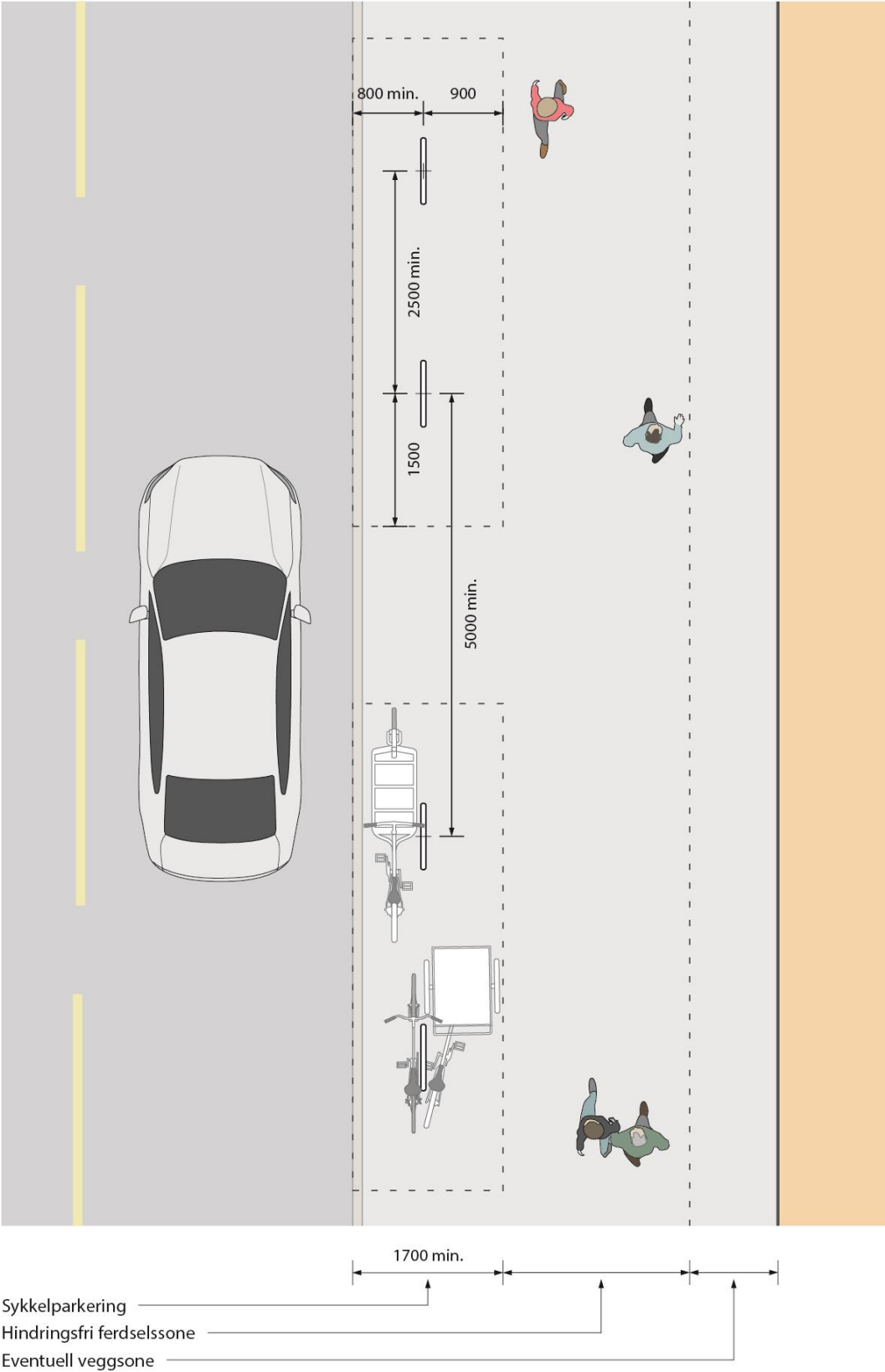
Ved etablering av sykkelparkering på fortau skal Oslo kommunes minstekrav på 2000 mm fri ferdsel for gående og for maskinell drift av fortauet ivaretas⁴, se Figur 11, 12 og 13.

⁴ Gate- og veiutforming for Oslo kommune, Bymiljøetaten, januar 2018



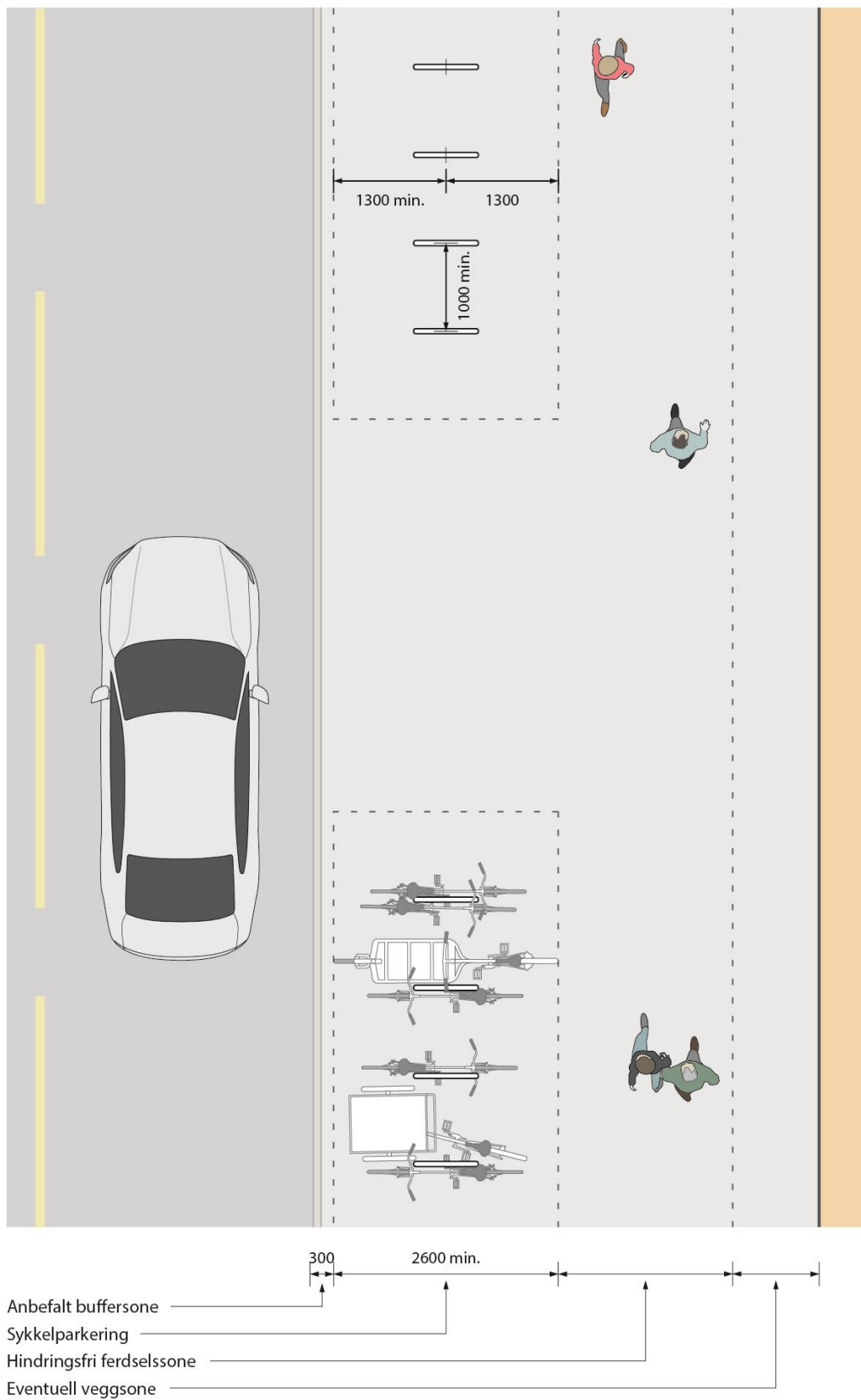
Figur 15: Langsgående sykkelparkering parallelt med kantstein, med ekstra avstand mellom hvert annet stativ

Langsgående sykkelparkering på fortau, parallelt med kantstein



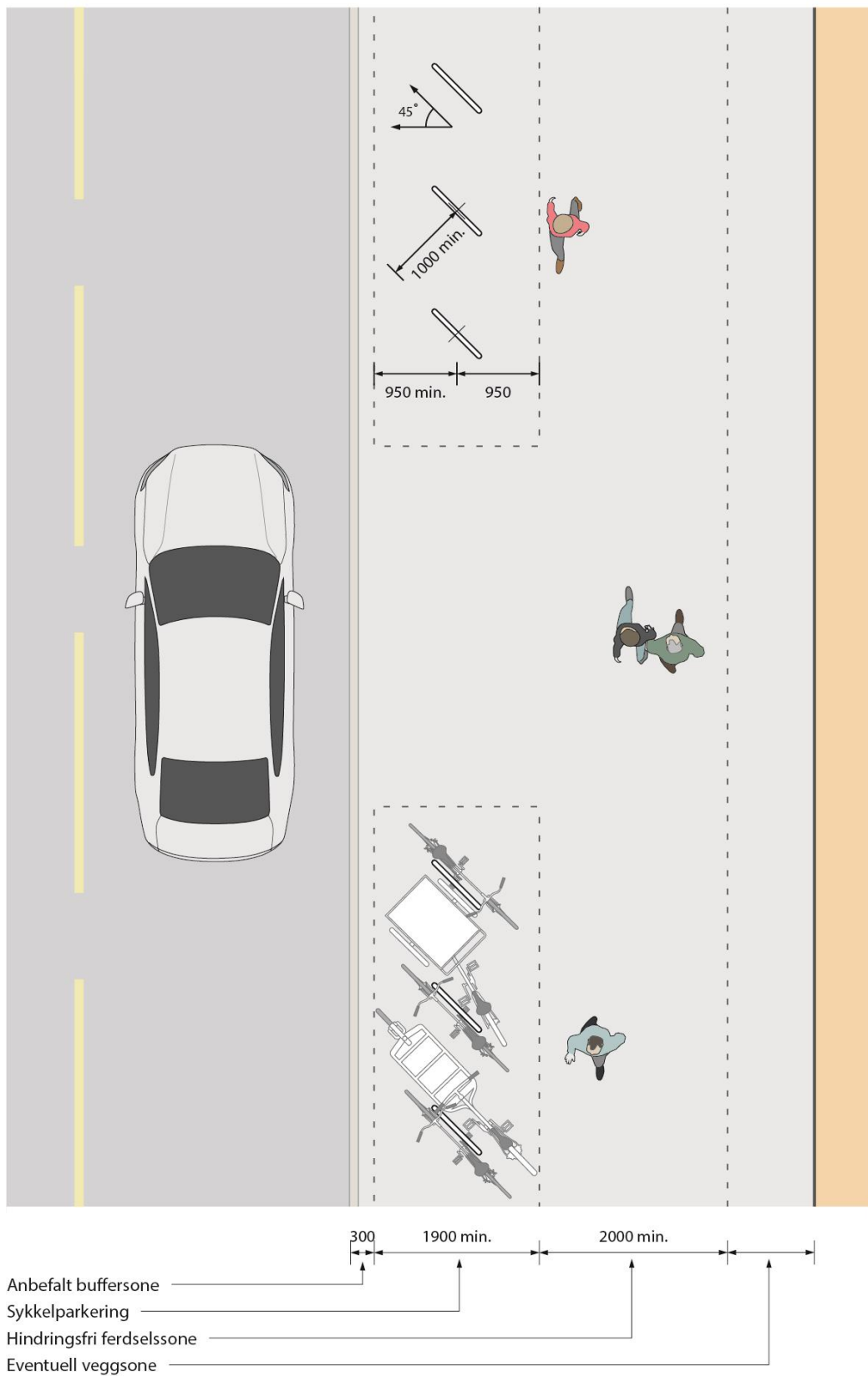
Figur 16: Langsgående sykkelparkering på fortau, parallelt med kantstein

Sykkelparkering på fortau, vinkelrett på kantstein



Figur 17: Sykkelparkering på fortau, vinkelrett på kantstein

Sykkelparkering på fortau, skråstilt mot kantstein



Figur 18: Sykkelparkering på fortau, skråstilt mot kantstein

REFERANSER

- 1: Forskrift om krav til sykkel - FOR-1990-02-19-119
- 2: Sykkelvenlige bygg – en veileder, FutureBuilt, 2016
- 3: Gate- og veiutforming for Oslo kommune, Bymiljøetaten, januar 2018
- 4: Håndbok N300 Trafikkskilt, Statens vegvesen, 2014.

NYTTIG LITTERATUR

- Hackney Cycle Parking Guidance, April 2013.
- Bike Parking Infrastructure Guidance, Dublin Cycling Campaign, August 2017.
- Cykelparkeringshåndbogen, Dansk Cyclist Forbund, 2007.



Veileder utgitt av Bymiljøetaten, februar 2019

BYMILJØETATEN

Postboks 636 Løren, 0507 OSLO

TELEFON: 02 180

E-POST: postmottak@bym.oslo.kommune.no

INTERNETT: www.oslo.kommune.no

FACEBOOK: www.facebook.com/bymiljoetaten

Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune

Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Deres ref.:
201704683-350

Vår ref.:
21/16277

Saksbehandler:
Kani Omer Saleh

Dato: 03.06.2021

Uttalelse ved kunngjøring om offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34

Eiendoms- og byfornyelsesetaten (EBY) viser til planforslaget for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområdet.

EBY er blant annet tildelt rollen som kommunens grunneierrepresentant og uttaler seg til planforslag både ut fra sin grunneierrolle og ut fra sin rolle som overordnet kommunal avtalepart for utbyggingsavtaler i Oslo kommune.

Vedrørende grunneierrollen:

Reguleringsplanforslaget berører Oslo kommunens eiendommer med gnr/bnr 42/131, 183 og 42/191.

Vedrørende utbyggingsavtale:

EBY støtter plan- og bygningsetatens forslag til utvidete rekkefølgebestemmelser, men mener at planavgrensningen bør utvides slik at den omfatter de to undergangene under Ring 3 som er inntatt i rekkefølgekravene. Det er EBYs vurdering at dette vil gi mer forutsigbarhet med tanke på gjennomføring av disse tiltakene.

Vedrørende miljø:

Vi viser til Kommuneplanen 2015 hvor det bl.a. fremgår at «Oslos blågrønne preg» skal styrkes. Byens blågrønne struktur skal videreutvikles og bevares gjennom aktive tiltak for å verne om naturmangfoldet i Oslo. Vi oppfordrer i den forbindelse tiltakshaver til å vurdere tiltak som gir høy grad av klimatilpasning samt å jobbe for økt biologisk mangfold i planen (eksempelvis grønne tak). Dette er også et viktig bidrag for å behandle overvann lokalt og fordrøye vann ved store nedbørsmengder.

Med vennlig hilsen

Margrethe Pran
seksjonsleder

Kani Omer Saleh
spesialingeniør

[Dette dokumentet er godkjent elektronisk.](#)

Kopi til:

Plan- og bygningsetaten
Boks 364
0102 OSLO

Deres ref.:
201704683

Vår ref. (saksnr.):
21/982 - 2

Saksbeh.:
Ståle Grøthe,

Dato:
01.06.2021

Uttalelse vedrørende helikopterstøy - Offentlig ettersyn Gaustad sykehusområde

Det vises til offentlig ettersyn 12.4.21-7.6.21 av planforslag for videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. I planforslaget bes det om en uttalelse fra Helseetatens om helikopterstøy, både om rapportene og om bestemmelsene om avbøtende tiltak.

Helikopterlandingsplasser i tettbygd strøk kan medføre støykonflikter, da støy fra landing og avgang samt innflyging i lav høyde over støyfølsom bebyggelse ofte gir høye støynivåer. Landingsplasser som brukes om natten, for eksempel knyttet til ambulanseflygning, gir vanligvis de største konfliktene knyttet til maksimalstøy.

Forstyrret nattesøvn for beboere i nærområdet anses her mest problematisk og med størst risiko for helsemessig ulempe.

Det er holdepunkter for at særlig støy om natten kan bidra til redusert helse. Tilstrekkelig og uforstyrret søvn er avgjørende for god fysisk og psykisk helse, og for lite søvn er forbundet med utvikling av en rekke sykdommer og helseplager.

Det er estimert et gjennomsnitt på om lag en landing pr. natt for nye Gaustad sykehus. En landing medfører også en påfølgende take off, som gir to støyhendelser med kort mellomrom. Støynivået uten tiltak vil kunne medføre forstyrret nattesøvn og oppvåkning for nærliggende beboere. Uforutsigbarheten i trafikken vil forsterke støybelastningen.

Maksimalt lydnivå innendørs på soverom vil være mest relevant i forhold til oppvåkning og forstyrrelse av nattesøvn. Det er anbefalt for intermitterende støy at man unngår hendelser som overstiger LAmaks 45 dB i soverommet, spesielt der hvor bakgrunnsstøynivå er lavt. Grenseverdien for innendørs lydnivå fra utendørs lydkilder følger av NS8175 tabell 4 og samsvarer med denne anbefalingen. Kravet anses overskredet når det forekommer 10 støyhendelser eller flere som overskridelser grenseverdien på natt. Dersom varigheten av en hendelse er lang eller det er spesielt høyt lydnivå fra en hendelse, men antallet støyhendelser er mindre enn ti, bør man likevel vurdere om støyforholdene er tilfredsstillende.

Vår vurdering er at en flybevegelse både er av en viss varighet og kan oppleves spesielt støyende, og det vil være vanlig forekommende på natt. Vi anbefaler derfor at det stilles krav til maksimalstøy

innendørs i nattperioden, selv om det forventes færre enn ti hendelser. Det vil sikre at det gjennomføres tiltak der det er nødvendig.

Med vennlig hilsen

Synne Schou Øhrberg
kommuneoverlege

Ståle Grøthe
fagkonsulent

Mottakere:
Plan- og bygningsetaten

Boks 364

0102

OSLO



Deres dato
2021-04-12

Vår dato
2021-06-07

Deres referanse
201704683-350

Vår referanse
77398

Vår saksbehandler
Hanne Korsvold

Oslo kommune
Plan- og bygningsetaten

Kopi til

Uttalelse til offentlig ettersyn: forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde, Oslo kommune

Elvia AS («Elvia») viser til offentlig ettersyn: forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34 i Oslo kommune. Høringsfristen er 7. juni 2021 og uttalelsen er dermed innen fristen.

1. Bemerkninger

Elvia viser til opplysninger gitt som uttalelse ved varsel om oppstart av planarbeidet den 13. mars 2018 – da under navnet Hafslund Nett AS. Elvia vil minne om at det blant annet finnes både kabelanlegg og transformatorstasjoner innenfor planområdet, og at disse må hensyntas. Viser til kart sendt 13. mars 2018.

Vennligst ta kontakt dersom det skulle være spørsmål eller uklarheter.

Kontaktinformasjon: firmapost@elvia.no

Med vennlig hilsen

Elvia AS

Hanne Korsvold
Avdeling Rettigheter

Hanne.korsvold@elvia.no

Fra: Storhaug Oda <Oda.Storhaug@fortum.com>
Sendt: torsdag 15. april 2021 12.30
Til: PBE Postmottak
Emne: Saksnr. 201704683 - Gaustadalléen 34

Kategorier: Haster

Hei!

Viser til varsel forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34. Området ligger innenfor konsesjonsområdet for fjernvarme. Fortum Oslo Varme leverer fjernvarme i området i dag og anbefaler at det blir stilt krav om at nye bygg over 1000m² bygges med vannbåren varme for det totale termiske varmebehovet og at det tilknyttes fjernvarmeanlegget.

For å ivareta sikkerheten for de som skal utføre arbeidene og leveringssikkerheten ber vi om å bli kontaktet på et tidlig stadium i prosjekteringsarbeidet.
En eventuell omlegging av fjernvarmerør kan kun utføres i sommerhalvåret.

Fortum Oslo Varme anbefaler at det blir stilt krav om fossilfri byggvarme. Fjernvarme vil i dette tilfelle være et godt alternativ.

Fortum Oslo Varme kan også levere komfortkjøling basert på fjernvarme, dersom prosjektet trenger kjøling.

Med vennlig hilsen | Kind regards

Oda Angell Storhaug

Energiplanlegger | Energy Planner

oda.storhaug@fortum.com

M: +47 48252066 | www.fortum.no

Fortum Oslo Varme AS

Askekroken 11, Skøyen, N-0272 Oslo, Norway

facebook.com/FortumNorge

twitter.com/FortumNorge

instagram.com/fortum_norge

linkedin.com/company/fortum-oslo-varme



Plan- og bygningsetaten
Boks 364, Sentrum
0102 OSLO

Dato: 19.04.2021

Deres referanse:
201704683 - 350

Vår referanse:
18/01299-6
(Oppgis ved henvendelse)

Saksbehandler: Liv Gunvor Backman
Org.enhet: Kunde A/D
Tlf.: 918 32 939

Arkivkode:
512.1

UTTALELSE TIL REGULERINGSSAK - GAUSTADALLEEN 34 - GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE - KUNNGJØRING OM OFFENTLIG ETTERSYN

Renovasjons- og gjenvinningsetaten (REG), viser til deres e-post av 12.04.2021, vedrørende forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalleen 34- Gaustad sykehusområde, med Plan og bygningsetatens saksnummer 201704683.

Hensikten med detaljreguleringen er videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. Det foreslås helseinstitusjon, undervisning, forskning m.m. og bevaring av kultur- og naturmiljø, herunder det fredete Gaustad sykehus.

REG viser til tidligere uttalelse av 15.02.2018, og minner om:

Tilgang for renovasjonsbilene under og etter byggeprosessen

REG har et lovpålagt ansvar for å sørge for innsamling av husholdningsavfall i Oslo kommune. I forbindelse med innsamlingen må renovasjonsbilene ha tilgang til alle eiendommene i nærliggende område, både under og etter prosessen, slik at den lovpålagte avfallshåndteringen kan utføres.

REG anbefaler å planlegge renovasjonsløsning og adkomstforhold på et overordnet nivå som en del av planarbeidet. Slik at det blir en best mulig hentesituasjon for utfører og minst mulig sjenanse fra renovasjon for de som ferdes i området.

Ta kontakt

Er det spørsmål rundt renovasjon og abonnement ta kontakt med REG på e-post: postmottak@reg.oslo.kommune.no. Kontaktperson i REG er fagansvarlig Anders Månsson, telefon: 402 94 135.

Med hilsen

Tomas R. Andresen
teamleder

Liv Gunvor B. Knoph
saksbehandler

Dokumentet er elektronisk godkjent.

: Sammen gjør vi Oslos viktigste jobb



Oslo kommune Plan- og bygningsetaten

Boks 364 Sentrum
0102 Oslo

Deres ref. 17/04683 -321	Vår ref. 20/00119-42	Tlf. 22 08 40 00	E-post firmapost@sporveien.com	Dato 04.06.2021
-----------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------------------	--------------------

Sporveiens uttalelse til Gaustadalléens 34, Gaustad sykehusområde, Planforslag til offentlig ettersyn, Detaljregulering med konsekvensutredning

Det vises til PBE dokument 17/04683 -321 Gaustadalléens 34, Gaustad sykehusområde, Planforslag til offentlig ettersyn, Detaljregulering med konsekvensutredning.

Sporveien har hatt bekymringer tilknyttet trafiksikkerhet- og kapasitetskonsekvenser av forliggende planforslag. Det vises videre til tidligere oversendt brev i saken til forslagstillere med kopi til PBE, med dokumentreferanse , 17/04683-329. Vår 2021 er det opprettet dialog mellom forslagstiller og Sporveien for å klarlegge denne tematikk i detalj. Sporveien er kjent med at forslagstiller har startet prosess for å oppfylle krav etter EN 50126, dette arbeid vil ikke konkludere i løpet av høringsprosess for reguleringsplanforslaget.

Det er vår oppfatning at utvikling av planforslaget går i riktig retning men der er allikevel noe mangler og åpenbare faktafeil i foreliggende reguleringsforslag som vi mener det er riktig å løfte i foreliggende offentlige høringsfase.

I planprogrammet står det at følgende konsekvenser for kollektivtrafikken skal vurderes:

- eventuell omlegging av trikkelinje og alternativenes konsekvenser.
- trafikale konsekvenser av alternativene for alle trafikantgrupper.
- fremkommelighet/kapasitet.

Fremlagte konsepter for kollektivtrafikken i planprogrammet er ikke helhetlig behandlet i trafikkanalysen til foreliggende planforslag. I trafikkanalysen som Sykehusbygg har levert inn som vedlegg til planforslaget står det følgende om forkortet trikkelinje: *«Dette har liten betydning for publikum, men gir forbedret trafiksikkerhet og mer oversiktlig fotgjengerkryssing til ny forplass.»* Alternativ 1 a og b har en stor forskjell for trikken sammenlignet med alternativ 2 a og b. I alternativ 1 a og b etableres ny avkjørsel inne i vekselpartiet (ettersom dette flyttes da banens siste holdeplass omlegges og banen blir kortere). Forslaget om endring av trikkens trase og etablering av en ny avkjørsel over banen kan vi ikke se er behandlet i noen analyser tilknyttet reguleringsplanfremstillingen. Det er ikke beskrevet som en konsekvens i planfremstillingen, i bestemmelsene er det lagt inn som en premiss. Trafiksikkerheten for kollektivtrafikken i dette området må vurderes, spesielt Gaustadalléens kryss med trikketraseen og krysningspunkt fra rundkjøring i Sognsvannsveien inn til trikketraseen. Slik vi leser nytt trafikksystemet så vil

Gaustadalléen også gi adgang til Ring 3 via Problemveien ved Livsvitenskapsbygget. Her risikerer vi at få all biltrafikk over krysningene over trikkens traser ved krysning Gaustadalléen og inn mot Problemveien ved Livsvitenskapsbygget når det blir kø i Klaus Torsgårds vei. I tillegg må endring av holdeplasser vurderes. Når det gjelder funksjonalitet og kapasitet for vending av trikker, viser vi til tidligere dialog i saken med både Sporveien og Ruter. Tiltaket inneholder forslag på endring av banetrase. Planlegging av bane må gjennomføres i henhold til jernbaneloven og kravforskriften.

Sporveien vil også vise til vår merknad ved høring av planprogrammet i andre gangs utlysning, ref. PBE-201704683-57.

Detaljerte merknader

Merknad tilknyttet ROS analyse sid 38

Det står at trikken ved trafikomlegging vendes ved Forskningsparken. Dette må være en feilskrivning? Den nærmeste trikkeholdeplassen, lokalisert hvis a ved Ring 3 heter Gaustadalléen. Vi regner med at det er den forslagstiller mener?

Merknad tilknyttet planbeskrivelsen Sid 132 Konsekvenser for kollektivtrafikken.

Forslagstiller sier «Planforslaget legger til rette for å etablere en ekstra avstigningsplattform innenfor formålet Trikkestrasé. På denne måten kan eventuelt hyppigere avgangstider håndteres.». Dette er ikke et korrekt dokumentert påstand. Forslaget legger opp til at dagens forhold videreføres. Sporveien har i dag en midtplattform og en avstigningsplattform med plass til oppstilling av totalt tre trikker ved holdeplass samtidig og det er dette som planforslaget viderefører.

Merknad tilknyttet planbeskrivelsen PBE forslag på nye bestemmelser

Avsnitt 5.1.7

Under avsnitt 5.1.7 sier PBE at « *Tiltaket legger til rette for flere trikkeavganger* ». Dette er ikke dokumentert, forslagstiller har ikke visst konsekvenser overfor Sporveiens anlegg og kan ikke vise til kapasitetsstudier som indikerer at det kan legges til rette for flere avganger. Dagens forhold videreføres i forhold antall holdeplasser og forslagstiller endrer situasjonen gjennom å legge inn en avkjørsel legges inne i vekselanlegget. Konsekvens av dette forslag på endring er ikke avklart. Det er viktig at ny løsning for trikk støtter opp under planene om å øke kapasiteten til trikk i Oslo.

Merknad tilknyttet planbeskrivelsen PBE forslag på nye bestemmelser

Avsnitt 5.1.13

Rekkefølgebestemmelse Gaustadalléen.

Det ligger en trikkeholdeplass under Ring 3. I dette område vil Sykehusbygg snu trikken i flere års tid. Det planlegges en kapasitetsøkning for trikk i 2024. Midlertidig løsning må sikre at denne kan gjennomføres. En rekkefølgebestemmelse som poengterer denne gangforbindelse må også knyttes til

etablering av midlertidig vendeanlegg for trikken inkl fasiliteter for førere og sikker adkomst for gående til eksisterende trikkeholdeplass

Merknad tilknyttet Reguleringsbestemmelser

Bestemmelse 6.1

Forslagstiller legger opp til konkrete endringer av Sporveiens infrastruktur. Disse skal godkjennes av Sporveien. Inkluderer rivning, nybygging og midlertidige anlegg. Sporveien ber om følgende tillegg til reguleringsbestemmelse 6.1.

«Tiltak på Sporveiens infrastruktur skal godkjennes av Sporveien.

I første fase må det utarbeides en konseptanalyse ihht standarden EN 50126. Kvalitetssikring, herunder verifikasjons- og valideringsplan, skal følges opp i alle prosjektets faser.

Endelig verifikasjons- og valideringsplan er en del av søknadsdokumentasjonen til Statens jernbanetilsyn, for både melding om tiltaket og søknad om tillatelse til å bruke anlegget.»

Merknad tilknyttet Reguleringsbestemmelser

Bestemmelse 6.10

Sporveien ber om følgende tillegg til bestemmelsen; «*Det tillates lehus på trikkeholdeplasser*». Det er lehus i dag. Vi forutsetter at dette opplegg videreføres, lehus er standard på trikkeholdeplasser. Videre skjønner vi ikke helt behovet for å bruke begrepet offentlig sporvei i bestemmelsen.

Med vennlig hilsen
Sporveien AS

Erik Sletten
Teknisk sjef

Henrik Eliasson
Utviklingsleder trikk

Dokumentet er elektronisk godkjent uten håndskreven signatur.

Kopimottakere:

Sykehusbygg HF, Postboks 6245 Torgarden
, 7488

Plan- og bygningsetaten
Postboks 364 Sentrum
0120 OSLO

Saksbehandler:
Iselin Eng
Deres ref.: 201704683-350
Vår ref.: 18/00515-5
Dato: 07.06.2021

Uttalelse til forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

Ruter planlegger, samordner, bestiller og markedsfører kollektivtrafikken i Oslo og Akershusdelen av Viken, og sørger for et felles pris- og billettsystem for jernbane, T-bane, trikk, buss og båt. Ruter er et kompetanseorgan for kollektivtrafikk og et av våre mål er å tilby attraktiv og miljøvennlig kollektivtransport for å skape et pulserende hovedstadsområde.

Det er et overordnet nasjonalt mål at veksten i persontransport skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange. Et viktig virkemiddel for å få dette til er å lokalisere trafikkskapende aktiviteter som boliger og arbeidsplasser til steder som har eller kan få et godt kollektivtilbud. Gaustadalleen 34 ligger godt innenfor det Ruter vil si at er godt betjent av kollektivtrafikken, med buss, trikk og t-bane i nærheten. Ruter mener det bør legges opp til høy tetthet og effektiv utnyttelse av arealene. For å bygge opp om kollektivtrafikkens relative konkurransedyktighet i forhold til bilens bør det være kortere gangavstander til holdeplasser og stasjoner enn parkeringsanleggets. Parkeringsdekningen bør i tillegg begrenses.

Gaustadalléen 34 er en stor tomt og betjenes med kollektivtrafikk fra flere forskjellige stasjoner og stoppesteder. Disse er:

- Gaustad T
- Forskningsparken T
- Rikshospitalet trikkestopp
- Gaustadalléen trikkestopp
- Rikshospitalet bussholdeplass
- Gaustad sykehus bussholdeplass
- Gaustadveien bussholdeplass
- Blindern vgs. bussholdeplass
- Gaustad bussholdeplass
- Ullevål stadion bussholdeplass

Det er viktig at gangveier til og fra aktuelle stasjoner og stoppesteder utformes på en best mulig måte slik at gående til og fra de nærmeste stoppene får en best mulig forbindelse. Interne gangveier på eiendommen er viktig for å lykkes med å få økt bruk av gange, sykkel og kollektivtrafikk. Det bør utarbeides en egen plan for dette som knytter et slikt system opp mot nærmeste gangveier til alle stopp for kollektivtrafikken.

Planområdet betjenes blant annet av busslinje 40 som går mellom Øvre Sogn og Skøyen. Holdeplassene Rikshospitalet og Gaustad sykehus ligger innenfor planområdet. Det er viktig at bussholdeplassen Rikshospitalet plasseres med kort avstand til hovedinngangen til sykehuset, og



nært trikkestoppet for å sikre god flyt av passasjerer. Rikshospitalet og Gaustad sykehus bussholdeplasser er i dag av en midlertidig karakter i påvente av denne detaljreguleringen. Reguleringsplanen må sette av tilstrekkelig areal til holdeplassene, som areal til møblering og informasjon. Rikshospitalet og Gaustad sykehus bør utformes som kantstopp med en plattformlengde på 15 meter. Dette må sikres i bestemmelsene til planen. I gjeldende forslag til detaljregulering kommer det ikke tydelig nok frem hvor holdeplassene skal ligge. Det er viktig at bussholdeplassene utformes i henhold til Oslo kommunes gatenormal. Dette gjelder spesielt med tanke på tilgjengelighet og universell utforming. I tilknytning til et sykehus er universell utforming og tilgjengelighet spesielt viktig, og både den midlertidige og den permanente holdeplassen må by på bevegelsesfrihet for alle. Dette betyr at bl.a. plattformbredder, snusirkler i lehus og kantsteinshøyder og ledelinjer må være tilpasset slik at holdeplassen kan benyttes av de i rullestol, blinde og svaksynte eller andre med funksjonsnedsettelse.

Planen legger opp til en flytting av Sognsvannsveien som vil påvirke traséen til linje 40. Det er derfor viktig at bussens fremkommelighet sikres i anleggsperioden.

Holdeplassene langs busslinje 23, 24, 25 og 260E må ha en plattformlengde på 50 meter for holdeplasser langs med Ring 3, mens holdeplasser utenfor Ring 3 kan ha en plattformlengde på 25 meter. Det er i dag utfordringer med fremkommeligheten for buss langs Ring 3 og det bør gjøres tiltak for å sikre god fremkommelighet langs Ring 3.

Det planlegges for en flytting av Rikshospitalet trikkeholdeplass og krysningsspor lengre øst. Det må planlegges for at intervaller for trikk endres fra 5 min til 3 min. Utformingen av holdeplassen må ta høyde for dette. Trafikkavvikling og trikkens fremkommelighet må sikres i anleggsperioden. Det forutsettes at flyttingen av holdeplass og krysningsspor oppfyller teknisk regelverk og at videre dialog om dette involverer Sporveien.

Ruter mener det bør settes ambisiøse måltall for bruk av kollektivtrafikk, gange og sykkel. I tillegg til god tilrettelegging for gange og kollektivtrafikken bør det legges god til rette for sykkel både i form av sykkelparkering og sykkelutleie tilpasset alle former for sykkel.

Med hilsen
Ruter As

Bjørn Oscar Unander
leder plan og infrastruktur

Iselin Eng
arealplanlegger

Dokumentet er elektronisk godkjent.

OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Deres ref.:
201704683 - 350

Vår ref. (saksnr.):
17/02610-18

Saksbehandler:
Morten Lange, 23440456

Dato:
08.06.2021

GNR 42 BNR 1 - Gaustadalléen 34 - Regulering - Kunngjøring om offentlig ettersyn - Uttalelse fra VAV

Vi viser til brev mottatt 12.04 om offentlig ettersyn og våre tidligere uttalelser.

VAVs hovedledninger

Det ligger mange hovedledninger innenfor planområdet. Utbygger har allerede startet samarbeid med VAV om omlegging av mindre ledninger. Vi understreker likevel for sikkerhets skyld at vanntunnelene som ligger under eller i nærheten av de planlagt byggene J1, J2, H4 og K er viktige og at det må vises spesiell forsiktighet med tanke på rystelser her.

De foreslåtte rekkefølgekravene ser ikke ut til å introdusere nye områder der VAVs hovedledninger må hensyntas. Ettersom forslagsstiller har tilgang til kartverket UnderOslo, regner vi med at forslagsstiller er oppmerksom på eventuelle nye konflikter med VA-ledninger.

Overvannshåndtering

Reguleringsbestemmelsen om overvann er god, men innholdet gjenspeiles ikke godt nok i overvannsnotatet. Vi opplever at overvannsnotat er litt lite tydelig på en del punkter. Så vidt vi kan se mangler beregninger og skisser som viser at trinn 1 blir håndtert åpent, lokalt, overflatebasert og flerfunksjonelt i samsvar med overvannsstrategi og kommuneplan. Det er ikke et ønske, sik notatet sier, men snarere et strengt bør-krav for overvannshåndteringen i Oslo kommune at trinn 1 håndteres overflatebasert. Vi håper PBE vil følge opp dette. Grensen for hva som er trinn 1 settes ofte ved rundt 7 mm på 10 minutter, som er lavere enn det notatet legger opp til. Om forslagsstiller legger seg på dette nivået, kan kravet om overflatebasert håndtering av trinn1 bli enklere.

Beregningene som er gjort, gjelder for delområder, som er bra. Delområdene A, B og C som vises på figur 19 i fil 42 «Overvannshåndtering og teknisk infrastruktur», er antakelig fornuftig valgt, men dekker de alle områdene der det er planlagt nybygg? Vi savner områder som omfatter byggene J1, J2, R og S. Vi mener også at overslagsberegninger for hele planområdet for en samlet vurdering hadde vært nyttig. Hvor mye overvann genererer planområdet før og etter utbygging, grovt regnet?

Notatet legger opp til store regnbed og store fordrøyningsmagasiner. Man argumenterer for at de planlagt nedgravde magasinene senere kan reduseres i størrelse dersom man får til intensive, tykke grønne tak eller blågrønne tak. I notatet om overvann står: «I senere fase kan det vurderes å anlegge de grønne takene som blå-grønne tak med større kapasitet for fordrøyning på tak.» Å flytte fordrøyningen fra lukkede magasiner til flerfunksjonelle intensive eller blågrønne tak ville samsvare vesentlig bedre med kommunens overvannsstrategi og dette tenker vi derfor bør vurderes og drøftes mer inngående allerede nå og senest før politisk behandling.

Vi savner vurdering av arealer som til vanlig brukes for andre formål, som lek, plen eller parkering, men som kan fordrøye overvann annethvert år, anslagsvis.

Notatet inneholder noen tanker rundt infiltrasjon. Vi mener at måling av infiltrasjon på et antall punkter burde vært gjort i detaljreguleringsfasen eller at man estimerer hva nye masser vil bidra med. Har grunnvann vært undersøkt?

Flomfare og vassdrag

VAV støtter PBE når dere skriver: «Vi kan ikke anbefale de foreslåtte murene og oppfyllingene i landskapet helt ned til 5 m fra vannkanten.» Vi mener det er fare for at slike inngrep i bekkens hensynssone kan øke faren for flomproblemer i området. Er virkningene av inngrepene på kapasiteten tilstrekkelig vurdert? Vi ser at Bymiljøetaten har uttalt følgende i saken nedstrøms (Forskningsveien 1 B mfl. PBE-201917290): «Bekkedraget langs eiendommen er av stor verdi og må beskyttes.» Dette kan tyde på at det er ekstra grunn til å vektlegge åpen, lokal og flerfunksjonell fordrøyning innen planområdet som er til behandling her.

Med hilsen

Oslo kommune, Vann- og avløpsetaten

Dokumentet er elektronisk godkjent av:

Toril Buaas
funksjonsleder

Morten Lange
saksbehandler

Mottakere: OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN
OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN, Gro Jensen Vig

Fra: Morten Lange <morten.lange@vav.oslo.kommune.no>
Sendt: torsdag 10. juni 2021 14.34
Til: PBE Postmottak; Gro Jensen Vig
Emne: PBE-201704683 - GNR 42 BNR 1 - Gaustadalléen 34 - Regulering -
Kunngjøring om offentlig ettersyn - Korreksjon fra VAV

Hei,

I vår uttalelse til offentlig høring i sak 201704683 Nytt Rikshospital kom vi i skade for å skrive:

Grensen for hva som er trinn 1 settes ofte ved rundt 7 mm på 10 minutter, som er lavere enn det notatet legger opp til.

Det burde stått:

Grensen for hva som er trinn 1 kan gjerne settes ved rundt 8 mm på to timer eller 35% av to-års-regnet (Kim Paus, 2018), som er lavere enn det notatet legger opp til.

--

Vennlig hilsen Morten Lange
morten.lange@vav.oslo.kommune.no
Funksjon byutvikling (tel 234 40456, rom H5-391)
Utredningsseksjonen
Vann- og avløpsetaten
www.vav.oslo.kommune.no

Plan- og bygningsetaten
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Vår dato: 04.06.2021
Vår ref.: 201801622-10
Arkiv: 323
Deres dato: 12.04.2021
Deres ref.: 201704683-350

Saksbehandler:
Susan Solbrå

NVEs uttalelse - Offentlig ettersyn - Detaljreguleringsplan med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde til sykehus - Bydel Nordre Aker og Vestre Aker - Oslo kommune

Vi viser til oversendelse datert 12. april 2021. Helse Sør-Øst (HSØ) foreslår videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. Plan- og bygningsetaten ber om uttalelse fra NVE i tilknytning til den geologiske rapporten om områdestabilitet, samt planforslagets konsekvenser for flomfare.

Sikkerhet mot skred

Planområdet ligger under marin grense og det er mulighet for marin leire i området. Områdestabiliteten er utredet i en fagrapport (Geologi og grunnforhold NSG-8302-G-RA-0001-REV3-G), datert 27.01.2021. Stabiliteten i tre delområder er vurdert som tilfredsstillende fordi det enten ikke er funnet kvikkleire, eller terrengforholdene tilsier at området ikke ligger i et potensielt løsneområde for skred. Planområdet ligger heller ikke i et utløpsområde for områdeskred. Fagrapporten Geologi og grunnforhold konkluderer med at områdestabiliteten er tilfredsstillende iht. [NVEs veileder 1/2019 Sikkerhet mot kvikkleireskred](#).

På grunn av prosjektets størrelse og samfunnsfunksjon anbefaler NVE at utredningen kvalitetssikres av uavhengig foretak, jf. [NVEs veileder 1/2019](#), kap. 4.9. Det bør blant annet sjekkes om borpunktene og det tilhørende datagrunnlaget er representativt for området, og om terrengprofilene som ligger til grunn for terenganalysene er tilstrekkelige. Det bør også vurderes om det er fare for at erosjonsprosesser i Sognsvannsbekken kan utløse skred over tid, og ev. behov for erosjonssikring.

Byggverk hvor konsekvensen av et skred, herunder sekundærvirkningene av et skred, er særlig stor, skal ikke plasseres i skredfarlig område, jf. byggeteknisk forskrift (TEK17) § 7-3 første ledd. I veiledningen til denne bestemmelsen er regionsykehus nevnt som et sånt type byggverk. Før planen kan vedtas må det derfor bekreftes at tiltak/byggverk tilknyttet sykehuset er plassert helt skredsikkert. Dette er et strengere krav enn kravet i § 7-3 andre ledd. Vi viser til et brev fra Direktoratet for byggkvalitet til Kristiansand kommune fra 2015 (se vedlegg). Det kan være behov for sementpeling i områder der det er funnet kvikkleire for å fjerne restrisiko.

E-post: nve@nve.no, Postboks 5091, Majorstuen, 0301 OSLO, Telefon: 22 95 95 95, Internett: www.nve.no

Org.nr.: NO 970 205 039 MVA Bankkonto: 7694 05 08971

Hovedkontor
Middelthunsgate 29
Postboks 5091, Majorstuen
0301 OSLO

Region Midt-Norge
Abels gate 9
7030 TRONDHEIM

Region Nord
Kongens gate 52-54
Capitolgården
8514 NARVIK

Region Sør
Anton Jenssensgate 7
Postboks 2124
3103 TØNSBERG

Region Vest
Naustdalsvegen. 1B
6800 FØRDE

Region Øst
Vangsvæien 73
Postboks 4223
2307 HAMAR



Sikkerhet mot flom

Planområdet ligger i et aktsomhetsområde for flom. Flomfaren er utredet i en fagrappport (Flomanalyse NSG-8202-T-RA-0004-REV02-G), datert 15.12.20. Analysen viser at planlagte sykehusbygg ikke vil være flomutsatt ved en 1000-års flom. 40% klimapåslag er benyttet.

Regionsykehus skal ikke plasseres i flomutsatt område jf. byggeteknisk forskrift (TEK17) § 7-2 første ledd. Dette er et strengere krav enn kravet i § 7-2 andre ledd. Et brev fra Direktoratet for byggkvalitet til Drammen kommune fra 2014 (se vedlegg) legger vekt på at ev. restrisiko og behov for vedlikehold ikke oppfylle kravet i § 7-2 første ledd.

Flomanalysen viser at sykehusbyggene ligger utenfor flomfare ved 1000-års flom med 40% klimapåslag. Det ligger kulverter under Ring 3 nedstrøms planområdet. Vi kan ikke se at konsekvensene ved mulig blokkering av disse ved en flomhendelse er blitt vurdert.

Kommunen må vurdere om plasseringen av regionsykehuset er utenfor flomutsatt område i tråd med TEK17, inklusive rom som skal bygges under grunnen. Kommunen må også avklare i hvilken grad det er tatt høyde for usikkerhet i beregningene, for eksempel om 30 cm sikkerhetsmargin er innarbeidet i flomsonekartene. Mulig blokkering av kulvertene under Ring 3 nedstrøms planområdet ved en flomhendelse bør også tas med i vurderingen.

Fare for flom på tilstøtende terreng

Flomanalysen viser at boliger vest for (men utenfor) planområdet er utsatt ved en 200-årsflom i dagens situasjon. Kulverter under Ring 3 har ikke tilstrekkelig kapasitet, og vann vil derfor stues opp. Beregninger estimerer at utbygging av nye sykehusbygg vil føre til at vannlinjen ved 200-årsflom ligger ca. 1 cm høyere sammenlignet med dagens situasjon.

Usikkerheten i flomberegningene er vurdert som stor basert på [NVEs veileder 7/2015 Veileder for flomberegninger i små uregulerte felt](#) (se fagrappportens kap. 7.6 og 9.3). Det anbefales å legge til 30 cm på beregnede vannstander for å dekke usikkerhet i beregningene. NVE mener det er rimelig, på dette grunnlag, å anta at forskjellen i vannstand på 1 cm ved 200-årsflom før og etter utbygging ikke er signifikant.

Plan- og bygningsetaten foreslår en mulig rekkefølgebestemmelse som krever installasjon av en målestasjon, eller konstruksjon av en ekstra kulvert under Ring 3 for å avbøte flomfaren (planforslagets kap. 5.1.13). Formålet med målestasjonen er å hente vannføringsdata over tid, slik at usikkerheten i flomberegningene blir mindre. En ekstra kulvert vil avbøte oppstuving oppstrøms kulverten ved flom, men konsekvensene lenger ned i vassdraget er ikke utredet. Dette må avklares, da det kan føre til økt og uakseptabel flomfare for bebyggelse nedstrøms. Mer data om vannføring er alltid en fordel, og vil langsiktig sett kunne redusere usikkerhet. Det er imidlertid ikke et direkte avbøtende tiltak, da måling av vannføring i seg selv ikke vil redusere flomfaren.

Kommunen må vurdere hvilket avbøtende tiltak som er rimelig å kreve i plansammenheng.

Sognsvann og dambrudd

Sognsvann, kilden til Sognsvannsbekken, er demt opp. Dammen har konsekvensklasse 3. Institusjonsbygg og infrastruktur som kan ha en avgjørende funksjon i en alvorlig krisesituasjon bør ikke



plasseres slik at de kan bli satt ut av funksjon ved dambrudd. Vi kan ikke se at dette er blitt vurdert i sammenheng med planforslaget.

Dameier må holdes orientert om nye bygg og anlegg nedstrøms damanlegget, fordi det kan føre til behov for å oppklassifisere og oppgradere dammen.

Allmenne og private interesser i vassdrag og grunnvann

Det er store allmenne interesser knyttet til vassdrag og grunnvann. Sognsvannsbekken er del av Oslomarkvassdragene, som er vernet. Bekken er klassifisert i Naturbase som et viktig bekkedrag på kalkgrunn. Alle tiltak i og nær Sognsvannsbekken (f.eks. mulig ny kulvert under Ring 3, ny gangbru over bekken, nye sykehusbygg) må ta hensyn til allmenne interesser.

Spesielt gjelder vannressursloven § 5 (aktsomhetsplikten), § 11 (bevaring av kantvegetasjon) og § 43 a (grunnvann). Planene slik de foreligger er etter NVEs vurdering ikke konsesjonspliktige etter vannressurslovens bestemmelser, forutsatt at tiltakene gjennomføres skånsomt og i tråd med aktsomhetsplikten. Med allmenne interesser menes f.eks. fiskens frie gang, allmenn ferdsel, biologisk mangfold, friluftsliv, hensyn til flom og skred, kulturminner, landskapsverdier med videre.

Oslo kommune har myndighet til å bestemme bredden på kantvegetasjon langs Sognsvannsbekken, men kan ikke gi dispensasjon etter plan- og bygningsloven til å fjerne kantvegetasjon før statsforvalteren ev. har gitt fritak etter vannressurslovens § 11.

Tiltakshaver er ansvarlig for eventuelle skader og ulemper for private interesser som følger av tiltaket.

Oppsummering:

- Regionsykehuset kan ikke plasseres i skredutsatt område i henhold til byggt teknisk forskrift (TEK17) § 7-3 første ledd. Fagrapporten om områdestabilitet bør kvalitetssikres av uavhengig foretak. Før reguleringsplanen kan vedtas må det bekreftes at sykehusbygg ikke er plassert i skredfarlig område. Ev. avbøtende tiltak for å fjerne restrisiko må sikres i bestemmelsene (f.eks. sementpeling i områder der det er funnet kvikkleire).
- Regionsykehuset kan ikke plasseres i flomutsatt område i henhold til byggt teknisk forskrift (TEK17) § 7-2 første ledd. Restrisiko og behov for vedlikehold oppfyller ikke kravet. Mulig blokkering av kulvertene under Ring 3 ved en flomhendelse må være del av den helhetlige vurderingen.
- Det må gjøres en vurdering av om helse- og omsorgsrom under bakken er i tråd med TEK17. Det er ikke en løsning å sikre eller tilpasse tiltaket slik at det tåler oversvømmelse. Ved behov må kommunen vurdere om det kan stilles forskjellig krav til parkeringsanlegg under bakken enn til helse- og omsorgsrom på samme nivå.
- Bestemmelse 9.2 (Faresone – flomsone H320) må formuleres i tråd med byggt teknisk forskrift (TEK17) § 7-2 første ledd, som ikke tillater at regionsykehus plasseres i flomutsatt område. Kommunen bør sjekke om hensynssone H320 inkluderer 30 cm sikkerhetsmargin i tråd med anbefalingene i fagrapporten (Flomanalyse NSG-8202-T-RA-0004-REV02-G).
- Dersom det settes en rekkefølgebestemmelse som krever en ekstra kulvert under Ring 3 for å unngå oppstuing i Sognsvannsbekken vil det være nødvendig å utrede om tiltaket vil øke fare for flom lenger ned i vassdraget. Dersom faren øker og sikkerheten til bygninger og infrastruktur ikke møter krav i byggt teknisk forskrift (TEK17) § 7-2, vil det være behov for avbøtende tiltak. Disse må sikres i planbestemmelsene.



- Sognsvann er en dam oppstrøms planområdet. Konsekvensene av dambrudd for det foreslåtte regionsykehuset bør utredes. Ev. avbøtende tiltak for å opprettholde sykehusets funksjon ved en ev. dambrudd må sikres i bestemmelsene til planen. Dameier må holdes orientert og vurdere behov for oppklassifisering og teknisk oppgradering av dammen som følge av foreslått utbygging.
- Det skal bygges en ny gangbru over Sognsvannsbekken som vil ha en lysåpning på 38 cm ved en 200-årsflom der bruene er på det laveste. Kommunen bør sjekke om beregningen har tatt hensyn til 30 cm sikkerhetsmargin, om lysåpningen er tilstrekkelig, og om brufundamentet kan skades av strømforholdene.
- Alle tiltak i vassdrag og grunnvann må ta hensyn til allmenne og private interesser. Planbestemmelsene må sikre at tiltak gjennomføres skånsomt og i tråd med aktsomhetsplikten i vannressurslovens §§ 5 og 43 a.
- Statsforvalteren er myndighet for kantvegetasjon etter vannressurslovens § 11. Dersom plan- og bygningsmyndigheten vurderer å gi dispensasjon fra fastsatt bredde på kantvegetasjon langs Sognsvannsbekken for å legge til rette for den nye gangbrua og de nye sykehusbyggene, må det først søkes om tillatelse fra Statsforvalteren.

Med hilsen

Ann-Kristin Larsen
fung. seksjonssjef

Susan Tanja Solbrå
senioringeniør

Dokumentet sendes uten underskrift. Det er godkjent i henhold til interne rutiner.



Tlf: 22 47 56 00
www.dibk.no

Postadresse:
Postboks 8742 Youngstorget,
0028 Oslo
Besøksadresse:
Mariboegate 13, Oslo
Hunnsvegen 5, Gjøvik

Org. nr.: 974760223

Drammen kommune
Byprosjekter
v/Johannes Devold
Engene 1
3008 Drammen

Ref : 14/3096 kps
Deres ref : 13/13391/8/BERGRE
Dato : 09.05.2014

Forespørsel om forståelse av byggt teknisk forskrift (TEK10) § 7-2

Vi viser til deres brev datert 02.04.2014 vedrørende tolkning av byggt teknisk forskrift (TEK10) § 7-2 Sikkerhet mot flom og stormflo.

Direktoratet for byggkvalitet tar ikke stilling til konkrete byggesaker eller konkrete løsninger. De som gjennomfører byggeprosjekt har ansvar for å oppfylle forskriftens krav, herunder å dokumentere valgte løsninger. Plan- og byggesaker behandles av kommunen som ansvarlig myndighet. Som planmyndighet har kommunene ansvar for at kravene til sikkerhet mot flom og skred blir ivaretatt i kommuneplaner og reguleringsplaner. Kommunen som bygningsmyndighet har også ansvaret for behandling av byggesøknader. I byggesaksbehandlingen skal kommunen som utgangspunkt legge til grunn tiltakshavers eller det ansvarlige foretakets opplysninger om at tiltaket oppfyller tekniske krav. Klager på kommunens vedtak behandles av Fylkesmannen. Vi understreker derfor at direktoratet ikke har noen direkte rolle i konkrete saker som planlegges eller gjennomføres, men som ansvarlig for byggt teknisk forskrift (TEK10) gir direktoratet veiledning. I den sammenheng gir vi informasjon om innhold og forståelse av de ulike forskriftsbestemmelser, på overordnet nivå. Ansvaret for å dokumentere at valgte løsninger er i samsvar med regelverket ligger som sagt på den som bygger.

Byggt teknisk forskrift § 7-1 gir generelle krav om sikkerhet mot naturpåkjenninger, og lyder slik:

- (1) Byggverk skal plasseres, prosjekteres og utføres slik at det oppnås tilfredsstillende sikkerhet mot skade eller vesentlig ulempe fra naturpåkjenninger.
- (2) Tiltak skal prosjekteres og utføres slik at byggverk, byggegrunn og tilstøtende terreng ikke utsettes for fare for skade eller vesentlig ulempe som følge av tiltaket.

Byggt teknisk forskrift § 7-2 sier blant annet at:

“Byggverk hvor konsekvensen av en flom er særlig stor, skal ikke plasseres i flomutsatt område” (første ledd).

Bestemmelsen må ses i sammenheng med plan- og bygningsloven (pbl.) § 28-1 om sikkerhet av byggegrunn mv. I veiledningen til TEK10 § 7-2 er det utdypet at bestemmelsen bare kan tilfredsstilles ved å plassere byggverket flomsikkert, dvs. at det ikke er en løsning å sikre eller tilpasse tiltaket slik at det tåler oversvømmelse.

Ved permanent og stabil oppfylling av terreng til flomsikker høyde vil en bygning kunne plasseres flomsikkert, og intensjonen i pbl. § 28-1 og TEK10 § 7-2 (første ledd) vil være ivaretatt. Det forutsettes da at anlegg som er direkte knyttet til bygningen og som skal ivareta bygningens formål, herunder adkomstveger o.a., er flomsikre.

Sikringstiltak som medfører restrisiko og eventuelt behov for vedlikehold, vil ikke oppfylle kravet i § 7-2 første ledd. Dette gjelder f.eks. flomvoll, der det alltid vil være risiko knyttet til brudd eller overtopping av vollen.

Vi ser at forståelsen av bestemmelsen kan bli noe uklar ved at regelverk og veiledning ikke gir noe klart skille mellom begrep som "byggverk", "byggegrunn" og "område", og at oppfylling av terreng kan være tiltak og byggverk, men samtidig skape en ny byggegrunn og endre situasjonen for et område. Direktoratet mener at en vurdering av sikkerhet etter TEK10 må skje på bakgrunn av grunnens faktiske beskaffenhet ved tidspunkt for gjennomføring av et tiltak. Dersom grunnen er bearbeidet før gjennomføring av tiltak, for eksempel ved større oppfylling og heving av grunnen, skal vurderingen gjøres på bakgrunn av den faktiske tilstand ved ferdig bearbeidet situasjon. Det sentrale i vurderingen er at det før gjennomføring av tiltak er etablert en ny permanent og stabil situasjon som i praksis gjør at området ikke lenger er flomutsatt. Det er etter direktoratets syn ikke avgjørende om sikkerhetsnivået er oppnådd ved en menneskeskapt eller naturskapt bearbeidelse/endring av selve byggegrunnen.

Vennlig hilsen


Ketil Krogstad
Avdelingsdirektør


Kari-Anne Simenstad
Senioringeniør



Tlf: 22 47 56 00
www.dibk.no

Postadresse:
Postboks 8742 Youngstorget,
0028 Oslo

Besøksadresse:
Mariboegate 13, Oslo
Hunnsvegen 5, Gjøvik

Org. nr.: 974760223

Kristiansand kommune

v/Venke Moe og Eirik Martens Svensen
venke.moe@kristiansand.kommune.no
eirik.martens.svensen@kristiansand.kommune.no

Ref : 15/4392
Deres ref : [Deres ref.]
Dato : 03.09.2015

Forespørsel om forståelse av byggt teknisk forskrift (TEK10) § 7-3 første ledd

Vi viser til Deres e-post av 13. mai og 30. juni 2015 vedrørende forståelsen av byggt teknisk forskrift (TEK10) § 7-3 første ledd.

Direktoratets rolle

Direktoratet for byggkvalitet er sentral myndighet for det bygningstekniske regelverket i plan- og bygningslovgivningen. Direktoratet uttaler seg ikke i konkrete byggesaker eller til konkrete løsninger, men gir fortolkning av forskriftene (TEK10, SAK10, DOK) på generelt grunnlag. Direktoratet samarbeider nært med andre fagmyndigheter og direktoratet støtter seg på relevante fagmyndigheter ved faglige vurderinger. NVE er statlig fagmyndighet for flom og skred, og direktoratet har hatt dialog med NVE i forbindelse med Deres henvendelse.

Planavdelingen hos Kommunal- og moderniseringsdepartementet er statlig myndighet for plandelen av plan- og bygningslovgivningen. Spørsmål til regelverket for plandelen kan rettes til dem.

De som gjennomfører byggeprosjekt har ansvar for å oppfylle forskriftens krav, herunder å dokumentere valgte løsninger. Plan- og byggesaker behandles av kommunen som ansvarlig myndighet. Som planmyndighet har kommunene ansvar for at hensyn til sikkerhet mot flom og skred blir ivaretatt i kommuneplaner og reguleringsplaner. Kommunen som bygningsmyndighet har også ansvar for behandling av byggesaker. I byggesaksbehandlingen skal kommunen som utgangspunkt legge til grunn tiltakshavers eller ansvarlig foretaks opplysninger om at tiltaket oppfyller tekniske krav. Klager på kommunens vedtak behandles av Fylkesmannen. Vi understreker derfor at direktoratet ikke har noen direkte rolle i konkrete saker som planlegges eller gjennomføres, men som ansvarlig for TEK10 gir direktoratet veiledning. I den sammenheng gir vi informasjon om innhold og forståelse av de ulike forskriftsbestemmelsene, på overordnet nivå. Ansvaret for å dokumentere at valgte løsninger er i samsvar med regelverket ligger som sagt på den som bygger.

Vi har noen generelle kommentarer til Deres forespørsel knyttet til forståelsen av TEK10 § 7-3 første ledd.

Forhold til eksisterende bygg

Kravene i TEK10 til sikkerhet mot naturpåkjenninger ved utvidelse eller endring av eksisterende bebyggelse er de samme som for nybygg. Kravene er avgrenset til tiltakene, det vil si den aktuelle utvidelsen eller endringen. Det betyr at arbeider på et eksisterende bygg ikke kan gjennomføres der skred kan skje oftere en det dagens lov og forskrift aksepterer for nybygg. Ny viten og nye kartlegginger har medført at vi i dag har større kunnskap om fareområder. Videre er kravene til sikkerhet mot naturpåkjenninger relativt nye i forskriften. Mange eldre bygg er derfor lovlig plassert i områder hvor det i dag ikke vil kunne oppføres tilsvarende nybygg. I praksis kan dette innebære at bygg som allerede ligger i et fareområde ikke kan bli utvidet eller ombygd fordi dagens krav til sikkerhet mot skred ikke er oppfylt for den aktuelle utvidelsen eller ombyggingen. Hvis det skal utføres arbeider som ikke er i tråd med dagens krav, vil det kreve dispensasjon etter plan- og bygningslovens (pbl.) kapittel 19, eller egen tillatelse fra kommunen til å fravike forskriften med hjemmel i pbl. § 31-2 fjerde ledd.

Krav til sikkerhet er førende for regulering

Sikkerhetskravene i TEK10 er førende for hva et område kan reguleres til. Sikkerhetskravene må legges til grunn for risiko- og sårbarhetsanalyser etter pbl. § 4-3. Kjente farer og risikoforhold skal synliggjøres og tas hensyn til i kommunens arealplanlegging. Sikkerhetskravene kan begrense eller gi grunnlag for å unnlate å regulere et område til utbygging.

Forståelsen av TEK10 § 7-3 første ledd

TEK10 § 7-3 første ledd sier blant at "Byggverk hvor konsekvensen av skred, herunder sekundærvirkninger av skred, er særlig stor, skal ikke plasseres i skredfarlig område." Bestemmelsen må ses i sammenheng med pbl. § 28-1 om sikkerhet av byggegrunn m.v. I veiledningen til TEK10 § 7-3 første ledd er det utdypet at bestemmelsen bare kan oppfylles ved å plassere bygget utenfor skredfarlig område, dvs at det ikke er en løsning å sikre byggverket mot skred.

Når er et område skredfarlig jf. TEK10 § 7-3 første ledd

For byggverk i kvikkleireområder som faller inn under § 7-3 første ledd er det ikke definert noen særskilt sikkerhetsfaktor. § 7-3 første ledd definerer heller ikke noen egen sikkerhetsklasse for skred for de øvrige skredtypene. For at et område ikke skal være skredfarlig må imidlertid skredfaren være markant lavere enn høyeste sikkerhetsklasse for skred fastsatt i TEK10 § 7-3, andre ledd, dvs en nær null-risiko-situasjon. Dette må om nødvendig dokumenteres.

For områder med kvikkleire kan det i noen tilfeller være utfordrende å avklare om området er skredfarlig eller ikke.

Alle områder under marin grense/med marine avsetninger kan potensielt inneholde kvikkleire. For å avklare om det er kvikkleire i et område må det gjennomføres grunnundersøkelser og laboratorieanalyser som avkrefter eller bekrefter forekomst av kvikkleire. Kvikkleire i grunnen er imidlertid ikke automatisk sidestilt med skredfare.

Skredfaren må være reell. Faren for at kvikkleireskred kan oppstå avhenger både av topografi og kvikkleiras beliggenhet i grunnen, samt eksterne faktorer som kan medføre utløsning av skred. Vurdering av skredfare må gjøres av geoteknisk fagkyndig.

I NVEs veileder om *Sikkerhet mot kvikkleireskred* kap. 4.5 angis prosedyre for utredning av aktsomhetsområder og faresoner for kvikkleireskred. I kap. 4.5 punkt 5 angis konservative terrengkriterier som avgrensner terreng med mulig fare for områdeskred, såkalte aktsomhetsområder. Dersom et planområde helt eller delvis ligger innenfor et aktsomhetsområde vil det i h.h.t. NVEs kvikkleireveileder være nødvendig å gjøre nærmere fagkyndig utredning av faresone. En faresone vil normalt få en mindre utstrekning enn et aktsomhetsområde. En faresone for kvikkleire vil være et område der det er reell fare for kvikkleireskred. Med andre ord et skredfarlig område. Uavhengig av hvilken stabilitet faresonen har per i dag, kan det ikke utelukkes at det kan gå skred i fremtiden dersom det skjer uforutsette hendelser. Det vil dermed ikke kunne plasseres tiltak som faller inn under § 7-3 første ledd i faresoner for kvikkleireskred.

I noen tilfelle kan det være mulig å foreta permanente endringer i en faresone for kvikkleire for å gjøre området ikke skredfarlig. Man innskrenker eller eliminerer da faresonen, eksempelvis ved å hindre muligheten for skredutløp gjennom oppfylling av ravinedaler eller annen type barriere av kvikkleira som vil hindre at pålastning/utgraving kan medføre et kvikkleireskred.

En slik bearbeidelse må gjøres før gjennomføringen av tiltaket, slik at vurderingen av sikkerhet gjøres på bakgrunn av den faktiske tilstanden ved ferdig bearbeidet situasjon. Sikringstiltak som medfører restrisiko for skred og/eller der sikringstiltaket må vedlikeholdes for å opprettholde sin sikringsfunksjon, vil ikke oppfylle kravet i § 7-3 første ledd. Det vil også være en forutsetning at skredsikkerheten ikke kan bli forverret i framtiden av eventuelle uheldige nye tiltak som medfører ugunstig pålastning, utgravning eller masseforflytning m.v. Dette er en forutsetning som kan være vanskelig å oppfylle.

Den sentrale vurderingen er at det før gjennomføring av tiltak er etablert en ny permanent og stabil situasjon som i praksis gjør at området ikke lenger er skredutsatt. Det er etter direktoratets syn ikke avgjørende om sikkerhetsnivået er oppnådd ved menneskeskapt eller naturskapt bearbeidelse/endring av selve byggegrunnen.

Vi ser at det kan være hensiktsmessig å omtale nærmere hva det vil si at et område ikke skal være skredfarlig i veiledningen til § 7-3 første ledd. Dette vil være et innspill i den videre utviklingen av veiledningen.

Vennlig hilsen



Ketil Krogstad
avdelingsdirektør



Sissel Andersen
senioringeniør

Kopi: Norges vassdrags- og energidirektorat, nve@nve.no

Vedlegg:
[Vedlegg]



Oslo kommune

Plan- og bygningsetaten

Dato: 7. juni 2021

Deres ref.: 201704683-351

Vår ref.: 2016/7458

HØRINGSUTTALELSE

Detaljregulering med konsekvensutredning Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Planforslaget

Universitetet i Oslo (UiO) støtter planforslaget og mener at sykehusutbyggingen på Gaustad åpner helt nye muligheter for samhandling og gjensidig synergi mellom Oslo universitetssykehus (OUS) og UiO spesielt, men også med andre kunnskapsaktører i området. Planforslaget er ambisiøst og nyskapende og er i samsvar med moderne tenkning om sykehusutbygging med korte avstander mellom ulike funksjoner og aktører.

UiO mener det er viktig at byggeprosjektene i området vurderes i en sammenheng slik at prosjektene får merverdi i forhold til å realiseres enkeltvis. Utvidelsen av OUS Rikshospitalet vil sammen med UiOs nye Livsvitenskapsbygg (som realiseres i samarbeid med OUS), Forskningsparken og SINTEFs virksomhet i Oslo utgjøre en sentral og nødvendig del av det nye innovasjonsdistriktet Oslo Science City (OSC). Dette vil ikke bare nasjonalt, men også internasjonalt utgjøre en unik samling av utdannings-, kunnskaps- og innovasjonsmiljøer. Her vil det være mulig å utdanne fremtidens arbeidskraft, gjøre det mulig å utvikle nye diagnostiske metoder og ta ny avansert behandling av pasienter i bruk, og ikke minst vil det legge til rette for grensesprengende innovasjon. I OSC vil disse miljøene knyttes sammen med etablert næringsliv og tilrettelegge for oppstartbedrifter og nytt næringsliv. UiO mener at merverdien av en slik byutvikling kan bidra til merverdier som langt overstiger selve investeringskostnadene.

UiOs virksomhet på Gaustad

Planforslaget har konsekvenser for UiOs virksomhet på Gaustad slik det fremkommer i planforslaget. Det omfatter virksomheter ved Det odontologiske fakultet og Det medisinske fakultet (spesielt Institutt for medisinske basalfag). I tillegg er Psykologisk institutt og Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet også representert på Gaustad.

UiO eier Domus Medica-bygget GA01 slik det også fremkommer i planforslaget. UiO forutsetter at en eventuell utbygging som omfatter Domus Medica fullt ut erstattes med nye tilfredsstillende arealer i samsvar UiOs funksjonsbehov. Videre forutsetter UiO at det utføres en fullstendig kartlegging av anleggsperiodens konsekvenser for UiOs virksomhet og daglige drift før oppstart av anleggsarbeid. Det må sikres at UiOs virksomhet er operativ til enhver tid gjennom en anleggsperiode. UiO forutsetter også at alle funksjoner i et nytt Domus Medica må være på plass før eventuell rivning av eksisterende bygg.

Det planlegges for universitetsformål i felt 25 der det er støy fra ring 3 og det må utredes om det er tilrådelig å drive forskning som er sensitiv for støy, bevegelser og vibrasjoner i K-bygget i rød støysone.

Med vennlig hilsen

Arne Benjaminsen
universitetsdirektør

John Skogen
eiendomsdirektør

Dette dokumentet er godkjent elektronisk ved UiO og er derfor ikke signert.



Statsforvalteren i Oslo og Viken

Vår dato:

07.06.2021

Vår ref:

2019/18147

Deres dato:

12.04.2021

Deres ref:

201704683

Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Saksbehandler, innvalgstelefon

Christoffer Gjendem, 32266864
Terje Wivestad (vanmiljø)

Oslo - uttalelse til offentlig ettersyn av detaljreguleringsplan for Gaustad sykehusområde

Vi viser til brev datert 12. april 2021 med høring av detaljregulering for Gaustad sykehusområde i Oslo kommune.

Bakgrunn

Det fremgår av oversendelsen at det foreslås en videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. Innenfor planområdet skal det tilrettelegges for helseinstitusjon, forskning m.m. og bevaring av kultur- og naturmiljø. Det er forslått to forskjellige alternativer, hvor alternativ 1A åpner for 52 m byggehøyde, og alternativ 1B åpner for 42 meter byggehøyde. Det foreslås også etablering av nye helikopterplattformer.

Planforslaget er i strid med kommuneplanens føringer for støy. Det vil også ha negative konsekvenser for Sognsvannsbekken.

Vi ga innspill til planarbeidet, i vårt brev datert 19. mars 2018.

Statsforvalterens rolle

Vi skal bidra til at planer ivaretar nasjonale og vesentlige regionale interesser innen landbruk, klima og miljøvern, folkehelse, samfunnsikkerhet, samt barn og unges interesser. Statsforvalteren skal arbeide for at Stortingets og regjeringens vedtak, mål og retningslinjer innen våre ansvarsområder blir fulgt opp i kommunale planer. Kommunen er planmyndighet og har ansvaret for at plan- og bygningslovens formelle krav til innhold og planprosess oppfylles i planarbeidet.

Vurdering

Vi har følgende konkrete merknader knyttet til nasjonale og viktige regionale interesser:

Naturmangfold, landskap og friluftsliv

Det fremgår av planforslaget at Sognsvannsbekken skal sikres gjennom hensynssone. Den tilhørende konsekvensutredningen viser at forslaget allikevel kan få negative konsekvenser for elvelandskapet langs bekken. Bebyggelsen skal holde en avstand på minimum 20 meter, med unntak av en kortere strekning som, på grunn av nødvendige terrengtilpasninger, kun vil sikres med en inngrepsfri sone på fem meter. Vi er enige med plan- og bygningsetaten i at bebyggelsen med fordel kunne vært trukket enda lenger unna vassdraget. Vi er også enige at fem meter er for lite til å kunne sikre naturverdiene som finnes i bekken og i kantsonen. Vi minner om vannressursloven § 11.

Sognsvannsbekken har vært under betydelig press i lang tid. Den har flere rødlistede arter som edelkreps og elvemusling. Vi er derfor opptatt av at tilstanden i vassdraget ikke blir ytterligere forringet. Vi ber om at det utarbeides løsninger som skaper større avstand mellom bebyggelse og vassdraget og at den inngrepsfrie sonen på fem meter på deler av strekningen utvides slik at kantsonen sikres.

Støy

Planforslaget oppfyller ikke kommuneplanens føringer for støy. Deler av bebyggelsen, inkludert bebyggelse med rom som har støyfølsom bruk, vil etableres i gul og rød støysoner. Mesteparten av planområdet ligger utenfor avvikssonen for støy. Området er utsatt for støy fra vegtrafikk og fra helikopter.

Planforslagets bestemmelser åpner for at rom med støyfølsom bruk og støynivå på fasade som overskrider grenseverdiene i retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging T-14/42 kan tillates. Videre stilles det krav om at det etableres tilstrekkelige tiltak for å sikre godt innneklima, uten at det er behov for at vinduene må åpnes. Dette begrunnes med at de aktuelle rommene vil være utsatt for støy fra helikopter og at det derfor uansett må gjøres støyreducerende tiltak.

Vi er prinsipielt kritiske til at åpnes for at rom med støyfølsom bruk blir støyutsatt. Samtidig ser vi at det er svært vanskelig å unngå da sykehuset er avhengig av helikopter for å kunne være operativt. Vi ber om at det utarbeides planbestemmelser om at rom med støyfølsom bruk skal etableres på minst mulig støyutsatte områder.

Planforslaget vil ha negative konsekvenser for tilstøtende boligbebyggelse og en del boliger vil ligge støyutsatt. Vi anbefaler kommunen å utarbeide planbestemmelser som sikrer at sterkt berørte naboer får tilbud om kompenserende tiltak på boligene sine.

Fremtidig støy fra helikoptertrafikk vil også ha en negativvirkning på området rundt Sognsvannsbekken. Bekken er definert som «stille område» i kommuneplanen. Ifølge støyutredningen vil området bli utsatt for støy på nivå med gul sone. Det er uheldig at naturområdet rundt bekken blir utsatt for støy. Samtidig ser vi at planforslaget har stor samfunnsnytte og vi vil derfor ikke fraråde oss planen.

Konklusjon

Vi er bekymret for planforslagets påvirkning på Sognsvannbekken og ber derfor om at det utarbeides løsninger som skaper større avstand mellom planlagt bebyggelse og vassdraget. Vi ber også om at den inngrepsfrie sonen på fem meter på deler av strekningen utvides slik at kantsonen sikres.

Planforslagets bestemmelser åpner for at rom med støyfølsom bruk og støynivå på fasade som overskrider grenseverdiene i retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging T-14/42 kan tillates. Vi ber i den forbindelse om at slike rom etableres i områder med så lite støy som mulig.

Videre ber vi kommunen om å gi bestemmelser som sikrer at sterkt berørte naboer får tilbud om kompensierende tiltak på bolig.

Vi vil på generelt grunnlag anmode kommunen å kvalitetssikre plankart og bestemmelser før planforslaget eventuelt vedtas.

Ellers viser vi til kommunens ansvar som planmyndighet, jf. [Statsforvalterens forventningsbrev for 2021](#), datert 28. januar 2021 og tilhørende [vedlegg med forventninger til kommunal arealplanlegging](#).

Vi ber om å få tilsendt vedtaket i saken og eventuelt godkjent reguleringsplan.

Med hilsen

Eli Kristin Nordsiden
seksjonssjef

Christoffer Gjendem
rådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



Statens vegvesen

OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Behandlende enhet:
Transport og samfunn

Saksbehandler/telefon:
Hanne Mo Østgren / 99601836

Vår referanse:
20/48543-5

Deres referanse:

Vår dato:
07.06.2021

Statens vegvesens merknader til forslag til detaljregulering med konsekvensutredning for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde, gnr. 42 bnr. 1 – Oslo kommune, saksnummer 201704683

Vi viser til høring datert 12.04.2021 med forslag til detaljregulering med konsekvensutredning for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde, gnr. 42 bnr. 1 i Oslo kommune. Vi viser også til våre merknader ved varsel om planoppstart og høring av planprogram, brev 19.03.2018 og 11.10.2018 samt til møter med Helse Sør-Øst (HSØ) (14.05.2019, 24.01.2020, 09.02.2021) og dialogmøte med HSØ/PBE (16.05.2019).

Saken gjelder

HSØ foreslår en videre utbygging av region- og lokalsykehuset på Gaustad. HSØ foreslår følgende formål innenfor planområdet: offentlig helse- og omsorgsinstitusjon, barnehage, undervisning, forskning, hotell, grønstruktur og samferdsel, samt bevaring av kultur- og naturmiljø. Forslaget tilrettelegger for ca. 211.700 m² nytt bruksareal, hvorav ca. 160.000 m² sykehus. Planforslaget legges fram i 2 alternativer, hvor alternativ 1A fremmes av HSØ. Alternativer åpner for inntil 52 m byggehøyde tilsvarende 12 høye etasjer, pluss to helikopterplattformer på tak. Hovedtyngden av ny bebyggelse legges på og ved dagens atkomsttorg, samt mellom Rikshospitalet og søndre del av Gaustad sykehus og langs Ring 3. HSØ foreslår et nytt atkomsttorg og at Sognsvannsveien legges om nærmere Gaustad sykehus. HSØ har utarbeidet alternativ 1B med byggehøyder under 42 m pga. krav i bystyrets vedtak av høyhusstrategien. Plan- og bygningsetaten (PBE) anbefaler alternativ 1A framfor alternativ 1B, da 1B innebærer høyere bebyggelse enn 1A nærmere det fredete Gaustad sykehus. PBE legger ut på høring et eget forslag til flere rekkefølgebestemmelser enn forslaget til HSØ inneholder. Planforslaget er i strid med føringer om blant annet støy og landskapstilpasning i kommuneplanen.

Postadresse
Statens vegvesen
Transport og samfunn
Postboks 1010 Nordre Ål
2605 LILLEHAMMER

Telefon: 22 07 30 00
firmapost@vegvesen.no
Org.nr: 971032081

Kontoradresse
Fyrstikkalléen 1
0661 OSLO

Fakturaadresse
Statens vegvesen
Regnskap
Postboks 702
9815 Vadsø

Statens vegvesens rolle i planleggingen

Statens vegvesen har ansvar for at føringer i Nasjonal transportplan (NTP), Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging, vegnormalene og andre nasjonale og regionale arealpolitiske føringer blir ivaretatt i planleggingen. Statens vegvesens samfunnsoppdrag er «å utvikle og tilrettelegge for et effektivt, tilgjengelig, sikkert, og miljøvennlig transportsystem».

Vi uttaler oss som forvalter av riksvei på vegne av staten, og som statlig fagmyndighet med sektoransvar innenfor veitransport. Statens vegvesen sitt sektoransvar for veinettet betyr at Statens vegvesen har et overordnet ansvar for at trafiksikkerhet, klima og miljøhensyn og helhetlig bypolitikk ivaretas i alle planforslag som berører samferdsel. Dette gir oss rett til å stille krav til både statlige, fylkeskommunale og kommunale veier, gater og løsninger for gående og syklende.

Statens vegvesens rolle i denne saken

Statens vegvesen er eier og forvalter av rv.150 Ring 3, inkludert av- og påkjøringsramper med Slemdalsveien og Universitetskrysset, som ligger langs sørsiden av planområdet. Statens vegvesen er også eier og forvalter av hovedsykkelrute Ring 3, som ligger langs sørsiden av Ring 3. Gang- og sykkelvei langs nordsiden av Ring 3, mellom og Klaus Torgårds vei og Sognsveien, eies og forvaltes også av Statens vegvesen.

Oppsummering av våre merknader til planforslaget

Trafikk

- Permanent situasjon:
Statens vegvesen forutsetter at lavest mulig bilparkeringsdekning legges til grunn i planen.
- Anleggstrafikk:
Statens vegvesen er skeptisk til bruk av avkjøringsrampa fra Ring 3 til anleggstrafikk. Vi ber om at det sees nærmere på muligheten til å kjøre anleggstrafikk via anleggsvei sør for Domus Medica/Domus Odontologica og videre ut på Klaus Torgårds vei og Ring 3. Vi påpeker at dersom avkjøringsrampa fra Ring 3 skal benyttes til noe anleggstrafikk aksepterer vi kun anleggstrafikk ut på rampa og ikke inn fra rampa. Det bør uansett legges inn restriksjoner til anleggstrafikk i rush. Vi ber tiltakshaver ta kontakt med arbeidsvarslingsteamet i Statens vegvesen for å se nærmere på løsninger for anleggstrafikken. Statens vegvesen skal godkjenne arbeidsvarslingsplan.
- Nødatkomst:
Statens vegvesen kan akseptere nødatkomst for ambulanse fra avkjøringsrampe fra Ring 3. Dette er under forutsetning av at det kjøres av/på kun i kjøreretningen mot vest. På plankartet er denne nødatkomsten regulert med avkjørselspil. Vi tillater ikke permanent adkomst og stiller krav til at avkjørselspilen fjernes fra plankartet.

Gang- og sykkelforbindelser

- Utvidelse av eksisterende gang- og sykkelbru over Ring 3 (parkbru):
Dagens gang- og sykkeltilknytninger på sør- og nordsiden av gang- og sykkelbrua fungerer ikke tilfredsstillende og er ikke opparbeidet iht. dagens standard for slike

anlegg, som er sykkelvei med fortau. Et utvidet sykehus vil gi en økning av gang- og sykkeltrafikken i området og Statens vegvesens mener, at det uavhengig av en utvidelse av brua, vil være behov for en oppgradering av dagens løsninger for gang- og sykkeltrafikk med tilkoping til Slemdalsveien og hovedsykkelruta langs Ring 3. Det bør samtidig sees på en forbedret tilgjengelighet til bussholdeplassene, i begge retninger langs Ring 3. Planforslaget bør omfatte en detaljering av løsning av ovennevnte. Statens vegvesen ønsker ikke rekkefølgekrav knyttet til en utvidelse av gang- og sykkelbrua over Ring 3. Bakgrunnen er bla. at en utvidelse av brua er anleggsteknisk vanskelig å gjennomføre og at det uansett ikke tillates lengre opphold på brua.

Etablering av regulert turveibru over Ring 3:

Statens vegvesen viser til regulert gang- og sykkelbru over rundkjøring i Universitetskrysset ved Domus Athletica, jf. reguleringsplan S-4602. Brua ligger inne som et rekkefølgekrav i forbindelse med Statsbyggs utbygging av nytt universitetsbygg sør for Problemveien. Brua prosjekteres nå og byggestart er neste år. En evt. etablering av ny turveibru må tilpasses og sees i sammenheng med denne.

- Oppgradering av gang- og sykkelvei under Ring 3 i Gaustadalléen og ved

Universitetskrysset:

Statens vegvesens er positive til at gang- og sykkelløsningene i undergangene under Ring 3 sikres oppgradert gjennom rekkefølgekrav. Vi mener at dersom det skal sikres gode og gjennomførbare gang- og sykkelforbindelser iht. krav i vei- og gatenorm må løsning for dette tas inn i planområdet for Gaustad sykehusområde og reguleres som en del av denne planen. Det må dokumenteres at løsningen som er regulert og skal opparbeides på nordsiden av Ring 3 også kan gjennomføres videre under Ring 3. Statens vegvesen stiller krav til to kjørefelt i hver retning under Ring 3 i Universitetskrysset.

Byggegrenser

Det er problematisk med tanke på støy at det er planlagt bebyggelse så nærme Ring 3. Statens vegvesen har ingen ytterligere merknader til foreslåtte byggegrenser.

Plankart og reguleringsbestemmelser

- Annen veggrunn – grøntareal langs Ring 3:

Langs felt 23, 24 og 25, mot Ring 3, er det foreslått områder regulert til annen veggrunn – grøntareal (felt AVG3 og AVG8). Innenfor disse områdene tillates det ifølge bestemmelsene trær, støttemurer, regnbed og underjordisk fordrøyningsmagasin. Statens vegvesen er skeptisk til hva de foreslåtte tiltakene, innenfor annen veggrunn – grøntareal, kan bety for våre interesser knyttet til forvaltning og drift av Ring 3. Statens vegvesen skal godkjenne alle tiltak innenfor felt AVG3 og AVG8. Dette må inn i bestemmelsene under punkt 6.9.3 og 6.9.8. Tilsvarene må det legges inn i bestemmelsen under punkt 13 at Statens vegvesen skal godkjenne tiltak innenfor bestemmelsesområdet #18.

- Universitetskrysset:

Den delen av Universitetskrysset som ligger på nordsiden av Ring 3, er tatt inn i planområdet for reguleringsplanen for sykehusområdet. Statens vegvesen stiller krav til at det er vedtatt plan for Universitetskrysset og Ring 3 (S-3410, datert 04.05.94)

som tas inn i planområdet for nytt sykehusområde og ikke dagens bygde kryssløsning, som nå er foreslått regulert.

○ Reguleringsbestemmelser:

Utomhusplan og rigg- og marksikringsplan skal sendes Statens vegvesen på høring. Det må tas inn i bestemmelsene, jf. henholdsvis punkt 3.1 og 2.1.4.

Statens vegvesen tillater ikke atkomst til felt 13 (vannpumpestasjonen) fra avkjøringsrampa fra Ring 3. Det må inn et avsnitt i bestemmelsen punkt 4.4.1 som sier dette.

Støy og luft

○ Støy:

Planforslaget innebærer etablering av ny bebyggelse for sykehus langs, og nord for Ring 3. Store deler av planområdet ligger i rød og gul støysone. Fasadestøy på ny bebyggelse er størst på arealene langs Ring 3 med støynivå delvis over Lden 75 dB. For støynivå over 65 dB kreves vesentlige fasadetiltak for å ivareta krav til innendørs støynivå. Statens vegvesen stiller krav om at følgende legges til i bestemmelse punkt 3.9.1:

- Minimum 50% av pasientrommene skal ha vindu mot fasade med støynivå Lden mindre eller lik 55dB.
- Innenfor felt 25 er det ikke tillatt med pasientrom med overnatting.

○ Luft:

Statens vegvesen stiller krav til at følgende tas inn i bestemmelsene:

I utsatte områder (rød og gul sone iht. retningslinje T-1520) skal luftinntak og soveromsvinduer plasseres høyt over bakken eller ved fasader som vender bort fra Ring 3.

Utdyping av våre merknader til planforslaget

Trafikk

Permanent situasjon

Utbyggingen av sykehusområdet innebærer økt biltrafikk i Universitetskrysset, Klaus Torgårds vei og Gaustadalléen. Ifølge trafikkanalysen vil biltrafikken til sykehuset øke fra dagens 3 900 biler til ca. 7 000 biler i etappe 2. ÅDT i Klaus Torgårds vei øker fra 7 200 i dag til ca. 10 500. Selv med en dobling av trafikken oppstår det ifølge trafikkanalysen ikke lokale kapasitetsproblemer i kryssene. Trafikkanalysen konkluderer med at lokalt veinett og overordnet tilknytning gjennom Universitetskrysset har kapasitet til å håndtere beregnet trafikkvekst og mer til.

Statens vegvesen har ingen merknader til dette, men forutsetter at lavest mulig bilparkeringsdekning legges til grunn i planen.

Anleggstrafikk

Vi viser til møter (14.05.2019 og 09.02.2021) med HSØ/Rambøll hvor bla. anleggsgjennomføring har vært tema.

Gjennomføring av planforslaget innebærer høy byggeaktivitet fra 2022–2030 og som mest antas det en anleggstrafikk i makstimen på 30–70 bilbevegelser per. time (periode 2022–2023). Ifølge planforslaget vil hovedandelen av anleggstrafikken kjøre Klaus Torgårds vei og videre ut på Ring 3 via Universitetskrysset. For anleggstrafikken som skal inn til felt 21 og H-byggene foreslås en enveiskjørt løsning inn Slemdalsveien, over Sognsvannsbekken og ut avkjøringsrampa fra Ring 3. Det er også et alternativ å kjøre noe av anleggstrafikken via anleggsvei sør for Domus Medica og Domus Odontologica.

Statens vegvesen er skeptisk til bruk av avkjøringsrampa fra Ring 3 til anleggstrafikk. En slik løsning innebærer at anleggstrafikken må ta to venstresvinger for å komme ut på Ring 3. Disse kryssene har dårlig kapasitet, spesielt i rush. Vi ser også at det er problematisk å kjøre anleggstrafikk via avstikkeren fra Slemdalsveien og inn i boligområdet, selv om det er foreslått fysiske tiltak for å avskjerme gangtrafikken mot anleggstrafikken. Vi ber om at det sees nærmere på muligheten til å kjøre anleggstrafikk via anleggsvei sør for Domus Medica og Domus Odontologica og videre ut på Klaus Torgårds vei og på Ring 3. Vi påpeker at dersom avkjøringsrampa fra Ring 3 skal benyttes til noe anleggstrafikk aksepterer vi kun anleggstrafikk ut på rampa og ikke inn fra rampa. Det bør uansett legges inn restriksjoner til anleggstrafikk i rush.

Jf. det vi uttalte i møtet HSØ/Rambøll i februar ber vi tiltakshaver ta kontakt med arbeidsvarslingsteamet i Statens vegvesen for å se nærmere på løsninger for anleggstrafikken. Statens vegvesen skal godkjenne arbeidsvarlingsplan. Vi viser også til planbestemmelse, jf. punkt 2.1.13, hvor det er stilt krav til at planer for midlertidige tiltak knyttet til anleggsvirksomhet som ligger innenfor byggegrensen til Ring 3 skal forelegges Statens vegvesen før søknad om rammetillatelse.

Vi synes det er positivt at det sikres at det skal opprettholdes/opparbeides gang- og sykkelforbindelser adskilt fra kjørevei og anleggsplass frem til dagens Rikshospital og Universitetet i Oslo, til marka, og langs Sognsvannsveien gjennom planområdet i anleggsfasen, jf. punkt 1.5.5 i bestemmelsene.

Nødatkomst

Jf. dialogmøte hos PBE 26.08.2019 har vi sagt at vi kan akseptere nødatkomst for ambulanse fra avkjøringsrampe fra Ring 3. Dette er under forutsetning av at det kjøres av/på kun i kjøreretningen mot vest. I en normal driftsfase kommer ambulansetrafikken fra øst langs Klaus Torgårds vei eller Gaustadalléen.

På plankartet er denne nødatkomsten regulert med avkjørselspil. Vi tillater ikke permanent atkomst og stiller krav til at avkjørselspilen fjernes fra plankartet.

Gang- og sykkelforbindelser

Som nevnt over er Statens vegvesen eier og forvalter av hovedsykkelrute Ring 3 som ligger langs sørsiden av Ring 3. Hovedsykkelruta har i dag tilknytning til planområdet via gang- og sykkelbru øst for Slemdalsveien, via undergang under Ring 3 i Gaustadalléen samt via fortau under Ring 3 i Universitetskrysset og til Klaus Torgårds vei.

Det er foreslått følgende gang- og sykkelforbindelser, delvis eksisterende, i planforslaget:

- breddeutvidelse av gang- og sykkelvei/fortau (5) langs avkjøringsrampe til Ring 3 med tilknytning til Slemdalsveien
- gang- og sykkelvei (1 og 10) med tilknytning til gang- og sykkelbru over Ring 3 (6)
- breddeutvidelse av gang- og sykkelvei (2) langs Gaustadalléen med tilknytning til undergang under Ring 3. Gang- og sykkelveien skal opparbeides som sykkelekspressvei på minst 4 m, og gående og syklende skal skilles med kantstein
- breddeutvidelse av gang- og sykkelvei (9) med tilknytning til Universitets krysset og undergang under Ring 3
- breddeutvidelse av gang- og sykkelvei (11) med tilknytning til gang- og sykkelvei langs nordsiden av Ring 3 og rampe (8) med tilknytning til regulert turveibru over Ring 3, jf. S-4134

Ifølge planbestemmelsene skal gang- og sykkelveiene være offentlige og utformes i henhold til kravene i gjeldende vei- og gatenorm.

I alternativ 1B er det stilt flere rekkefølgekrav i tilknytning til gang- og sykkelforbindelser. Det er stilt krav til at før det gis igangsettingstillatelse til nye utbyggingsfelt innenfor planområdet, skal følgende være sikret opparbeidet:

- oppgradert gang-/sykkelvei under Ring 3 i Gaustadalléen
- oppgradert gang-/sykkelvei under Ring 3 ved Universitetskrysset

og videre at før det gis midlertidig brukstillatelse for felt 21, 24, 25 skal følgende være opparbeidet:

- gang- og sykkelvei 6 (bru over Ring 3) skal være oppgradert med atskilt trasé for gående og syklende i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau.
- turvei (gangbro) over Ring 3 utenfor planområdet ved Domus Atletica (S-4134)

Generelt

Statens vegvesen synes det er positivt at det legges til rette for en oppgradering av gang- og sykkelforbindelsene i tilknytning til Gaustad sykehusområde til en løsning med sykkelvei med fortau.

Utvidelse av eksisterende gang- og sykkelbru over Ring 3 (parkbru)

Eksisterende gang- og sykkelbru over Ring 3 er foreslått utvidet og til en bredde på minimum 25 m. Brua skal tilrettelegges for gående og syklende, med separerte arealer og skal opparbeides med beplantning og belysning, jf. bestemmelsene.

Dagens gang- og sykkeltilknytninger på sør- og nordsiden av brua fungerer ikke tilfredsstillende og er ikke opparbeidet iht. dagens standard for slike anlegg, som er sykkelvei med fortau. Det er i dag dårlig tilgjengelighet mellom brua og hovedsykkelruta langs Ring 3. Et utvidet sykehus vil gi en økning av gang- og sykkeltrafikken i området og Statens vegvesens mener, at det uavhengig av en utvidelse av brua over Ring 3, vil være behov for en oppgradering av dagens løsninger for gang- og sykkeltrafikk med tilkopling til Slemdalsveien og hovedsykkelruta langs Ring 3. Det bør samtidig sees på en forbedret

tilgjengelighet til bussholdeplassene, i begge retninger langs Ring 3. Planforslaget bør omfatte en detaljering av løsning av ovennevnte.

Statens vegvesen stiller følgende krav i forbindelse med utvidelse av gang- og sykkelbrua:

- Fri høyde til hovedsykkelrute må være innfridd
- Universell standard (maks stigning 1:5) må være innfridd
- Tilgang til Ring 3 for anleggsgjennomføring er begrenset. Det kan ikke forventes å stenge Ring 3 utover nattestenginger. Dette må avklares med arbeidsvarsling i Statens vegvesen.
- Ved breddeutvidelse av eksisterende bru er det krav til at livssyklus kostnader skal vurderes.
- Ved bygging av ny bru eller utvidelse av eksisterende bru, skal eierskap overføres til Oslo kommune. Utforming av brua må også avklares med Bymiljøetaten.
- Det skal ikke anlegges funksjoner for opphold på bruer over Ring 3.
- Alle nye konstruksjoner eller ombygging av eksisterende bru over riksvei skal iht. regelverk, sendes til kontroll og godkjenning i Vegdirektoratet.

Statens vegvesen ønsker ikke rekkefølgekrav knyttet til en utvidelse av gang- og sykkelbrua over Ring 3. Bakgrunnen er bla. at en utvidelse av brua er anleggsteknisk vanskelig å gjennomføre med tanke på at det skal gå trafikk på Ring 3 under anleggsarbeidene og at det uansett ikke bør tilrettelegges for lengre opphold på brua. Brua har i dag en bredde på ca. 7 m og det kan derfor være mulig å opparbeide en løsning med sykkelvei med fortau innenfor dagens bredde. Dette må i tilfelle undersøkes nærmere.

Etablering av regulert turveibru over Ring 3

Statens vegvesen viser til regulert gang- og sykkelbru over rundkjøring i Universitetskrysset ved Domus Athletica, jf. reguleringsplan S-4602. Brua ligger inne som et rekkefølgekrav i forbindelse med Statsbyggs utbygging av nytt universitetsbygg sør for Problemveien. Brua prosjekteres nå i 2021 og byggestart er neste år. En evt. etablering av ny turveibru må tilpasses og sees i sammenheng med denne.

Turveibrua inngår i kommunens turveinett, jf. kommuneplanen og Statens vegvesen har ikke noen formening om det bør knyttes rekkefølgekrav til opparbeidelse av turveibrua. Vi viser for øvrig til våre merknader under avsnitt «Utvidelse av eksisterende gang- og sykkelbru over Ring 3 (parkbru)» og krav som også vil gjelde i forbindelse med etablering av en turveibru.

Oppgradering av gang- og sykkelvei under Ring 3 i Gaustadalléen og ved Universitetskrysset

I alternativ 1B foreslår det rekkefølgebestemmelser knyttet til oppgradering av gang og sykkelvei under Ring 3 i Gaustadalléen og ved Universitetskrysset.

En utvidelse av sykehusområdet på Gaustad skaper ny/gir en økning av gang- og sykkeltrafikken i området og dermed behov for oppgraderte gang- og sykkelløsninger. Statens vegvesens er positive til at gang- og sykkelløsningene i undergangene under Ring 3 sikres oppgradert gjennom rekkefølgekrav, men vi er usikre på hva sikret opparbeidet

innebærer. Vi mener at dersom det skal sikres gode og gjennomførbare gang- og sykkelforbindelser iht. krav i vei- og gatenorm må løsning for dette tas inn i planområdet for Gaustad sykehusområde og reguleres som en del av denne planen. Gang- og sykkelløsningene i undergangene må detaljeres og det må dokumenteres at løsningen som er regulert og skal opparbeides på nordsiden av Ring 3 også kan gjennomføres videre under Ring 3. For å sikre at krav til disse undergangene ivaretas gjennom reguleringsplanen bør planområdet utvides slik at undergangene inngår i planen. Statens vegvesen stiller krav til to kjørefelt i hver retning under Ring 3 i Universitetskrysset.

Vi ser ikke at det er Statens vegvesens oppgave og betale opparbeidelsen av gang- og sykkelløsning under Ring 3 ved Universitetskrysset. Statens vegvesen skal godkjenne byggeplaner for gang- og sykkelanlegg i tilknytning til vårt riksveianlegg. Vi vil påpeke at planer for tiltak i tilknytning til riksveianlegg skal planlegges i henhold til Statens vegvesens håndbøker og evt. endringer/påvirkning av konstruksjoner skal godkjennes av Vegdirektoratet.

Byggegrenser

Planlagt ny bebyggelse på felt 25 (bygg K) og felt 24 (bygg J1 og J2) ligger langs Ring 3. Vi viser til møtet 09.02.2021 med tiltakshaver hvor det ble opplyst at byggegrense for felt 25 (bygg K) er satt lenger unna Ring 3 enn det den er i gjeldende reguleringsplan S-3410 fra 1994. Ny byggegrense ligger i stor grad i samme posisjon som byggelinjen for dagens parkeringshus. Det ble videre opplyst i møtet at byggegrense for felt 24 (bygg J1 og J2) på det nærmeste er 35 meter fra Ring 3. Med hensyn til støy, jf. avsnitt nedenfor, er det problematisk med bebyggelse så nærme Ring 3 som planen legger opptil. Statens vegvesen har ingen ytterligere merknader til foreslåtte byggegrenser.

Plankart og reguleringsbestemmelser

Annen veggrunn – grøntareal langs Ring 3

Langs felt 23 og 24 følger plangrensen mot Ring 3 regulert annen veggrunn, jf. gjeldende reguleringsplan S-3806. Langs felt 25 er regulert annen veggrunn, jf. reguleringsplan S-3410, innlemmet i planområdet for nytt sykehus og regulert til annen veggrunn – grøntareal. Langs felt 23 og 24 er det foreslått et område på opptil ca. 30 m annen veggrunn – grøntareal (8). Jf. punkt 6.9.8 AVG8 i bestemmelsene skal det plantes minst 30 trær innenfor dette området og det tillates etablert støttemur mot gang- og sykkelvei (2). Til arealet som er foreslått regulert til annen veggrunn – grøntareal (3) langs felt 25 står det i punkt 6.9.3 AVG3 i bestemmelsene at arealet skal opparbeides med regnbed eller andre løsninger basert på flersjiktet vegetasjon. Statens vegvesen er skeptisk til hva de foreslåtte tiltakene, innenfor annen veggrunn – grøntareal, kan bety for våre interesser knyttet til forvaltning og drift av Ring 3. Statens vegvesen skal godkjenne alle tiltak innenfor felt AVG3 og AVG8. Dette må inn i bestemmelsene under punkt 6.9.3 og 6.9.8.

Innenfor felt AVG8 er det lagt inn et bestemmelsesområde #17 Fordrøyningsmagasin. Vi oppfatter at det er feil nummering og at det skal stå #18, jf. pkt. 13 under bestemmelser til bestemmelsesområder, og som omtaler fordrøyningsmagasin. Ifølge bestemmelsen tillates

det å etablere et underjordiske fordrøyningsmagasin innenfor bestemmelsesområdet. Som nevnt over må alle tiltak innenfor felt AVG3 godkjennes av Statens vegvesen. Det må også legges inn i bestemmelsen under punkt 13 som sier at Statens vegvesen skal godkjenne tiltak innenfor bestemmelsesområdet #18.

[Avkjøringsrampe fra Ring 3 til Slemdalsveien](#)

Foreslått gang- og sykkelvei (5) og kommunaltekniske anlegg (vannpumpestasjon), felt 13, ligger delvis over regulert avkjøringsrampe fra Ring 3 til Slemdalsveien/Gaustad. Den regulerte avkjøringsrampa er en del vedtatt plan for vestvendte ramper i et nytt Gaustadkryss. Denne planen er ikke aktuell lenger og Statens vegvesen har ingen planer om å bygge ut krysset med vestvendte ramper.

[Universitetskrysset](#)

Den delen av Universitetskrysset som ligger på nordsiden av Ring 3, er tatt inn i planområdet for reguleringsplanen for sykehusområdet. Planforslaget opphever gjeldende regulering for Universitetskrysset og erstatter denne med en regulering av dagens bygde utforming av krysset. Dette innebærer bla. at regulerte veiformål for Ring 3 er omregulert til annen veggrunn – grøntareal. Disse reguleringsendringene av riksveiareal er ikke forelagt eller diskutert med Statens vegvesen i møter med tiltakshaver og er heller ikke beskrevet i planforslaget. Statens vegvesen aksepterer ikke foreslått regulering tilsvarende bygd kryss og stiller krav til at det er vedtatt plan for Universitetskrysset og Ring 3 (S-3410, datert 04.05.94) som tas inn i planområdet for nytt sykehusområde.

[Reguleringsbestemmelser](#)

Jf. punkt 3.1 i bestemmelsene skal det sammen med søknad om rammetillatelse utarbeides utomhusplan. Det må legges inn i planbestemmelsene at utomhusplanen skal sendes Statens vegvesen på høring.

Jf. punkt 2.1.4 i bestemmelsene skal det som del av søknad om igangsettelse foreligge rigg- og marksikringsplan som viser alle arealer som berøres av anleggsvirksomhet. Det må legges inn i planbestemmelsene at rigg- marksikringsplanen skal sendes Statens vegvesen på høring.

Jf. punkt 4.4.1 i bestemmelsene skal det opprettholdes kjøreatkomst til felt 13 (vannpumpestasjon). Statens vegvesen tillater ikke atkomst til vannpumpestasjonen fra avkjøringsrampa fra Ring 3 og atkomst til vannpumpestasjon må løses innenfra sykehusområdet. Det må inn et avsnitt i bestemmelsen som sier dette.

[Støy og luft](#)

[Støy](#)

Planforslaget innebærer etablering av ny bebyggelse for sykehus langs, og nord for Ring 3. Store deler av planområdet ligger i rød og gul støysone, jf. støyberegninger med utgangspunkt i dagens trafikk situasjon og grenseverdier som gjelder ved uteplass for helsebygninger. Det er Ring 3 som er hovedstøykilde, men andre mindre veier bidrar til økt

støynivå i hele området. Det er universitetsområdet og grøntarealene sør for eksisterende Gaustad sykehus som i dag har størst støybelastning.

Planområdet ligger utenfor kommuneplanens avvikssone for støy, med unntak av, bygg K (felt 25), parkeringshustomten, som ligger innenfor avvikssonen.

Fasadestøy på ny bebyggelse er størst på arealene langs Ring 3. K-bygget (felt 25), som er plassert der parkeringshuset ligger i dag, får støynivå på fasade over Lden 75 dB mot Ring 3 og over Lden 65 dB mot Klaus Torgårds vei. For bebyggelsen H1–H4 (felt 21) varierer fasadestøy mellom >50 og 70 dB. Fasader nærmest Ring 3 på J-byggene (felt 24) har fasadestøy opptil 75 dB. For støynivå over 65 dB kreves vesentlige fasadetiltak for å ivareta krav til innendørs støynivå.

Utearealer sør i planområdet har støynivå over anbefalt grenseverdi hovedsakelig grunnet støy fra Ring 3. Nord i planområdet ved Gaustad sykehus og grøntarealene i øst og nord, samt store deler av Gaustadskogen, er utendørs støynivå fra veitrafikk innenfor grenseverdi, jf. konsekvensutredning. Ifølge konsekvensutredningen medfører tiltaket minimale endringer i støybildet sammenlignet med dagens situasjon når det gjelder til veistøy.

I konsekvensutredningen foreslår følgende tiltak:

- uteområder – sikre tilgjengelighet til uteområder som har støynivåer under grenseverdiene
- innendørs – det anbefales at rom med støyfølsomt bruk i størst mulig grad vendes vekk fra støykildene. Der dette ikke er mulig forutsettes tilstrekkelig tiltak for å sikre godt inneklima ved ulikt temperatur- og solforhold, uten at det er behov for at vinduene må åpnes.

Planforslaget tillater et støynivå utenfor fasader på ny bebyggelse tilsvarende rød støyzone. Det er under forutsetning av at utforming og dimensjonering av vegger sikrer at krav til at innvendig støynivå tilfredsstilles. Rom med støyfølsom bruk og støynivå på fasade som overskrider grenseverdiene i tabell 3 i T-1442 tillates, under forutsetning at det etableres tilstrekkelige tiltak for å sikre godt inneklima ved alle temperatur- og solforhold, uten at det er behov for at vinduene må åpnes. Ifølge planforslaget er det utfordrende å finne utearealer innenfor grenseverdien i T-1442 grunnet støy fra Ring 3 og helikoptertrafikk, og det derfor er viktig å etablere gode forbindelser til områder nord og øst for Gaustad sykehus og i Gaustadskogen.

Jf. dialogmøtet 16.05.2019 med tiltakshaver og PBE har Statens vegvesen gitt følgende innspill til planarbeidet når det gjelder støy:

- det bør ikke åpnes for støyutsatte funksjoner mot Ring 3
- sengerom må ligge langt unna Ring 3
- vinduer må kunne åpnes
- det må vurderes alternativer der støykrav ivaretas
- støyen bli verre høyere opp på fasaden
- beregne fasadene i sin helhet og vurdere hvor sengerom skal plasseres

- refleksjonsstøy og flerkildetøy (+5 dB) må beregnes

Statens vegvesen kan ikke se at alle ovennevnte forhold er vurdert eller ivaretatt i planforslaget.

Vi viser også til møtet 09.02.2021 med tiltakshaver hvor vi påpekte at nye bygg plassert ut mot Ring 3 har utfordringer knyttet til støy på fasade, og at det ikke bør åpnes for støyutsatte funksjoner mot Ring 3. Tiltakshaver gav tilbakemelding om at det kunne bli aktuelt med en bestemmelse som begrenser rom med støyfølsom bruk til stille side. Det er ikke tatt inn noen slik krav i bestemmelsene.

Statens vegvesens stiller derfor krav om at følgende legges til i bestemmelse punkt 3.9.1:

- Minimum 50% av pasientrommene skal ha vindu mot fasade med støynivå Lden mindre eller lik 55dB.
- Innenfor felt 25 er det ikke tillatt med pasientrom med overnatting.

Luft

Ifølge planforslaget gir tiltaket minimale endringer i forhold til dagens situasjon, da luftforurensningen i området i stor grad kommer fra veitrafikk, primært fra Ring 3. I dag ligger deler av området i rød sone for både nitrogendioksid (NO₂) og svevestøv (PM₁₀). Konsentrasjonene for PM₁₀ overstiger nedre grense for gul sone ved Ring 3.

Statens vegvesen stiller krav til at følgende tas inn i bestemmelsene:

I utsatte områder (rød og gul sone iht. retningslinje T-1520) skal luftinntak og soveromsvinduer plasseres høyt over bakken eller ved fasader som vender bort fra Ring 3.

Dette er tråd med anbefalte tiltak i luftutredningen.

Vi viser til at retningslinje T-1520 anbefaler at det tas ekstra hensyn i planleggingen der et prosjekt er utsatt for både støy og luftforurensning, fordi det kan være samspillseffekter mellom støy og luft som gir økning i plage og helserisiko. Vi savner at dette er utredet i tilknytning til støy- og luftutredningene og behandlet i planforslaget.

Statens vegvesen, Transport og samfunn

Med hilsen

Ellen Marie Foslie
seksjonsleder

Hanne Mo Østgren
saksbehandler

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ingen håndskrevne signaturer.

Kopi

STATSFORVALTEREN I OSLO OG VIKEN, Postboks 325, 1502 MOSS



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.13:30
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-RAQZ
Innsendt av: Tore Bakken Horne
E-postadresse: tore.bakken.horne@ramboll.no
Mobilnummer: 90686934

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Vedlagt ligger høringsuttalelse fra forslagsstiller til offentlig ettersyn for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde.

Last opp eventuelle vedlegg Høringsuttalelse forslagsstiller (Høringsuttalelse.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjonsnr. 915251293

Firmanavn Rambøll Norge AS

E-post firmapost@ramboll.no

Plan- og bygningsetaten v/ Gro Jensen Vig

Dato 07.06.2021

Oversendelse av høringsuttalelse – Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde, 201704683

Rambøll
Harbitzalléen 5
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo

Innledning

Detaljreguleringsplanen for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde ble lagt ut på høring og offentlig ettersyn 12.04.2021. Høringsfristen er satt til 07.06.2021.

T +47 22 51 80 00
<https://no.ramboll.com>

Her kommer Plan- og bygningsetaten (PBE) med en foreløpig anbefaling og konklusjon. PBE mener bl.a. at planen må inneholde flere rekkefølgekrav utover de forslagsstiller allerede har lagt inn i planforslaget som nå er ute på høring. De supplerende rekkefølgekravene er knyttet til forbindelser for myke trafikanter og flomsikring i Sognsvannsbekken.

Vi mener det ikke er godtgjort at det er rettslig grunnlag for noen av rekkefølgekravene knyttet krav om oppgradering/opparbeidelse av gang- og sykkelveier. For å undersøke dette nærmere har vi igangsatt utredning av hvilke behov tiltaket skaper.

For to av rekkefølgekravene som foreslås av PBE kan det imidlertid allerede nå slås fast at det ikke er tilstrekkelig rettslig grunnlag. Dette gjelder:

- Ny turveibro (B5) ved Sogn arena over Ring 3.
- Flomsikringstiltak i Sognsvannsbekken

Rekkefølgekrav omtales i punkt 2 nedenfor.

I saksdokumentene peker også PBE på behov for ytterligere justeringer i grensen for Sognsvannsbekkens kantsone. Vi mener imidlertid at PBEs foreløpig vurdering ikke gir et riktig bilde av de samlede virkningene for Sognsvannsbekken, dens kantsone, og grønt- og friluftsområdene for øvrig. Reguleringsplanforslaget sikrer betydelige avbøtende tiltak og har gått langt i å hensynta de føringer som PBE tidligere har gitt når det gjelder justeringer i

planforslaget for å sikre viktig naturmangfold. Vi viser til at byggegrensen for ny bebyggelse er trukket tilbake slik at det ikke tillates oppføring av bygninger nærmere enn 20 meter fra Sognsvannsbekken jf. bekkens status som hovedvassdrag. Vi viser også til at riggområdet som tidligere var foreslått vest for Sognsvannsbekken ble tatt ut av reguleringsplanforslaget, og at mulighet for bebyggelse i grøntområdet sørøst for Sognsvannsbekken, ned mot ring 3, ble fjernet og erstattet av regulert parkareal.

Vår vurdering er at planforslaget samlet sett fører til en styrking av området langs Sognsvannsbekken som grønt- og friluftsområde og som et viktig utfartssted til marka for både voksne og for barn i en permanent situasjon. I anleggsfasen vil tiltaket medføre noen ulemper som må påregnes ved gjennomføring av et byggeprosjekt av denne størrelsen. Dette gjelder spesielt knyttet til støv- og støyplager, anleggstrafikk og etablering av gangbro samt vannspeil. Planen inneholder en rekke avbøtende tiltak knyttet til anleggsgjennomføring, for å begrense dette i størst mulig grad. Våre synspunkter utdypes nærmere i pkt. 1 under.

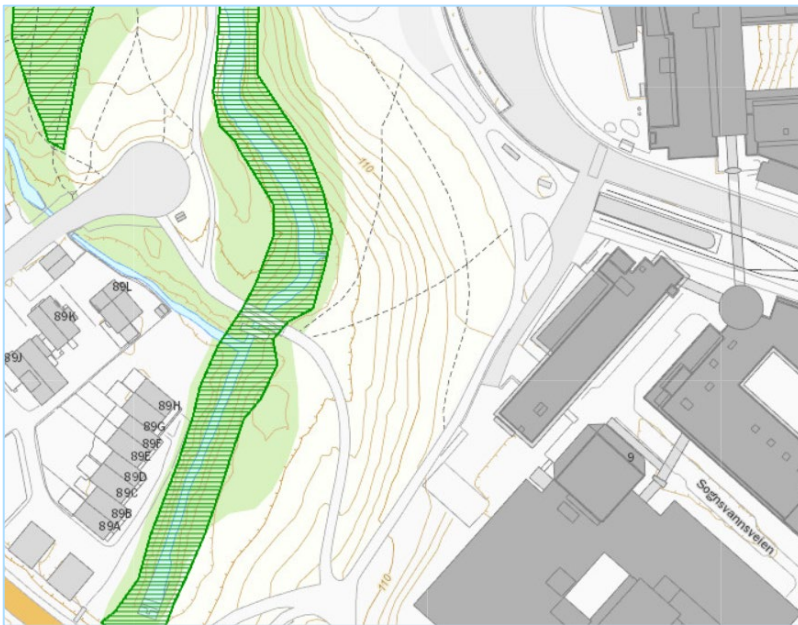
1. Naturmangfoldskonsekvens for Sognsvannsbekken

I saksfremlegget skriver PBE «*Planforslaget har ifølge naturmangfoldrapporten middels negativ konsekvens for naturmangfoldet. Vi mener den uberørte kantsonen langs Sognsvannsbekken må utvides.*»

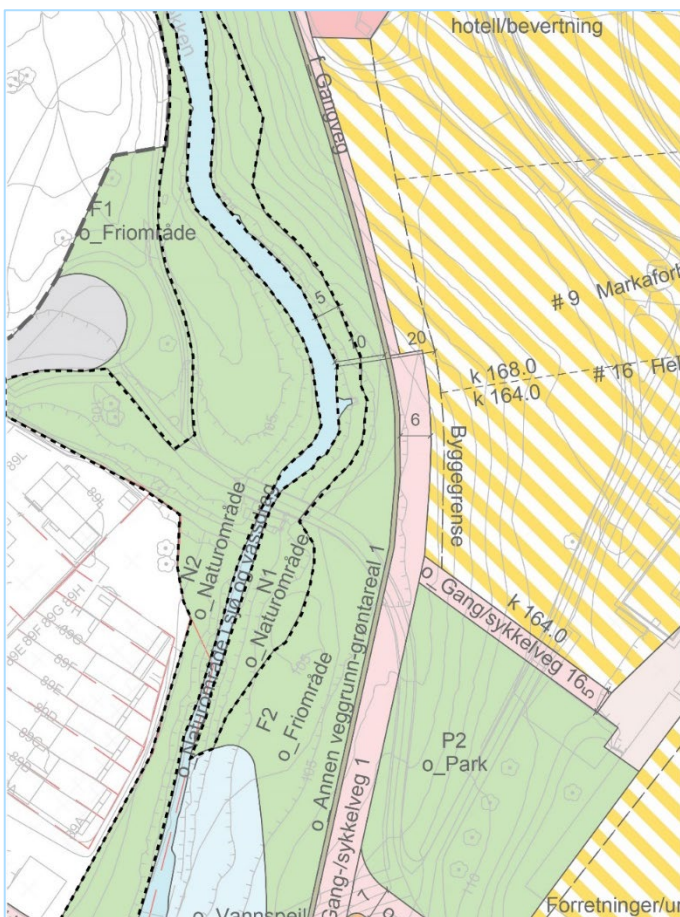
Det er riktig at naturmangfoldrapporten konkluderer med en middels negativ konsekvens for tiltaket i sin helhet. Men som følge av funnene i denne rapporten har forslagsstiller implementert flere avbøtende tiltak i planforslaget. Her nevnes blant annet:

- Hele dagens kantsone sikres i plankartet med formål naturmiljø og hensynssone *H560-Bevaring naturmiljø*.
- Planforslaget inneholder et krav om at det i friområde 2 (øst for Sognsvannsbekken) skal etableres nok trær og annen vegetasjon til at det blir et bærekraftig skogsmiljø. Dette bidrar til å styrke kantvegetasjonen langs Sognsvannsbekken.
- Det er ikke tillatt med avrenning til Sognsvannsbekken av forurenset vann fra anleggsperioden, i henhold til planbestemmelsene kapittel 1.1. Det er krav om måling av vannkvalitet i Sognsvannsbekken før byggestart og etter fullført prosjekt, samt overvåking i anleggsfasen. Videre skal de berørte naturområdene reetableres slik at naturmangfoldet styrkes, og beplantes med stedege arter for naturområdet rundt Sognsvannsbekken etter anleggsperioden.
- Store forekomster av viktige trær er sikret med hensynssone *H560-Bevaring naturmiljø*. I tillegg skal det plantes trær og annen vegetasjon i nord ved vandringskorridoren slik at det skal bli et bærekraftig skogsmiljø og naturlig trasé for vilt (friområde F3). Innenfor felt 14 er det implementert hensynssone som skal bevare en samlet forekomst av viktige trær i H560_2. Dette er for å minimere den negative konsekvensen innenfor dette området.

Når det gjelder kantvegetasjonen langs Sognsvannsbekken er hensynssonen avsatt i plankartet større enn det arealet som er avsatt som viktig naturtype i miljødirektoratets database *naturbase*, se Figur 1. Arealet som er regulert til naturområde med hensynssone i planforslaget er vist med stiplet linje i Figur 2.



Figur 1: Viktig naturtype langs Sogsvannsbekken markert i skravert grønn. Kilde: Naturbase



Figur 2: Utdrag fra forenklet plankart. Sogsvannsbekkens kantsone er i sin helhet regulert til naturområde N1 og N2 med hensynssone.

Innenfor dette arealet tillates det ikke hogging av trær eller fjerning av vegetasjon, eller inngrep som kan skade træs røtter. Unntaket er ved etablering av ny gangbro over Sognsvannsbekken, og styrking av eksisterende anleggsbro, samt etablering av vannspeil. Her skal områder hvor vegetasjonen fjernes revegeteres med stedegne arter. Dermed vil konsekvensene for Sognsvannsbekkens kantsone kun være midlertidige.

Planen åpner for terrengbearbeiding ned til 5 meter fra bekkens normalvannstand over en kortere avstand. Konsekvensutredningen viser at i dette området er kantsonen ikke bredere enn 5 meter, noe som gjør at vi kan sikre eksisterende kantsone i sin helhet. Terrengbearbeiding ned til 5 meter fra kantsonen gir derfor kun noe negative virkninger på naturmangfoldet. Med de avbøtende tiltakene som er sikret i planen for øvrig, medfører dette at bekkens kantsone samlet sett blir styrket i en permanent situasjon.

2. Rekkefølgekrav

Under følger en redegjørelse for de rettslige rammene for adgangen til å stille rekkefølgekrav i reguleringsplan. Videre vil vi kommentere PBEs forslag til rekkefølgekrav nærmere.

2.1 Rettslige rammer for rekkefølgekrav: Hvilke rekkefølgekrav kan PBE stille i en reguleringsplan?

Kommunens adgang til å stille rekkefølgekrav følger av plan- og bygningsloven § 12-7 nr. 10, som lyder slik:

«I reguleringsplan kan det i nødvendig utstrekning gis bestemmelser til arealformål og hensynssoner om følgende forhold:

10. krav om særskilt rekkefølge for gjennomføring av tiltak etter planen, og at utbygging av et område ikke kan finne sted før tekniske anlegg og samfunnstjenester som energiforsyning, transport og vegnett, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester, barnehager, friområder, skoler mv. er tilstrekkelig etablert» (våre understrekninger).

En viktig begrensning i kommunens adgang til å stille rekkefølgekrav er at det kun kan gjøres i «nødvendig utstrekning». Videre følger det av bestemmelsen at adgangen til å stille rekkefølgekrav er begrenset til å sikre at tekniske anlegg og samfunnstjenester, i eller i naturlig tilknytning til utbyggingsområdet, er «tilstrekkelig etablert» før utbyggingen etter planen kan skje.

Den 4. mai 2021 avsa Høyesterett dom, HR-2021-953-A, i en sak som gjaldt gyldigheten av et rekkefølgekrav i reguleringsplan (krav om oppgradering av turvei) og reiste særlige spørsmål om tolkningen av plan- og bygningsloven § 12-7 nr. 10. Høyesterett konkluderer med at det endelige vedtaket i reguleringsplanen var basert på uriktig lovforståelse og dermed ugyldig. I premiss 58 i dommen uttaler Høyesteretts flertall følgende om adgangen til å stille rekkefølgekrav:

«(...) Kommunen kan bare oppstille rekkefølgebestemmelser for å dekke reelle behov som utløses eller forsterkes av utbyggingen, eller for å avhjelpe ulemper denne fører til. I dette ligger at det må være en slik relevant og nær sammenheng mellom tiltaket og utbyggingsprosjektet at det er berettiget å kreve at utbyggingen gjennomføres i en bestemt rekkefølge. Det er ikke i seg selv tilstrekkelig at infrastrukturtiltaket anses formålstjenlig eller ønskelig hvis tiltaket ikke står i en slik sammenheng med det nye prosjektet. Rent fiskale hensyn kan ikke begrunne vedtak etter § 12-7 nr. 10.»

Høyesteretts uttalelse viser at det må være *relevant og nær sammenheng* mellom rekkefølgekravet/tiltaket og utbyggingsprosjektet – og rekkefølgekrav kan ikke brukes for å dekke mer generelle ønsker og behov om oppgradering av f.eks. gang- sykkelvei eller turvei.

I Kommunal- og moderniseringsdepartementets reguleringsplanveileder fra 2018 fremgår følgende i punkt 6.5.10:

«Når det benyttes såkalte rekkefølgebestemmelser, må det imidlertid være en forutsetning at de forhold som begrunner utsettelse av planens gjennomføring, faktisk og rettslig kan og vil bli gjennomført innen rimelig tid, jf. 10-årsfristen for ekspropriasjon i plan- og bygningsloven § 16-2 første ledd.» (Vår understrekning.)

Et rekkefølgekrav må altså være realistisk, slik at det både kan og vil bli gjennomført innen rimelig tid.

Det må vurderes konkret for hvert enkelt tiltak om nødvendighetskriteriet er oppfylt. Et sentralt spørsmål vil være om det ville være nødvendig å sette utbyggingen på vent inntil det aktuelle tiltaket er gjennomført. I motsatt fall er rekkefølgekravet ikke nødvendig. Kravet om konkret vurdering av hvert tiltak innebærer også at rekkefølgebestemmelsen må begrunnes, slik at det fremgår hvilke forhold kommunen har tillagt vekt når den har kommet til at nødvendighetskravet er oppfylt.

Det kan altså ikke stilles rekkefølgekrav om tiltak som mangler relevant og nær sammenheng med utbyggingen, selv om dette skulle være tiltak som ellers er samfunnsmessig ønskelige og nyttige. Dersom kommunen vedtar rekkefølgekrav som gjelder et behov som ikke er utløst av utbyggingsformålet, vil dette innebære at kommunen går utenfor rammene i loven og vedtaket vil være ugyldig.

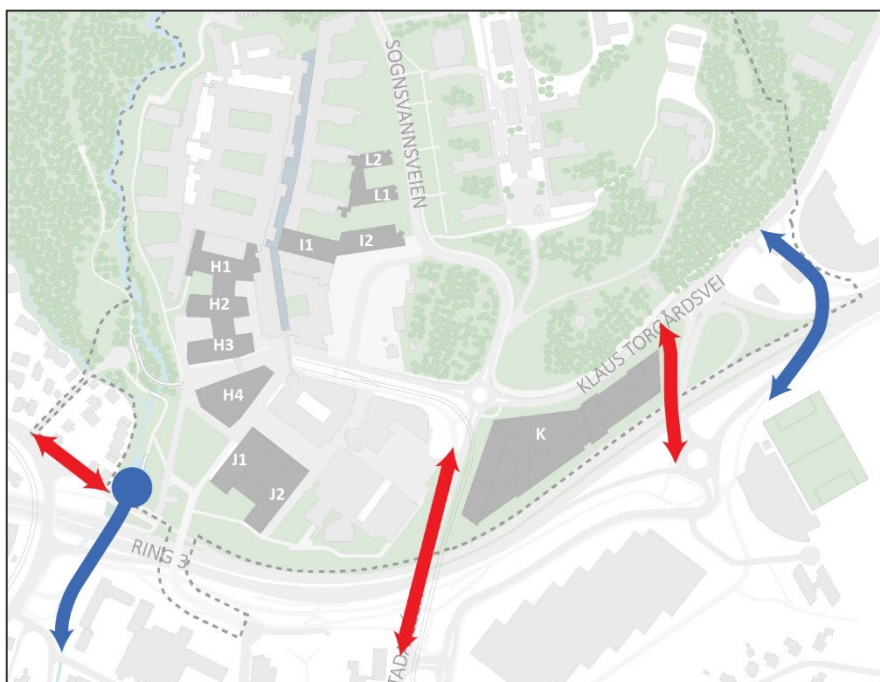
Vi vil nå gå over til å kommentere rekkefølgekrav som PBE har foreslått i detaljreguleringsplanen for Gaustad sykehusområde/Nye Rikshospitalet.

2.2 PBEs forslag til rekkefølgekrav

Som vi har redegjort for ovenfor i **punkt 2.1**, må rekkefølgekrav være påkrevet som følge av utbyggingen av sykehus på Gaustad, altså slik at tiltaket må dekke et behov som er utløst av sykehusutbyggingen. Generelle ønsker og latente behov i området faller utenfor dette.

2.2.1 Opparbeidelse/oppgradering av gang-/sykkelveier

PBE har foreslått flere rekkefølgekrav som går ut på at det skal være opparbeidet eller sikret opparbeidet gang-/sykkelveier før det gis midlertidig brukstillatelse eller igangsettingstillatelse. Rekkefølgekravene knytter seg blant annet til opparbeidelse av gang-/sykkelvei langs Gaustadalléen og under Ring 3 i Gaustadalléen, oppgradering av eksisterende gang-/sykkelveibro over Ring 3, opparbeidelse av gang- og sykkelvei fra Klaus Torgårds vei og under Ring 3 ved Universitetskrysset, og opparbeidelse av gang-/sykkelvei langs rampe ved Ring 3 (fra Slemdalsveien til gang-/sykkelvei 1), se figur under.



Figur 3: Rekkefølgegravene som omtales særskilt i dokumentet er vist med blå (flomsikringstilak i Sognsvannsbekken og turveibro B5 i øst).

Det er på det rene at antallet gående og syklende vil øke som følge av sykehusutbyggingen og at tilrettelegging for myke trafikanter er viktig for prosjektet. På nåværende tidspunkt er imidlertid ikke sykehusutbyggingens bidrag til trafikkøkningen for myke trafikanter avklart. Prosjektet er derfor i ferd med å utrede behovet for tiltak knyttet til denne trafikkgruppen, noe som også er i sykehusets interesse. Dersom disse undersøkelser viser at det er behov for tiltak som skapes av sykehusutbyggingen – utover latente behov – vil tiltak bli vurdert. Den nærmere vurderingen av lovligheten av det enkelte tiltak må derfor avvæntes inntil utredninger er foretatt. Dersom det viser seg at trafikkøkningen er innenfor kapasiteten i eksisterende gang-/sykkelveier, vil ikke mertrafikken utløse et behov for opparbeidelse/oppgradering av gang-/sykkelveien, og rekkefølgegravene om dette vil da være ulovlige. Først dersom det avklares at behovet for opparbeidelse/oppgradering av gang-/sykkelveier har *relevant og nær sammenheng* med sykehusutbyggingen, vil rekkefølgegravene kunne være lovlige.

I denne sammenheng gjentas at kommunens målsetning om en generell oppgradering og standardheving av gang-/sykkelveinettet, herunder oppgradering i tråd med Oslos gatenormal for sykkelvei med fortau, i seg selv ikke kan anses for å ha en tilstrekkelig relevant og nær sammenheng med sykehusutbyggingen og virkningen på nærområdet, og vilkårene i plan- og bygningsloven § 12-7 nr. 10 vil ikke være oppfylt. Med andre ord, evt. rekkefølgegrav om oppgradering av gang-/sykkelveinett kan ikke gå utover det som er nødvendig for å innfri behovet.

2.2.2 Opparbeidelse av turveibro B5

PBE har foreslått rekkefølgegrav som går ut på at før det gis midlertidig brukstillatelse for felt 21, 24, 25, så skal gang-/sykkelvei 8 (del av turveibro) og turvei (gangbro) over Ring 3 utenfor planområdet ved Domus Athletica (S-4134) være opparbeidet.

Turveibroen over Ring 3 ved Domus Athletica og øst for McDonalds inngår i kommuneplanens arealdel som et element i et fremtidig turdrag for turvei B5. I tillegg til å inngå som en del av et fremtidig

turdrag i kommunen, vil etablering av broen dekke et behov for gang- og sykkeltrafikk til/fra Livsvitenskapsbygget som er under bygging rett sør for turdrag/turvei B5 samt gang- og sykkeltrafikk i forbindelse med utvidelse av Blindern videregående skole.

Etablering av turveibro vil dekke mer generelle behov og ønsker for nærområdet, og turveibroen inngår ikke i noen del av gang-/sykkelveinettet som betjener sykehuset og vil ikke være nødvendig for å betjene sykehuset. Den aktuelle broen er plassert ca. 650 meter fra den nye hovedinngangen til sykehuset, og mellom broen og sykehuset er det allerede tre etablerte krysningspunkter for myke trafikanter over/under Ring 3. Behovet er derfor allerede godt dekket og utvidelsen av sykehuset påvirker dermed ikke behovet for den aktuelle broen. Realiteten er at turveibroen vil dekke behov som ikke har noe med sykehuset   gjøre og broen har etter forslagsstillers mening derfor ingen relevant og n r sammenheng med utvidelsen av sykehuset. Forslagsstiller kan ikke se at vilkårene i plan- og bygningsloven   12-7 nr. 10 er oppfylt.

Etter vår vurdering er det ikke rettslig grunnlag for foreslåtte rekkefølgekrav om opparbeidelse av turveibro over Ring 3, og vi anmoder PBE om å frafalle rekkefølgekravene.

2.2.3 Avbøtende tiltak for flom i Sognsvannsbekken

PBE har foreslått følgende rekkefølgekrav i detaljreguleringsplanen for Gaustad sykehusområde/Nye Rikshospitalet:

«F r det gis midlertidig brukstillatelse innenfor Felt 21 skal det være gjennomført nødvendige avbøtende tiltak for flom fra Sognsvannsbekken.»

Rambøll har på vegne av prosjektorganisasjonen til Helse Sør- st RHF utført en flomanalyse i vassdraget Sognsvannbekken. Analysen viser at sykehusutbyggingen i praksis ikke vil påvirke vannstanden i bekken, hverken ved 200-års eller 1000-årsflom. En beregnet økning av vannlinjen med ca. 5 cm er innenfor påregnelige feilmarginer for analysen og derfor ikke å regne med. Fagrapport vedrørende overvannshåndtering viser dessuten at Sognsvannsbekken vil bli tilført vesentlig mindre overflatevann fra sykehusområdet etter at utbyggingen med avbøtende tiltak er gjennomført.

Analysen av Sognsvannsbekken avdekket imidlertid at det allerede i dag er behov for tiltak knyttet til eksisterende boligbebyggelse langs bekken vest for planområdet. På grunn av manglende kapasitet i kulvert under Ring 3 vil det ved 200- og 1000-årsflom dannes vannspeil nord for kulverten, med en vannstand 1,90 meter opp på husveggen til tilgrensende bebyggelse. Det foreligger med andre ord et aktuelt behov for å analysere vassdraget i sin helhet uavhengig av sykehusprosjektet. Sognsvannsbekken renner sørover gjennom Vinderen. Ved Frøen løper Sognsvannsbekken sammen med Gaustadbekken, og etter samløpet kalles den for Frognerelva. Behovet for å analysere vassdraget i sin helhet eksisterer allerede i dag og er helt uavhengig av sykehusutbyggingen. At problemet er avdekket gjennom konsekvensutredningen innebærer ikke at sykehusets ansvar blir utvidet. Ansvaret for videre utredning av flomsituasjonen og ansvaret for eventuelle avbøtende tiltak ligger hos ansvarlige fagmyndigheter.

Behovet for å utredning av vassdraget – og eventuelle avbøtende tiltak – utløses ikke av sykehusutbyggingen. Rambølls flomanalyser viser at sykehuset ikke vil ligge flomutsatt og at Sognsvannsbekken vil bli tilført *vesentlig* mindre vann fra sykehusområdet enn tilfellet er i dag. Det foreligger derfor ikke tilstrekkelig relevant og n r sammenheng mellom sykehusutbyggingen og avbøtende tiltak for flom fra Sognsvannsbekken, og nødvendighetskriteriet vil ikke være oppfylt. Videre

fremstår det også som uklart om dette er tiltak som kan gjennomføres innen rimelig tid, jf. punkt 6.5.10 i Kommunal- og moderniseringsdepartementets reguleringsplanveileder som det er vist til i **punkt 2.1** ovenfor.

Vi peker også på at rekkefølgekravet, slik det nå er formulert, fremstår uklart med hensyn til omfang. Det er av vesentlig betydning at et rekkefølgekrav knyttet til avbøtende tiltak for flom fra Sognsvannsbekken ikke forsinkes gjennomføringen av sykehusutbyggingen.

Vi kan ikke se at det er rettslig grunnlag for det foreslåtte rekkefølgekravet som knytter seg til avbøtende tiltak for flom fra Sognsvannsbekken, og vi anmoder PBE om å frafalle rekkefølgekravet.

Konklusjon.

På bakgrunn av redegjørelsen over mener vi at supplerende rekkefølgekrav tilknyttet flomsikring i Sognsvannsbekken og turveibro B5 over Ring 3 ikke skal innlemmes i planforslaget. Vi mener også at de avbøtende tiltakene innlemmet i planforslaget sikrer Sognsvannsbekken med kantsone i tilstrekkelig grad.

Med vennlig hilsen

Lars Syrstad

Planrådgiver for nye sykehus på Aker og Gaustad

for Helse Sør-Øst RHF

M +47 93243034

lars.syrstad@ramboll.no

Rambøll

Harbitz Torg 5

Postboks 427 Skøyen

0213 Oslo

<https://no.ramboll.com>



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 30.04.2021 kl.15:35
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NTYZ
Innsendt av: Hans Erik Heier
E-postadresse: heheier@online.no
Mobilnummer: 95938794

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Jeg sender inn uttalelse fra arbeidsgruppen Redd Rikshospitalet - Rikshospitalets Venner. Se vedlegg.
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (RR-RVs merknader til reguleringsplanen.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Redd Rikshospitalet - Rikshospitalets Venner
Eventuelt v/ eller c/o-navn c/o Hans Erik Heier
Adresse Toppen 12
Postnummer 1169 OSLO
E-post heheier@online.no

REDD RIKSHOSPITALET – RIKSHOSPITALET'S VENNER

Redd Rikshospitalet- Rikshospitalets Venner er en gruppe som arbeider for å bevare Rikshospitalet som hele landets spesialsykehus for transplantasjoner, sjeldne tilstander og særlig krevende behandlingsformer. Leder er Hans Erik Heier, Toppen 12, 1169 Oslo, e-mail heheier@online.no

Oslo Kommune, Plan-og Bygningsetaten

post@oslo-kommune.no

Oslo, 30/4-2021

Merknader til sak 201704683-321 Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalléen 34

Helse Sør-Øst ønsker å legge ned Ullevål sykehus og samle regionfunksjonene for helseregion sør-øst i ett sykehus på Rikshospitalets tomt på Gaustad. Redd Rikshospitalet – Rikshospitalets Venner (RR-RV) mener at planene vil ha negative konsekvenser for sykehuskapasiteten i Oslo, for Rikshospitalets helsefaglige landsfunksjoner, for arbeidsmiljøet ved sykehuset, for lokalmiljøet på Gaustad og for sikkerheten ved sykehuset ved brann og fare for infeksjonsspredning. Vi vil derfor gå imot at de godkjennes. Vi begrunner dette nedenfor.

1. Rikshospitalets landsfunksjoner. Rikshospitalet (RH) er hele landets spesialsykehus for bl.a. organtransplantasjoner, sjeldne tilstander og særlig krevende behandlingsformer. RH er i prinsippet et *elektivsykehus*, der store deler av virksomheten er *planlagt på forhånd*, men det har også akuttfunksjoner knyttet til sine spesialoppgaver.

Ved nye OUS skal store deler av Ullevåls lokal- og akuttisykehusoppgaver samlokaliseres med RHs landsfunksjoner. Dette fører til redusert kapasitet for landsfunksjonene, og vi finner det meget bekymringsfullt at plassbehovet for disse ikke er fremskrevet i Rapport om dimensjoneringsgrunnlaget ved OUS 2017-2035.

Helseministeren har uttalt at disse oppgavene skal spres ut over landet. Dette vil føre til *redusert kvalitet og økte kostnader*, fordi de enkelte sentra blir for små til rasjonell drift og forskning på høyt faglig nivå. Vi vil på det sterkeste tilbakevise at så spesialiserte og krevende oppgaver kan ledes og kvalitetssikres via telemedisin. Dessuten har både forskning og praktisk erfaring vist at det er lite gunstig å samlokalisere avanserte elektive oppgaver med generelle akuttfunksjoner.

Siden det ikke foreligger virksomhetsplaner for OUS på Gaustad, kan heller ingen gjøre rede for hvordan landsfunksjonene er tenkt ivaretatt. Planene for OUS på Gaustad ser derfor ut til å innebære at RH i sin nåværende form blir avvirket. «Nye Rikshospitalet» på Gaustad blir et

prinsipielt annerledes og mindre fokusert sykehus enn dagens RH. Dette har alvorlige konsekvenser for kvaliteten på de landsfunksjonene som i dag er tillagt RH.

2. Sykehuskapasitet forøvrig. Sengetallet ved norske somatiske sykehus er redusert fra ca. 22 000 i 1978 til ca. 11 000 i dag. Nye OUS vil gi ytterligere reduksjon, selv om det endelige tallet foreløpig er uklart. Kravet til effektivitet ved nye OUS økes betydelig i forhold til i dag, med betydelig redusert gjennomsnittlig liggetid.

Planene forutsetter at ca. 30% av liggedøgnene skal være «hjemmesykehus», der pasientene overvåkes i hjemmet med sensorer og nettforbindelse til OUS. Her forskutteres gevinst av en teknologi og praksis som det er svært begrenset erfaring for til nå. I tillegg forutsettes det at Oslo kommune overtar ca. 50 000 av OUS' nåværende liggedøgn per år. Siden nye OUS skal ha regionfunksjoner og muligens også landsfunksjoner (se pkt.1), må en anta at også andre kommuner må overta liggedøgn, men dette er ikke spesifisert. Hverken Oslo eller andre kommuner har planlagt eller finansiert institusjoner som kan påta seg liggedøgnene som planene for OUS forutsetter.

Å drive «hjemmesykehus» er mulig for noen pasientkategorier, men langt fra for alle. «Hjemmesykehus» bør fortrinnsvis anvendes der det finnes samboende omsorgsperson(er). I Oslo omfatter 47% av husholdningene én person, og andelen eldre i befolkningen vil øke. Mange vil ikke ha tilgang til omsorgspersoner, og «hjemmesykehus» vil da ofte være faglig og etisk uforsvarlig. Teknologi er avhengig av strøm og korrekt anvendelse (ikke alltid enkelt hvis man er syk) og erstatter aldri omsorgspersoner. Det viser seg også at langt fra alle – især eldre- har tilgang til Internett, og om de har det, er det ikke sikkert at de klarer å betjene det.

HSØ har erkjent at kapasiteten ved OUS vil bli for liten dersom Oslo-området forsetter å vokse som nå. Man ser da for seg å bygge et nytt sykehus i Oslo syd. Dette er ikke kostnadsvurdert, men virker merkelig når man har en ferdig regulert tomt med mer enn tilstrekkelig størrelse på Ullevål.

Plassmangelen på Gaustad betyr også at det ikke er plass til alle Ullevåls oppgaver. Mest alvorlig er det at traumesenteret blir delt mellom Gaustad og Aker. Et traumesenter må holdes i stadig trim og ha tilstrekkelig omfang på virksomheten. Kanskje er truselen om kvalitetsreduksjon størst for traumepasienter som kommer til Aker. Det er uheldig hvis Oslo får 2 traumesentra – hvor skal pasientene sendes?

Det virker merkelig at man velger å bygge OUS til enorme kostnader på en trang og utilstrekkelig tomt på Gaustad når man har en mer enn stor nok og ferdig regulert tomt på Ullevål og erkjenner behov for utvidelse etter 2035. Helsefaglig kvalitet synes ikke tilstrekkelig ivaretatt, ikke minst på grunn av den sterke satsingen på «hjemmesykehus».

3. Forholdet til Gaustad psykiatriske sykehus (GPS). GPS ble anlagt omkring 1850 som Europas trolig fremste og mest humane institusjoner for mennesker med tunge psykiatriske lidelser. GPS ligger i en grønn lunge, avsondret, men ikke avstengt, fra omverdenen, ideelt egnet for slike pasienter også i vår tid. Planene for nye OUS innebærer at GPS blir lagt ned og tatt i bruk til administrasjonen ved OUS. Pasientene flyttes til «effektive opphold» i en høyblokk på Aker sykehus, tett inntil det støyende Sinsenkrysset. Fra et medisinsk-etisk synspunkt er dette en provokasjon som burde vært avvist som uakseptabel. GPS burde i stedet rehabiliteres som psykiatrisk institusjon på høyt nivå, kanskje som landsinstitusjon på linje med hele landets spesialsykehus RH på den andre siden av Sognsvannsveien. Det er underlig at ingen ser ut til å ha tenkt på å gjøre GPS til RHs psykiatriske sykehus og oppgradere det til et psykiatrisk forskningssykehus i verdensklasse, i fortsettelse av tradisjonen fra 1850.

Innlemmelse av GPS for å skaffe plass til RHs administrasjon er et overgrep mot mennesker med tunge psykiatriske lidelser. GPS burde i stedet rehabiliteres til en førsteklasses psykiatrisk institusjon, evt. som en administrativ del av RH.

4. Arkitektur. Sykehus er signalbygg. Måten de utformes på, forteller mye om hvordan samfunnet tenker om mennesker som har behov for helsehjelp. Vinnerutkastet til nytt Rikshospital på Gaustad (1992) bar navnet «Det humanistiske sykehuset». Arkitektene «ville skape fysiske omgivelser som inngir tillit og trygghet for de mennesker som bruker sykehuset --- et miljø formet av mennesker for mennesker, som en levende og vakker "by", ikke en behandlingsmaskin".

Professor Ole Fyrand ved RH formulerte det slik: "Det skulle således ikke være teknikken, men humanismen som skulle gi arkitekturen dens uttrykk." (Sitater fra boka «De tre riker» (2001)).

Dagens RH er et arkitektonisk mesterverk. Det "kryper" inn i terrenget med lavblokkene sine, omgitt av grønne lunger og mye lys. Det balanserer perfekt mot lavblokkene på Gaustad psyk. sykehus på andre siden av Sognsvannsveien. Sykehuset gir et avstresset inntrykk og hilser pasientene velkommen til et opphold der de både behandles vitenskapelig og ivaretas som mennesker. Budskapet tydeliggjøres av statuen av tre sykepleiere ved innkjørselen: de uttrykker at medisin er mer enn naturvitenskap, økonomi og effektivitet; *medisin er også omsorg, varme og kunst.* Arkitektene Winsnes og Hovland har anmodet Byantikvaren om å føre dagens RH på gul liste; saken er foreløpig ikke behandlet hos Byantikvaren.

Slik tenkes det ikke i planene for nye OUS på Gaustad. Der er teknologien satt i sentrum, ikke humanismen. Et stort internseminar i januar 2020 hadde overskriften «Teknologi til nye høyder. Bli med på reisen til nye OUS!» Nye OUS må bygges i høyden og anta den vertikale organisasjonens maktuttrykk. Hele den arkitektoniske grunnideen for RH blir ødelagt, og man får i stedet en behandlingsmaskin som gir et brutalt «Ovenfra-og-nedad»-signal.

Høyden på høyblokkene blir på nivå med rådhusårnene. Høyden blir 2,5 ganger høyden på en 8-etasjers boligblokk. Høyblokkene blir dessuten bygd på et høydedrag, hvilket er imot Oslos vedtatte høyhusstrategi. Alternativet, å rehabilitere Ullevål med lavblokker og beholde RH uendret, har Helse Sør-Øst nektet å utrede, enda investeringene trolig blir betydelig lavere. Har planleggerne glemt at sykehus er et sted der mennesker skal arbeide med engasjement for medmennesker, og at trivsel hos både ansatte og pasienter er en viktig forutsetning for gode resultater?

Arkitekturen for nye OUS på Gaustad gjør at sykehuset ikke lenger fremstår som humanistisk, men snarere som antihumanistisk og teknokratisk. Arkitektur forteller om en institusjons grunnverdier, enten ledelsen ser det og liker det eller ikke. Høyblokkene bygges på et høydedrag, imot Oslos høyhusstrategi.

5.Miljøavtrykk. I Klimameldingen sier Regjeringen at CO₂-utslippene i ikke-kvotepiktig sektor skal kuttes med 45% innen 2030. Bygg- og anleggssektoren står for 7% av disse utslippene. I meldingen står det (Kapitel 3.1.2.4):

«Regjeringa vil sjå på endringar i byggteknisk forskrift med eit breitt miljøperspektiv. Statlege etatar skal leggje stor vekt på miljøgevinstane ved ombruk av allereie utbygde areal og noverande bygningar og på å vere lokaliserte nær bysentrum og kollektivknutepunkt. Det kan gi utsleppsreduksjonar knytte til energi- og materialbruk og transport.»

Planforslaget mangler henvisning til Klimameldingen. Byggeplanene på Gaustad forutsetter at betydelige deler av dagens RH blir revet før man kommer i gang med å bygge det nye sykehuset. Dette gir tap av fullt brukbare materialer og betydelige CO₂-utslipp. Planene fører også til at en rekke høykvalitetsbygninger på Ullevål blir revet eller må erstattes av nybygg på Gaustad, med store CO₂-utslipp til følge: *Kreft- og isolatsenteret*, som bl.a. inneholder et infeksjonsisolat bygd etter høyeste internasjonale normer og avansert utstyr for kreftbehandling; *Sentralblokken med akuttmottaket*, som er oppgradert til traume- og akuttmottak på verdensnivå; *Laboratoriebygget*, som er meget fleksibelt og funksjonelt og dessuten fredet.. Dette er ikke i tråd med Regjeringens egen Klimamelding, men spørsmålet drøftes ikke i planforslaget.

Høyblokkene vil dominere miljøet i lokalområdet på en lite gunstig måte. Naboer har dannet aksjonsgrupper på denne bakgrunnen (Redd Krokodillebukta, f.eks.). Høyblokkene vil også gi et unødig dominerende inntrykk på avstand. De blir bygd på et høydedrag, i konflikt med Oslo kommunes høyhusstrategi.

Helikopterplattformene er planlagt på toppen av høyblokkene. Uansett helikoptertype, vil dette føre til mye støy nedover i etasjene. Om dette i det hele er forenlig med de nye ambulanshelikopternes voldsomme støy- og vinddannelse, er ikke avklart.

Nye OUS på Gaustad vil ligge lengre unna bysentrum enn Ullevål. Bydelene i Oslo sør-øst får lengre avstand til sitt lokalsykehus enn i dag.

RR-RV mener at miljøavtrykket alene er nok til å kreve at reguleringsforslaget må avvises og alternativ til planene utredes skikkelig, ikke bare i form av «belysning».

6. Arbeidsmiljø. Pasientmiljø. Nye sykehus bygges som regel utenfor eksisterende sykehus slik at driften ikke påvirkes i byggeperioden. Nye OUS skal derimot bygges på RHs nåværende tomt mens sykehuset skal være i fulldrift. Det vil bli riving, sprenging, graving og byggestøy kontinuerlig i mer enn 10 år. En rekke interne rokkeringer vil legge beslag på de ansattes tid. Spesielt vil vi peke på at Barneintensivavdelingen vil bli sterkt forstyrret av rivingen av C-fløyen, som er nødvendig for å komme i gang med byggingen. Å drive Norges mest avanserte sykehus under slike forhold er i seg selv så krevende at prosjektet burde vært skrinlagt alene av den grunn.

Fra samtlige fagforeninger ble det 15.april 2021 sendt bekymringsmelding til adm.dir. ved OUS. Man peker på at det er satt av for liten plass til operasjonsstuer, skopirom, røntgen og andre støttefunksjoner, forskningsarealer, sykehotell mv. Det er ikke satt av arealer til legekontorer; legene forutsettes å ha med seg bærbar skjerm som kan kobles til der det måtte finnes en sitteplass. Legene vil måtte bestille rom til samtale med pasienter, og det er ikke klart om det er satt av nok arealer til slike rom. Areal situasjonen er i det hel tatt svært bekymringsfull og burde avstedkomme pause i planleggingen slik at løsninger og alternativer kan utredes skikkelig. Det er åpenbart at de ansattes tillit til ledelsen er tynnslett.

OUS har 2500 studenter i ulike helseprofesjoner. Planforslaget inneholder lite konkret om hvordan behovet for auditorier, kurssaler, lesesaler mv. er tenkt ivaretatt. Vi antar at medisinstudentenes behov et stykke på vei imøtekommes ved samarbeid med UiO, men man vil også ha ulike studentgrupper fra bl.a. OsloMet som det skal skaffes plass til.

Støy- og støvplagene vil selvsagt også ramme pasientene.

Prosjektet innebærer en lang rekke vanskelige og uløste problemer for de ansattes og studentenes arbeids- og læringsmiljø.

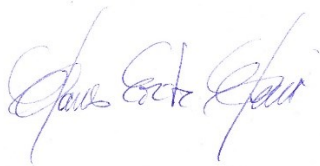
7. Sikkerhet. Jo høyere blokker, desto vanskeligere vil det være å få pasientene ut ved brann. Vi kan ikke se at brannsikkerhet er viet oppmerksomhet i planforslaget. Så trangt som det vil være på tomte, vil det også bli svært krevende for redningsmannskaper å komme til høyblokkene. Bygger man derimot sykehuset som en samling lavblokker, som foreslått for Parksykehuset Ullevål, vil det være langt enklere å isolere brannen og å få pasientene ut.

Nye OUS på Gaustad skal være Norges fremste epidemisykehus. Den nåværende pandemien har vist at landet på kort varsel kan bli stilt overfor store smitteutfordringer. Intensivkapasiteten er uavklart. Mulighet for å isolere pasienter og hindre smittespredning i sykehus blir avgjørende viktig. Sjakter og korridorer i de kompakte og sammenvevde høyblokkene vil utgjøre spredningstrusler som bare kan nøytraliseres med avansert teknologi – så lenge den faktisk virker. Strømbrydd kan være nok til at smitten spres. Bygges derimot sykehuset som lavblokker forbundet med avstengbare kulverter og broer, som foreslått for Parkspsykehuset Ullevål, har man et naturlig spredningsvern som IKKE er avhengig av avansert teknologi.

Nytt OUS på Gaustad vil gi et sykehus med suboptimal sikkerhet for brann og infeksjonsspredning i forhold til lavblokkalternativet Parkspsykehuset Ullevål.

Denne uttalelsen er sirkulert i arbeidsgruppen, som har gitt enstemmig tilslutning.

For arbeidsgruppen Redd Rikshospitalet – Rikshospitalets Venner



Hans Erik Heier

leder

Politisk behandling av:

Innbyggerforslag av 09.09.2020 - Redd Gaustadskogen

Sak	Utvalg	Møtedato
85/21	Byutviklingsutvalget	14.04.2021

Byutviklingsutvalgets vedtak:

Innbyggerforlaget sendes til byrådet som ledd i pågående plansak.

Byutviklingsutvalgets behandling:

FORSLAG:

Utvalgsleder Hermann Kopp på vegne av utvalget fremmet følgende forslag:

Innbyggerforlaget sendes til byrådet som ledd i pågående plansak.

Votering:

Utvalgets forslag ble enstemmig vedtatt.

Saken gjelder:

Innbyggerne i Oslo kommune kan fremme forslag som gjelder kommunens virksomhet. Bystyret skal ta stilling til et forslag dersom minst 300 innbyggere står bak forslaget.

I samme valgperiode kan det ikke fremmes forslag dersom dette har samme innhold som et tidligere innbyggerforslag eller samme innhold som en sak som er behandlet av bystyret i løpet av valgperioden.

Saken ble fordelt til byutviklingsutvalget av forretningsutvalget 05.10.2020, sak 252.

Bystyret skal ta stilling til forslaget senest seks måneder etter at det er fremmet. Tidsfristen gjelder ikke hvis forslaget blir oversendt til behandling i forbindelse med en pågående plansak etter plan- og bygningsloven.

Regelverk: kommuneloven § 12-1

Anne Grønlund, på vegne av initiativtakerne, har fremmet følgende forslag:

Redd Gaustadskogen!

Skriv under her for å protestere mot at byggingen av nytt sykehus på Gaustad skal få ødelegge Gaustadskogen. I planleggingen av nytt storsykehus på Gaustad har Helse Sør-Øst vist seg villig til å ofre et viktig friområde til fordel for brakkerigg, tungtrafikk og helikopterlandingsplass. Denne inngangsporten til marka er Rikshospitalets nærmeste nabo, og slike planer vil medføre at skogen blir ødelagt som turmål og rekreasjonsområde langt fram i tid – noen deler for alltid. Det er også et klart brudd med en sentral målsetning i Oslos kommuneplan om å styrke Oslos grøntområder. Inngangen til Gaustadskogen er et verdifullt kulturlandskap som leder opp til den folkekjære bålplassen Krokodillebukta. Barnefamilier, barnehager og skoler er spesielt flittige brukere av området, og flere generasjoner barn vil miste muligheten til å utfolde seg og utvikle seg i denne skogen dersom slike planer realiseres. Stengt markatilkomst fra øst, anleggstrafikk og anleggsområde i Gaustadskogen vil også påvirke de mange som har dette som sin inngangsport til marka, sommer som vinter. I sum blir marka mindre tilgjengelig. Gaustadskogen er definert som «stille område» i kommuneplanen. Med ny landingsplass og en dobling av helikoptertrafikken vil hele

skogen ende opp som støysone. Vi aksepterer ikke at friområdene benyttes til bygg- og anleggsområde, eller at svært viktige turmål i Gaustadskogen blir utilgjengelige på grunn av anleggstrafikk og støy gjennom en langvarig byggeperiode over flere år, kanskje tiår. Vi aksepterer heller ikke at dagens landskapskvaliteter går tapt for alltid og at store deler av friområdet ender opp som støysone. Oslo har ikke flere grønne lommer å miste! Vi ber om at

Gaustadskogen vernes mot negative konsekvenser av utbygging, inkludert: *

Friområdene vest for Sognsvannsbekken ikke skal brukes til anleggsvirksomhet av noe slag. * Grøntdraget skal beskyttes mot nedbygging, ikke reduseres eller forringes. *

Gaustadskogen skal beskyttes mot støypåvirkning. * Det må sikres trygg og tilgjengelig adkomst til friområdene fra både sør og øst under eventuelle byggeperioder.

Vedlegg:

BYUV - Innbyggerforslag av 09.09.2020 - Redd Gaustadskogen

FUV, 05102020, 252, Innbyggerforslag av 09.09.2020 Redd Gaustadskogen

Notat 252/2021 - Redd Gaustadskogen - Svar på anmodning om kommentar til innbyggerforslag av 09.09.2020

HØRINGSUTTALELSE TIL PLAN- OG BYGNINGSDETATEN VEDRØRENDE PLANENE FOR GAUSTADALLEEN 34

Som faglig interesseorganisasjon, stiftet 1980, til fremme for bedre og mer helhetlig behandling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, er vi relevante interessenter i det som planlegges for nabotomten til Gaustad Sykehus.

Vår faglige oppfatning er at denne viktige pasientgruppens interesser, nå og i fremtiden, ivaretas best innenfor de rammene som Gaustad Sykehus (og den psykiatriske avdelingen på Ullevål Sykehus) i dag representerer.

1. Derfor vil vi sterkt gå inn for alternativ 0 – videreføring av eksisterende situasjon, også omtalt som utredningsalternativet. Vi savner en drøftelse av den alternative planen Parksykehuset.
2. Vi savner også en drøftelse av de konsekvensene for den demografiske utviklingen i Oslo de neste tiårene, med hensyn til behovet for døgnbehandlingsplasser. Planens bemerkninger om forventet øket behandling i hjemmet og ved hjelp av teknologiske hjelpemidler er fullstendig urealistisk når det gjelder psykiatriske lidelser.
3. Skulle det tross alle helsefaglige innvendinger bli en utbygning, er alternativ 2 B, byantikvarens alternativ, klart det beste, fordi det i mindre grad enn de øvrige vil forringe det fysiske miljøet for pasientbehandling på Gaustad Sykehus.
4. Det er viktig at byggehøyden blir så lav som mulig.
5. Det er viktig at naturområdet på alle sider av de fredete og de bevaringsverdige bygningene på Gaustad Sykehus ikke blir berørt.

For Majorforeningen av 1980

Svein Haugsgjerd, Susanne Engell, Sidsel Gilbert, Per Johan Isdahl



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 01.06.2021 kl.14:42
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QKGZ
Innsendt av: Kirsti Johanne Ellefsen
E-postadresse: kirsti.ellefsen@gmail.com
Mobilnummer: 92433277

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

FAU Vinderen skole v/leder Kirsti Ellefsen
Vinderen skole
Haakon den Godes vei 17
0373 Oslo
Oslo, 28. Mai 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune

Uttalelse til planforslaget – saksnummer 201704683

Gateparkering og trafikkbelastning

Det nye storsykehuset på Gaustad blir antagelig Oslos største arbeidsplass. En stor del av arbeidsstokken vil bruke bil til Gaustad, enten det er tilrettelagt for parkering eller ikke. FAU oppfatter at det legges det opp til en relativ reduksjon av parkeringsplasser i forhold til i dag. Vi frykter at få parkeringsplasser for ansatte, pasienter og pårørende vil føre til økt press på gateparkeringen i Vinderen skolekrets. Vi ser at gateparkeringen fører til mye trafikk i tidsrommet rundt skolestart. En høy andel av veiene som brukes som skolevei til og fra Vinderen skole er typiske boliggater uten fortau. Sykehusansatte har sjelden fleksitid, og flere bilister på jakt etter parkeringsplasser om morgenen, gjerne under tidspress, bidrar ikke til tryggere skoleveier. Det fryktes i stedet en økning i farlige situasjoner og i verste fall ulykker.

Vi ser med spesiell bekymring på anleggsfasen da vi forstår at en stor del av parkeringsplassene på Rikshospitalet skal fjernes uten at det er planlagt erstatningsparkering.

Mange av elevene som går på Vinderen skole må passere Vinderenkrysset. Her har foreldre stått trafikkvakter i årevis fordi



dette er et svært trafikkert og uoversiktlig kryss. Vi frykter en trafikkøkning til det nye storsykehuset, spesielt i morgenrushet, vil forverre situasjonen i Vinderenkrysset ytterligere, med alvorlige ulykker som ytterste konsekvens. Tidligere i våres tok FAU ved skolen initiativ til en underskriftskampanje for å en utbedring av Vinderenkrysset (<https://minsak.no/sak/2329>). Den store utbyggingen på Gaustad bør ikke iverksettes før Vinderenkrysset er sikret for de minste og mest sårbare i trafikken.

Bidraget fra Gaustadutbyggingen vil komme på toppen av bidraget fra Livsvitenskapsbygget som allerede er under oppføring, både når det gjelder gateparkeringen og situasjonen i Vinderenkrysset.

Markainngangen

Vinderen skole er en flittig bruker av markainngangen vest for Rikshospitalet, både som utfluktsmål og som utgangspunkt for turer videre inn i marka. Gaustadskogen er vår nærskog. Det er viktig at den framtidige markainngangen er utformet slik at gående sikres mot annen trafikk, for eksempel at gangveien er tilstrekkelig atskilt fra ambulanseadkomsten og innkjøringen til akutten vest for det H-blokkene.

Ris utvides nå til en ni-parallell med underkapasitet på kroppsøvingslokaler fram til 2030-2031. Det er derfor ekstra viktig at sikker adkomst til marka opprettholdes gjennom hele anleggsfasen, og at anleggstrafikk, støv og støy ikke legger en begrensning på bruken av området.

Med vennlig hilsen
Kirsti Ellefsen
På vegne av FAU ved Vinderen skole

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?	Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe	FAU Vinderen skole
Eventuelt v/ eller c/o-navn	Kirsti Ellefsen
Adresse	Haakon den Godes vei 17
Postnummer	0373 OSLO
E-post	kirsti.ellefsen@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 02.06.2021 kl.15:41
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QKUZ
Innsendt av: Unni Eriksen
E-postadresse: unerikse@online.no
Mobilnummer: 91668871

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Bystyret har som målsetting å bevare og styrke byens blågrønne struktur, men foreliggende planforslag følger ikke opp dette. Utbyggingsarealet på Gaustad er for knapt og byggeprosjektet for plasskrevende.

Det går ut over Sognsvannsbekken og fører til terrengendringer, inngrep og anlegg i bekkens 20 meter-belte. Det er i strid med Kommuneplanenes retningslinjer og bestemmelser og kan skade Sognsvannsbekken og Frognervassdraget som allerede er svekket og meget sårbart fra før. På dette stadium i planprosessen er heller ikke alt ferdig utredet og er overlatt til framtidig detaljering, for sent til å gi gode løsninger. Det øker usikkerheten og vår bekymring for Sognsvannsbekken ytterligere.

Vi protesterer derfor mot Planforslag for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde og fraråder det på det sterkeste pga. de negative konsekvensene det kan få for Sognsvannsbekken og Frognervassdragets miljøkvaliteter og biologiske mangfold både på kortere og lengre sikt.

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (Nye Rikshospitalet på Gaustad - Uttalelse fra Frognervassdragets venner 02.06.2021.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjonsnr. 924019212

Firmanavn Frognervassdragets Venner

Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune: postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Deres ref.: PBE saksnr. 201704683

02.06.2021

Planforslag for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde: Uttalelse fra Frognervassdragets venner

VIKTIG PREMISS 1: Bystyrets målsetting «Oslo skal bevare og styrke sin blågrønne struktur»!

Byøkologisk program 2011-2026 uttrykker bystyrets målsettinger for en miljøvennlig og bærekraftig byutvikling. Her heter det i punkt 5: «Oslo skal bevare og styrke sin blågrønne struktur.» Den blågrønne strukturen er også et tema i Kommuneplan 2015 (*Kommuneplan 2015: Oslo mot 2030 – Smart, trygg og grønn. Juridisk arealdel / Oslo bystyre 23.09.2015*). Et av målene her er: «Sikre og videreutvikle areal for blågrønn struktur for å tilrettelegge for rekreasjon, naturmangfold, klimatilpasning og god tilstand i sjø og vassdrag.»

Stilt overfor dagens befolkningsvekst og utbyggingspress er arbeidet for å verne og styrke byens blågrønne struktur viktig som aldri før, og det er viktig at myndighetene følger opp med en klar og konsekvent praktisering av sine målsettinger og bestemmelser i berørte byggesaker. Det kan handle om en byggesøknad skal bli godkjent eller ikke.

Planområdet for Nye Rikshospitalet på Gaustad grenser i vest til Sognsvannsbekken, Frognervassdragets hovedløp i nord. Sognsvannsbekken kommer fra Sognsvann, den følger markagrensen et lite stykke og går videre gjennom flere områder med småskog og grønt på sin ferd sydover. Den får tilsig fra flere mindre bekker underveis og kalles etter hvert Frognereelven. Den renner til slutt ut i Frognerkilen. Frognervassdraget er et av Oslos 10 hovedvassdrag.

→ Oslo Elveforum v/Frognervassdragets venner protesterer mot prosjektet for «Nye Rikshospitalet» på Gaustad. Tilgjengelig tomteareal der er i knappeste laget. Det fører til press mot omgivelsene og gir løsninger som går ut over hensynet til Sognsvannsbekken og som bryter med bystyrets målsetting for den blågrønne strukturen. Byggearbeidet vil pågå i mange år og kan få negative følger for Sognsvannsbekken og Frognervassdraget både på kort og lang sikt.

VIKTIG PREMISS 2: Retningslinjer og bestemmelser for vassdrags hovedløp i Kommuneplan 2015

Utbygger viser i sitt planforslag (s. 16-17) til føringer fra overordnede planer bl.a. i Kommuneplan 2015, men foreslår samtidig anlegg og inngrep som klart er i strid med den samme kommuneplanen. Utbygger unnlater å vise til de konkrete bestemmelsene og føringene i kommuneplanen som omhandler sentrale forhold i denne saken:

§13.3 Vassdrag: Retningslinjer

«Innenfor en sone på minimum 20 meter fra vannkant for hovedløp (...) bør det ikke oppføres ny bebyggelse, nye anlegg eller gjøres vesentlige terrenginngrep.» *Kommuneplan 2015 – Juridisk arealdel, s. 29*

11.1 Vassdrag

«... Områder inntil elver og bekker sikres gjennom retningslinjer for byggefritt belte på hver side av alle vassdrag på minimum 20 meter langs alle hovedløp ...» *Kommuneplan 2015 – Juridisk arealdel, s. 58*

→ I behandlingen av planforslaget er det viktig å undersøke om bestemmelsene i Kommuneplan 2015 følges opp når det gjelder tiltak i nærheten av Sognsvannsbekken. Vil det skje inngrep og terrengendringer i bekkens kantsone og i 20 meter- beltet fra bekkens vannkant, og hva med plassering av anlegg og/eller konstruksjoner i dette området? Man må også vurdere risikoen et så stort byggeprosjekt innebærer mht. uønskede og skadelige hendelser i forhold til Sognsvannsbekken med de negative konsekvensene dette kan få både for bekkens og vassdraget.

Iht. planprogrammet skulle en rekke tema undersøkes og konsekvensutredes. Rapportene er vedlagt planforslaget. I det følgende gjengir vi en del sitater fra noen av disse som omtaler forhold vi mener bør tas i betraktning i saken.

(1) PBE dok. 201704683.321.41 - Fagrappport. Anleggsfasen. Rambøll. 15.12.20

(2) PBE dok. 201704683.321.34 - Fagrappport. Naturmangfold. Rambøll. 15.12.20

(3) PBE dok. 201704683.321.35 - Fagrappport. Grønnstruktur. Rambøll. 27.01.21

(4) PBE dok. 201804683.321.23 - Samlerappport konsekvensutredning. Rambøll 27.01.21

Eksempler på tiltak og forhold som kan skade Sognsvannsbekkens nære kantsone, 20 meter-sonen og vassdraget:

1. Anleggs- og byggeaktiviteten kan føre til langvarige skader i Sognsvannsbekkens kantsone

«All anleggsaktivitet innebærer en risiko for forringelse av områder som planlegges bevart. Dette kan for eksempel være utilsiktet skade på store, gamle trær, i utkanten av skogholt og i kantsonen av bekker. [...] Anleggsbelter strekker seg vanligvis flere titalls meter fra selve elementene/installasjonene (f.eks. vei eller bygning), og må ofte omformes betydelig gjennom hogst, rydding, terrenginngrep og tyngre masse arbeider.» (1) s. 29

«Øst for Sognsvannsbekken grenser riggområdet til bekkens kantvegetasjon. Den vegeterte delen av kantsonen bevares i hovedsak slik den er i dag, men terrengendringer og midlertidig fjerning av kantvegetasjon er nødvendig i forbindelse med ny gangbro, rehabilitering av eksisterende bro og opprettelsen av vannspeil. Midlertidig fjerning og revegetering av vegetasjon kan medføre færre og endrede livsmiljøer både i kantvegetasjonen og i bekkens en periode på 20-50 år.» (1) s. 29

«Sognsvannsbekkens kantsone er av stor verdi, og antas å bli forringet i en lenge periode på grunn av inngrepene.» (1) s. 29

→ Byggeprosjekt skal gjennomføres innenfor et svært knapt tomteareal som i vest grenser mot Sognsvannsbekken, hovedløpet i et sårbart vassdrag. I dette tilfellet er vegetasjonen i Sognsvannsbekkens kantsone spesielt utsatt. Det vil skje terrengendringer og fjerning av vegetasjon pga. flere tiltak: ny gangbro, rehabilitering (ev. bygging) av bro og opprettelsen av vannspeil. I sum kan dette føre til en langvarig forringelse av vegetasjonen og forholdene i bekkens kantsone og 20 meter-belte, og livsmiljøet i og langs Sognsvannsbekken kan bli endret og svekket mange år fremover.

2. Det skal bygges en ny anleggsbro over Sognsvannsbekken for tungtransport til byggeplassen

«Det forutsettes at det må etableres en ny anleggsvei fra Ring 3 / Slemdalsveien over Sognsvannsbekken inkludert bygging av ny anleggsbro over bekkens. Anleggsvei og bro dimensjoneres for tungtransport slik at det legges til rette for større vareleveranser til byggeplassen.» (1) s. 20

«Adkomstveien fra vest er i konflikt med opprettholdelse av kantsonen.» (1) s. 23

«Det er grunnarbeidsperioden og råbyggsmontasjen som er de mest intensive periodene av anleggsgjennomføringen dersom man ser på aktivitetsnivået som påvirker omgivelsene, særlig i forhold til transportbehov til og fra byggeplass, samt spredning av støv og støy fra anleggsområdene.» (1) s. 24

→ Det planlegges en ny (ev. forsterket) anleggsbro over Sognsvannsbekken for tungtransport og større leveranser til byggeplassen via adkomstveien fra vest. Arbeidet med broen vil medføre inngrep i Sognsvannsbekkens kantsone, og den hyppige tungtransporten på veien og broen vil spre støv og kan føre til forurensninger av Sognsvannsbekken.

3. Det planlegges å plassere store brakkerigganlegg i nærområdet til Sognsvannsbekken

«Grunnet prosjektets omfang er det behov for et betydelig omfang brakkerigger som monteres i 2-3 etasjer.» (1) s. 42

«Figur 10: Overordnet plassering av hovedriggområder etappe 1. Planalternativ 1A» (1) s. 17

«Det forutsettes at plasseringen og bruken av riggområdene tilpasses naturverdiene slik at inngrepene i anleggsfasen ikke forringer naturverdiene i større grad enn det som er nødvendig i forbindelse med utbyggingen.» (1) s. 23

→ Fig. 10 i planforslaget viser to store hovedriggområder i Sognsvannsbekkens nærområde øst for bekkens: Det ene utenfor byggene H2 – H4 i nord, det andre i syd, i skråningen nedenfor gangveien til dagens atkomsttorg. Brakkerigganleggenes nøyaktige størrelse og avstanden til bekkanten oppgis ikke, men det antydes at naturverdier vil bli forringet i sammenheng med plasseringen av disse. Vi frykter at rigganleggene på grunn av plassmangelen vil bli plassert for nær bekkens, slik at avstanden til bekkanten vil være mindre enn 20 meter, og at også terrenget nær og ovenfor bekkens vil bli justert i den forbindelse, dvs. at det også vil gjøres «vesentlige terrenginngrep» på stedet.

4. Det er fare for skadelig avrenning til og forurensning av Sognsvannsbekken

«De miljømessige konsekvensene ved avrenning til Sognsvannsbekken er hovedsakelig forurensning og til slammning av næringssalter, jord og løsmasser. Det er planlagt ny teknisk sentral på nordsiden av Rikshospitalet og nye høyblokker på sørsiden. [...] Alle steder ligger tiltakene nær bekken og i motbakke til denne. Dette gir i utgangspunktet stor risiko for at forurenset/tilslammet regnvann renner ut i vassdraget. Dersom kantsonen blir redusert langs deler av bekkdraget vil dette i tillegg redusere den forurensningsbeskyttende effekten, og øke sannsynligheten for at næringssalter, jord og løsmasser når bekken. Kantsonervegetasjon filtrerer overflatevann og fanger opp jordpartikler og kjemikalier, og bidrar til erosjonssikring og naturlig flomdemping.» (1) s. 30

«All tilslammning og forurensning påvirker bekken negativt. Vassdraget er allerede dårlig økologisk og kjemisk forfatning, og er meget sårbar for ytterligere påvirkning.» (1) s. 30

«Sannsynligheten for negative virkninger er noe forhøyet fordi det skal føres anleggstrafikk over bekken. Det må iverksettes tilstrekkelige avbøtende tiltak for å hindre forurensning og tilslammning av bekken mens brua rehabiliteres.» (1) s. 31

«Anleggsfasen medfører økt risiko for spredning av fremmede skadelige arter. Frø- og plantedeler kan spres ved avrenning etter nedbør mens massene ligger åpent. Konsekvensen er størst dersom artene spres ut i bekkedraget og/eller inn i naturlig vegetasjon som ikke skjøttes jevnlig slik at forekomsten holdes nede» (1) s. 31

«Det skal legges føringer for massehåndtering og overvannshåndtering i anleggsfasen slik at risikoen for avrenning til Sognsvannsbekken er minimal. Det bør graves en sedimenteringsgrøft langs utkanten av den vegeterte kantsonen øst for Sognsvannsbekken (f.o.m. Ring 3 og så langt nord som det skal gjøres tiltak) slik at partikler og annen vannbåren forurensning samles opp og sedimenteres heller enn å renne ut i bekken.»(1) s.43

➔ Anleggstrafikken på broen over bekken kan spre støv, og fjerning av bekkens kantvegetasjon som ellers fungerer som et «filter» i forhold til forurensninger, gjør at næringssalter, jord, løsmasser lett kan følge regnvannet ut i bekken og føre til tilslammning og forurensninger. Frø og uønskede plantearter kan også spres til bekken og videre i bekkeløpet på den måten. En sedimenteringsgrøft kan eventuelt beskytte mot slike forurensninger til en viss grad, men uansett kan all graving og virksomhet i bekkens 20 meter-belte i løpet av den lange byggeperioden føre til forurensninger av bekken som allerede er sårbar for slike påvirkninger.

5. Det planlegges store terrengendringer i Sognsvannsbekkens 20 meter-belte

«Over en strekning på ca. 180 meter endres terrenget på østsiden av Sognsvannsbekken, mens kantsonen bevares. En kantsoner på minimum 5 meter bredde vil opprettholdes urørt hele strekningen.» (3) s. 43

«Over en strekning på ca. 30 meter endres bekken fra å ha en naturlig kantsoner til skråning med helning 1:1,5 inntil 5 meter-sonen og mur opp til bygg H3 og H4. Fra H3 og nordover etableres det skråning med helning 1:2 som etter hvert går over i eksisterende terreng. Det etableres til sammen ca. 180 meter med kant/mur av varierende høyde.» (3) s. 58

➔ På en 30 meter lang strekning langs østsiden av bekken, i bekkens 20 meter-belte, skal det graves og anlegges en bratt skråning som skal ende i en steinmur øverst oppe. Skråningen vil kun ha 5 meter klaring til bekkedanten. Dette innebærer graving, store terrenginngrep og anleggsarbeider nær bekken og det bryter klart med kommuneplanens retningslinjer og bestemmelser. Steinmuren vil ha en lengde på i alt ca. 180 meter!

6. Byggeperioden vil gå over mange år, - det vil bli en lang stressperiode for Sognsvannsbekken!

«For 1A og 1B pågår anleggsfasen for etappe 1 fra 2022 til 2030.» (1) s. 24

«Etter gjennomføring av etappe 1 er det mulig å gjennomføre etappe 2 som en forlengelse av etappe 1, med mulighet for ferdigstilling i 2030-2035. Det er også mulig at etappe 2 utføres på et senere tidspunkt, etter 2035.» (1) s. 24

➔ Prosjektets årelange anleggs- og byggeperiode med plassering av store brakkerigger, alle terrengendringene, bygging av diverse anlegg og de andre tiltakene i Sognsvannsbekkens nærområde, vil kunne skade naturmiljøet og livet i og langs Sognsvannsbekken og Frognervassdraget i alle årene mens arbeidet pågår, men de negative konsekvensene av dette kan vare i mange år etterpå.

7. Det skal gjøres avbøtende tiltak, men revegetering av ødelagt kantsone er ingen fullgod løsning. Reetablering av vegetasjon kan ta 30 – 50 år, og imens kan bekkeløpet bli ytterligere skadet!

«Det skal utarbeides en tiltaksplan som omfatter bekken og dens kantsone. Denne skal inneholde plan for revegetering av kantsonen samt plan for overvåking av økologisk og kjemisk kvalitet i vannforekomsten i anleggsfasen.» (1) s. 43

«Revegetering er generelt ikke et fullgodt alternativ til bevaring fordi det medfører netto tap av biologisk mangfold. Der vegetasjonen må reetableres vil ikke området nå tilbake til naturlignende tilstand før om 30 - 50 år. Dette medfører at tiltaket vil ha negative konsekvenser for området over relativt lang tid. I tillegg kommer potensielle effekter på miljøtilstanden i Sognsvannsbekken.» (2) s. 50

➔ Ifølge konsekvensanalyser utført i forbindelse med planarbeidet, vil livet i og langs Sognsvannsbekken som en følge av anleggs- og byggearbeidet, forstyrres og lide tap som kan få konsekvenser både på kort og lang sikt. Reetablering av vegetasjonen tar mange år, og imens kan bekkeløpet bli ytterligere skadet! Følgene kan forplante seg videre i bekkeløpet og kan føre til en svekkelse også i resten av vassdraget, som allerede er svekket fra før:

8. Sognsvannsbekkens økologiske tilstand er allerede svekket og Frognerdrammen er meget sårbart for ytterligere påvirkninger!

«Sognsvannsbekken er allerede sterkt påvirket av utbygging og tidligere forurensningsuhell [...] Bekken er tydelig forurenset og den økologiske og kjemiske tilstanden er dårlig. Summen av påvirkninger har vært så stor at livet i Sognsvannsbekken ligger på et lavmål, noe som medfører at systemet er sårbart for ytre påvirkninger.» (4) s. 53

«All tilslamming og forurensning påvirker bekken negativt. Vassdraget er allerede i dårlig økologisk forfatning, og er meget sårbart for ytterligere påvirkning.» (1) s. 30

➔ Byggeprosjektet og alt det medfører, vil bety en lang periode med belastninger og inngrep som vil ha negative konsekvenser for Sognsvannsbekken, dens nære kantsone og 20 meter-belte og for Frognerdrammen. Bekken og vassdraget er allerede forurenset og i en dårlig økologisk tilstand og er meget sårbare for ytterligere påvirkninger!

Konklusjon

Bystyret har som målsetting å bevare og styrke byens blågrønne struktur, men foreliggende planforslag følger ikke opp dette. Utbyggingsarealet på Gaustad er for knapt og byggeprosjektet for plasskrevende. Det går ut over Sognsvannsbekken og fører til terrengendringer, inngrep og anlegg i bekkens 20 meter-belte. Det er i strid med Kommuneplanenes retningslinjer og bestemmelser og kan skade Sognsvannsbekken og Frognerdrammen som allerede er svekket og meget sårbart fra før. På dette stadium i planprosessen er heller ikke alt ferdig utredet og er overlatt til framtidig detaljering, for sent til å gi gode løsninger. Det øker usikkerheten og vår bekymring for Sognsvannsbekken ytterligere.

Vi protesterer derfor mot Planforslag for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde og fraråder det på det sterkeste pga. de negative konsekvensene det kan få for Sognsvannsbekken og Frognerdrammens miljøkvaliteter og biologiske mangfold både på kortere og lengre sikt.

Mvh. Kari Dogger (sign.)
leder «Frognerdrammens venner»

Unni Eriksen (sign.)
rådgiver/saksbehandler
Tlf. 916 68 871 - unerikse@online.no

Kopi: Helse Sør-Øst RHF - postmottak@helse-sorost.no
Rambøll - firmapost@ramboll.no
Bymiljøetaten - heidi.kristensen@bym.oslo.kommune.no
Vann- og avløpsetaten - tharan.fergus@vav.oslo.kommune.no
Bydel Nordre Aker - postmottak@bna.oslo.kommune.no
Bydel Vestre Aker - postmottak@bva.oslo.kommune.no



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 02.06.2021 kl.21:00
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QJLZ
Innsendt av: Ole Jacob Kjendlie
E-postadresse: ojkjendlie@gmail.com
Mobilnummer: 91147646

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

PLAN OG BYGNINGSETATEN
HØRINGSSVAR UTTALELSE GAUSTADALLÉEN 34 GAUSTAD
SYKEHUSOMRÅDE

Innsendt av: Bygdøy-Frogner Arbeiderparti ved Ole Jacob Kjendlie

Bygdøy-Frogner Arbeiderparti lag i Frogner bydel viser til at detaljregulering for sykehusene på Gaustad og Aker er lagt ut til offentlig ettersyn med høringsfrist 7. juni 2021. Vi er ikke formell høringsinstans, men sykehusutbyggingen i Oslo angår i sterk grad også innbyggerne i vår bydel, og styret vil derfor uttale følgende:

1. Det er behov for et stort nytt lokalsykehus på Aker i Oslo, Vi støtter den foreslåtte utbygging av et lokalsykehus på Aker for bydelene i Groruddalen og at Ullevål sykehus utvikles som lokalsykehus for resten av byen.
2. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolkningssammensetning. Oslo universitetssykehus skal fortsatt ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og for forskning. Den mulige samlede kapasiteten på det planlagte nye Rikshospitalet på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.
3. Planen forutsetter at kommunens helsetjeneste skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
4. Den planlagte utbygging med høyhus og fortetting på Gaustad er i strid med kommuneplanen i Oslo, og i konflikt med nasjonalt viktige kulturminner, natur- og landskapsverdier samtidig som dagens Rikshospital vil være en byggeplass i mange år. Den visuelle forurensning må også vektlegges.
5. Bygdøy-Frogner Arbeiderparti mener at det vil være et katastrofalt, irreversibelt feilgrep å avvike Ullevål som sykehusområde, og vil be om at Oslo Kommune opprettholder gjeldende regulering av området, og motsetter seg statlig salg til andre formål.
6. Flyttekabalene vil medføre at flere relativt nye og velfungerende sykehusbygg (ca 110000kvm) på Ullevål må fraflyttes, samtidig må deler av Rikshospitalet rives for å gi plass bla til nytt inngangsparti. Hva dette betyr i et klima- og miljøperspektiv er ikke utredet.
7. Bygdøy-Frogner Arbeiderpartilag vil be kommunen arbeide for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Mvh
Ole Jacob Kjendlie
Leder
for Styret i Bygdøy-Frogner Arbeiderpartilag
Oslo, 31.5.21



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?	Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer	
Organisasjonsnr.	984063172
Firmanavn	Bygdøy-Frogner Arbeiderpartilag
E-post	oslo@dna.no



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.06.2021 kl.10:22
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QLNZ
Innsendt av: Anita Holm
E-postadresse: post@ffooslo.no
Mobilnummer: 90969956

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Viser til vedlagte brev
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Høringsuttalelse om Gaustad sykehusområde PBE 201704683.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 976176677
Firmanavn Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon I Oslo
E-post post@ffooslo.no

Høringssvar - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde – PBE sak: 201704683

FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon) Oslo er en paraplyorganisasjon for organisasjoner for kronisk syke, funksjonshemmede og deres pårørende for 55 medlemsorganisasjoner med ca 31 000 medlemmer. Det vises til Saksnr 201704683 Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde. Detaljregulering med konsekvensutredning.¹

På side 7 i Planforslag til offentlig ettersyn – Gaustadalléen 34² ber Plan- og bygningsetaten (PBE) om særlig tilbakemelding på konsekvenser av planforslaget for kommunens pasientbehandling. Forespørselen er i utgangspunktet rettet til Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester. Ettersom mange medlemmer av FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon) Oslo er mottakere av kommunale helsetjenester og sykehusbehandling ønsker også vi å uttale oss om dette temaet.

Utbyggingsplanene knyttes til det såkalte målbildet for Oslo universitetssykehus og innebærer store utbygginger på Gaustad, Aker og Radiumhospitalet, mens Ullevål skal nedlegges som sykehus. Aker skal bli et stort akuttsykehus og lokalsykehus for en svært stor andel av Oslos befolkning innen somatikk. Også rusbehandling og psykisk helsevern for voksne og barn skal legges til Aker, mens «gamle» Gaustad sykehus planlegges lagt ned. Vi har merket oss at PBE ikke anbefaler planforslaget for Gaustad sykehusområde.

Siden forslaget innebærer at dagens aktivitet på Ullevål i det vesentlige skal overføres til Gaustad/Rikshospitalet og Aker, blir resultatet etter vår mening både høyt, tett og kompakt.

FFO Oslo vil understreke at man ser nødvendigheten av nye sykehusbygg for å ivareta kapasitetsbehovet og behandlingskvaliteten. Imidlertid legger mangelen på tilgjengelig tomteareal på Gaustad sterke begrensninger på hvor mye som kan bygges ut. I stedet for tilbakeføring av Oslobydelene i Groruddalen fra Akershus universitetssykehus (Ahus) til Aker, må Aker må overta lokalsykehusfunksjonene for de bydelene som sokner til Ullevål. Dermed vil underdekningen ikke minst Ahus-pasientene fra Oslo-bydelene oppleve i dag, vedvare og forsterkes. En sannsynlig konsekvens er økt press på kommunens helsetjenester.

I planene ligger det et premiss om at kommunehelsetjenesten skal overta mer av det som ligger til sykehusene i dag, nylig anslått til 48 000 liggedøgn av Helse Sør-Østs viseadministrerende direktør Jan Frich. Tallet stemmer overens med estimatet for aktivitetsoverføring og framskrevet aktivitet for perioden 2015 – 2035 i Utviklingsplan for Oslo Universitetssykehus (s. 48)³.

Planene forutsetter at det i årene framover blir generelt mindre behov for sykehusinngelger, mens pasientene i større grad skal ivaretas av hjemme-tjenesten. Antall sykehussenger bygger på statistiske beregninger av befolkningsvekst, alderssammensetning og forventet helse-tilstand. Det økte behovet den demografiske utviklingen medfører forutsettes redusert som

følge av utviklingen av ny behandlingsteknologi, aktivitetsoverføring/omorganisering og effektivisering.

For å kunne få nok kapasitet har Helse Sør-Øst basert seg på et konsept med mer dagkirurgi, poliklinisk behandling og økt bruk av såkalt hjemmesykehus, der pasienten behandles i eget hjem av personale fra sykehuset. OUS har en ambisjon om at 30 prosent av leverte tjenester i 2030 skal være i form av «avstandsoppfølging» (telefon- eller videokonsultasjoner eller spesialisthelsetjenester der sykehuspersonale kommer hjem til pasienten i stedet for at pasienten kommer til poliklinikk/dagbehandling eller er innlagt)⁴.

FFO Oslo vil påpeke at denne type beregninger er usikre og forutsetter en innsats på kommunalt- og bydelsnivå som vanskelig kan oppfylles uten andre økonomiske vilkår og kompetanse enn den vi opplever at kommunehelsetjenesten har i dag.

Samhandlingsreformen har påført primærhelsetjenesten et stort meransvar, som bare delvis er kompensert økonomisk og personellmessig. Det er vårt inntrykk at det forekommer relativt ofte at pasienter skrives ut fra sykehus for tidlig. Pleietrengende pasienter som bor hjemme, har krevd økt kompetanse innen hjemmesykepleien. Det tar tid å bygge opp slik kompetanse, og vi har inntrykk av at pasientene ikke alltid blir møtt med rett kompetanse til alle døgnets tider. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter. I denne situasjonen legges det et urimelig press på pasient, pårørende og lokale helsetjenester.

FFO Oslo kjenner ikke til at det foreligger grundige utredninger av hvilken effekt videre reduksjon av sykehusstilbudet vil ha ved overgang til hjemmesykehus-tjenester, og frykter at dette i mange tilfelle ikke vil være til beste for pasientene. Det er ikke i tvil om at det for noen pasienter kan være gunstig med pleie i hjemmet, men erfaringene fra samhandlingsreformen tyder på at økonomi i mange tilfeller vil kunne veie tyngre enn medisinske og sosiale vurderinger. Selv om helseforetaket tar utgiftene med den spesialistmedisinske oppfølgingen av hjemmepasienten, er det grunn til å anta at et slikt opplegg vil medføre behov for økte kommunale hjemmetjenester for mange av pasientene, samtidig som det kan bli behov for tilpasninger av boligen. Det finnes i dag lite rom for dette i kommuneøkonomien. Å belaste den enkelte pasienten økonomisk vil være urimelig.

FFO Oslo mener videre at det er nødvendig med grundig vurdering av hvilke effekter økt bruk av hjemmesykehus vil ha for pasientens nærmeste pårørende. Hvordan vil det påvirke familien dersom boligen omgjøres til en semiinstitusjon? Korona-pandemien har tydeliggjort problemer med en boligmasse som ikke er tilpasset hjemmeskole og hjemmekontor. Oslo har mange leiligheter som ikke vil egne seg som hjemmesykehus. Vi minner også om at byen har en svært høy andel en-person-husstander, der det altså ikke finnes andre til stede i de periodene det ikke er pleiepersonell på plass.

Planene innebærer også en funksjonsfordeling mellom Rikshospitalet på Gaustad og Aker sykehus som vi frykter vil gå ut over pasientbehandlingen. De begrensede tomtearealene på Gaustad fører til at Nye Rikshospitalet ikke har plass til alle de regionale funksjonene. Disse må flyttes til Aker, og et komplett regionsykehus som forutsatt i «målbildet» kan dermed ikke realiseres. FFO Oslo er redd for pasientsikkerheten når beredskapen for hele HSØ-regionen ved større ulykker må deles mellom Rikshospitalet og Aker sykehus, slik at den samlede kompetansen og kapasiteten som i dag finnes på Ullevål svekkes.

FFO Oslo er bekymret for behandlingen av pasienter med sjeldne sykdommer om den sterke utbyggingen på Rikshospitalet blir en realitet. Samlokaliseringen av det nåværende Rikshospitalets spisskompetanse på planlagte operasjoner og transplantasjoner med akuttfunksjoner og traumeberedskap kan føre til prioriteringskonflikt, der den elektive virksomheten blir skadelidende.

Rikshospitalet bør isteden gis utviklingsmuligheter som sykehus med kompetanse på diagnoser som er for sjeldne til at det lar seg gjøre å bygge opp fagmiljøer ved flere sykehus.

Utbygging på Rikshospitalet vil medføre omfattende anleggsarbeider over en periode på 10 – 15 år, med støy og anleggstrafikk i umiddelbar nærhet til behandlingsområdene. Relativt sett nye bygninger må rives. I anleggsperioden vil pasienter og ansatte utsettes for stadige rokader når behandlingen må flyttes fra den ene bygningen til den andre.

Med tanke på COVID-19 og smittesituasjonen må høyhus unngås. I fremtiden må det bygges bygg som er tilpasset faren for en pandemi. Fremtidens byggeplaner må utvikles med tanke på virusspredning. Det nytter ikke å komme i ettertid og si at dette visste vi ikke.

Det er vårt inntrykk at realisering av planene for utbygging på Rikshospitalet på Gaustad vil føre til kapasitetsmangel i sykehussektoren og overbelastning av den kommunale helsetjenesten. Konklusjonen vår er at det ikke er mulig med god sykehusbygging i Oslo uten at Ullevål beholdes.

Målet med sykehusutbyggingen i Oslo må være å dekke pasientenes behov for behandlingskvalitet og -kapasitet. I den sammenhengen vil vi presisere følgende:

- Antall senger og liggedøgn må planlegges i overensstemmelse med pasientbehovet. Nesten halvparten av dem som legges inn i somatiske sykehus er eldre mennesker med sammensatte og kroniske lidelser. Erfaringen med korte sykehusopphold er at det ofte fører til ny sykehusinnleggelse kort tid etter at pasienten er skrevet ut. Korte sykehusopphold vil medføre større ansvar for oppfølging etterpå for kommunehelsetjenesten. Dette krever god planlegging og mere ressurser.
- Kommunen må ikke få ansvar for pasienter som trenger oppfølging på nivå med det sykehuset kan gi.
- Alle bydeler i Groruddalen må snarest få Aker Sykehus tilbake som sitt lokale sykehus. Akershus universitetssykehus har for lite kapasitet for pasientene fra Groruddalen.

FFO Oslo ønsker en ny utredning av behovene til psykiatriske pasienter. Gaustad sykehus har store kvaliteter som sykehus for psykisk syke.

FFO Oslo ønsker en utredning av muligheten til å beholde Ullevål- og Gaustad Sykehus og fornye disse, framfor å bygge et nytt sykehus av begrenset størrelse på Gaustad.

Vennlig hilsen
FFO Oslos styre
John Eskildsen (sign)
styreleder

Inger Ljøstad (sign)
styremedlem

Postboks 5900 Majorstuen, 0308 Oslo. Kontor: Sporveisgata 10. Telefon: 22 30 87 39
<https://www.facebook.com/FFOOslo/> E-post: post@ffooslo.no Bankgiro: 8380 08 66785
Org.nr.: 976 176 677



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 04.06.2021 kl.19:28
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QQGZ
Innsendt av: Turid Cordtsen
E-postadresse: turidco@gmail.com
Mobilnummer: 99160246

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Vedlagt følger en høringsuttalelse fra Oslo Pasientforening, ved Turid Cordtsen
Leder
99160246
turidco@gmail.com

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Høringsnotat Gaustad.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Oslo Pasientforening

Eventuelt v/ eller c/o-navn Turid Cordtsen

Adresse Nils Bays vei 32

Postnummer 0876 OSLO

E-post turidco@gmail.com

Oslo Kommune, Plan- og bygningssetaten

post@oslo-kommune.no

Merknader fra Oslo pasientforening:

Til reguleringsplanene for OUS på Gaustaed

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde –

PBE sak: 201704683

Oslo pasientforening ble stiftet 3. mai 2021 av tre pasienter som har sett med stadig økende bekymring på planene knyttet til Nye Oslo Universitetssykehus. Foreningen består av et styre med tre medlemmer og representerer pasienter og pårørende fra hele Oslo som er opptatt av at det skal være tilstrekkelig med kapasitet og gode helsefaglige løsninger i fremtidens sykehus i Oslo.

Årsaken til at Oslo pasientforening ble opprettet er å etablere en pasientforening i Oslo som kan ivareta et helhetlig perspektiv på de store omleggingene som planlegges i denne regionen, og som ikke står i et sterkt økonomisk avhengighetsforhold til helseforvaltningen og helseforetakene. Styret jobber på frivillig basis.

Som pasientforening fokuserer vi i størst mulig utstrekning på pasientene og pårørende.

Hovedplanen i store trekk

Tidligere adm.dir på Ullevål sykehus, Bjørn Eriksteins store visjon var å legge lokk over Ring 3 og bygge nedover mot universitetet. Da det ble klart at Veivesenet ikke var villig til å senke Ring 3 for så å legge lokk over, fortsatte HSØ/OUS med samme plan på den lille tilgjengelige tomten ved Rikshospitalet. Allerede da burde planen ha blitt stoppet av ansvarlige myndigheter! Det hadde spart samfunnet for enorme summer og fremtidsbekymringer.

Den meget omstridte planen til HSØ/OUS er:

Å selge Ullevåltomten til høystbydende til boligformål

Å bygge et gigantisk akutt sykehus på Aker sammen med Storbylegevakten.

En av utfordringene med denne planen er at den delen av tomten som kommunen solgte for en billig penge til en eiendomsspekulant for noen år siden, er avgjørende for å få tilstrekkelig plass. Å kjøpe den delen av tomten tilbake, vil koste HSØ/OUS store summer. Det vil uansett høyst sannsynlig ikke være plass i det planlagte høyhussykehuset på Aker til å avlaste A-hus som Groruddalens lokalsykehus.

Å bygge et enormt høyhussykehus på Gaustad.

Planen forutsetter at store deler av Rikshospitalet blir revet for å få plass til de planlagte smittetårnene. Det nye sykehuset skal bygges «inn i» Rikshospitalet mens det er i drift.

Å legge ned aktiviteten på Gaustad psykiatriske sykehus og plassere pasientene i en betongblokk et steinkast fra Sinsenkrysset med et atrium i midten der de kan «luften seg». Dette er et rent overgrep på samfunnets svakeste. På Gaustad har de vakre omgivelser som gir ro. Velferdsbygget for de psykiatriske pasientene skal overtas av universitetet til bruk som bibliotek, lesesaler m.m. Pasientene fortrenses til en midlertidig brakkerigg. En underlig og provoserende avgjørelse som er umulig å forstå. Forutsetningen for å beholde Gaustad psykiatriske på Gaustad er at det ikke blir bygget et storsykehus nærmest vegg i vegg.

Viktige fagmiljøer splittes/utvannes

Ullevål er kjent ut over landets grenser for sin helprofesjonelle akutt- og traumeavdeling som betjener hele Norge. Det er også et faktum at for å fungere i akuttsituasjoner må en akutt- og traumeavdeling ha flere andre avdelinger nært og lett tilgjengelig, som røntgen, CT, ortopedi, etc. Dersom denne funksjonen skal deles mellom Gaustad og Aker vil det kreve dobbelt sett med omliggende avdelinger med utstyr og ekspertise, noe det ikke er beregnet plass eller personale til på verken Aker eller Gaustad. Det vil også øke kostnadene betraktelig.

Når pasienter blir lagt inn med akutte skader eller sykdommer, kan man ikke f.eks. operere kompliserte benbrudd for så å oppdage at vedkommende underveis får hjerteinfarkt, hjerneblødning eller andre akutte tilstander som behandles på det andre akuttsykehuset i Oslo. Det er lang vei mellom Aker og Gaustad i akuttsituasjoner, spesielt i rushtidene.

Rikshospitalet er akkurat det navnet sier det er. Det er et høyspesialisert sykehus for i hovedsak elektiv eller planlagt behandling som i dag. Det er også stedet for sjeldne kroniske diagnoser der ekspertisen trenger å være samlet på ett sted. Forskning er også en viktig del av Rikshospitalets oppgaver. For et par år siden fikk de i tillegg en avdeling for stamcelletransplantasjon som det eneste statlige sykehuset i Norge.

Det er viktig å huske at både Ullevål og Rikshospitalet har riksdekkende funksjoner. De er ikke kun for Oslos befolkning. HSØ/OUS forutsetter at nåværende Rikshospital skal integreres med resten av funksjonene i det nye storsykehuset, med mulig konsekvens at Rikshospitalets unike spesialiteter blir kraftig utvannet. Igjen er pasientene taperne.

Kostnadskrevende prosjekt

Gaustadprosjektet blir både for lite og vil koste betydelig mer enn å benytte Ullevåltomten. Et byggeprosjekt med omfattende tilpasninger, mange angrepsvinkler og uoversiktlige konsekvenser har en høy risikoprofil. Sannsynligheten for store kostnadsoverskridelser og forlenget byggetid er stor. Vi mener det er uansvarlig å godta et slikt risikoprojekt uten engang å ha krevet en upartisk utredning av Ullevåltomta.

Forslaget til HSØ blir uansett så kostnadskrevende at det vil gå utover alle de offentlige sykehusene, ikke bare i Oslo, men i hele regionen.

Det blir lite penger igjen til vedlikehold og nødvendige nyanskaffelser på Ullevål frem til storsykehuset på Gaustad er ferdig. HSØ/OUS planlegger å effektivisere i så stor grad at ansvarlige fagfolk og helsepersonell har vurdert det som umulig. Underskudd vil føre til at driften må trappes ned. Det kan skape dramatiske situasjoner og stor usikkerhet blant folk.

Støynviå

Det er planlagt å rive to fløyer i dagens Rikshospitalet. Det medfører en omrokking av syke pasienter internt i Rikshospitalet og det vil fremdeles være mange som ikke får plass. Hvor skal disse pasientene være de neste 10-15 årene mens byggingen pågår? HSØ forutsetter også at pasienter og helsepersonell skal jobbe med byggestøy, vibrering støv og skitt i alle disse årene. Det er helt urealistisk, og vi vet at flere høyt kvalifiserte leger og sykepleiere kommer til å søke seg vekk fra byggeplassen. Hva skjer da med pasientene? Støy og støv vil neppe bidra til en hurtig tilfriskning, og med mangel på helsepersonell blir dette en katastrofe for hele Oslo.

I tillegg kommer den planlagte helikopterflyplassen som kommer til å ha et støynivå og «lufttrykk» som er skadelig for de nærmeste naboene, for barnehagene i området, og vil gjøre det umulig for barn å bruke de flotte utearealene som er mye brukt. Spesielt med de nye, kraftige helikopterene som er kjøpt inn. Det er nå kommet planer om å bygge helikopterplassen på et «tårn» rett ved sykehusene og boligene i nærheten. Helt urealistisk. I tillegg vil anleggsarbeidene foregå i adkomstsonen for ansatte og pasienter. I 10-15 år!

Vi som forening er spørrende til at en så pasientfientlig plan har kunnet gå så langt i så lang tid uten å bli stoppet. Milliarder kunne vært spart dersom prosjektet hadde blitt stoppet da Veivesenet sa nei til å legge lokk over Ring 3.

For liten sykehuskapasitet i Oslo

Oslo pasientforening mener at Helse Sør-Østs planer for sykehusene i Oslo vil gi bekymringsverdig lav kapasitet i sykehusene. I HSØ/OUS sin plan ligger omfattende overføringer av pasienter fra Oslo Universitetssykehus til kommunehelsetjenesten i Oslo og til de andre sykehusene i Oslo.

De nye sykehusene er basert på utvidet bruk av teknologi og kortest mulig behandlingstid. De har også basert planen på at en stor del av veksten i behovet for helsetjenester som følge av befolkningsøkning, der eldre vil utgjøre en større del, skal overlates til kommunehelsetjenesten og «hjemmesykehus» med teknologiske løsninger. Dette vil i stor grad gå ut over den eldre delen av befolkningen. Hvis vi ser hvordan hjemmetjenesten fungerer i flere bydeler i dag, er dette en spesielt dårlig løsning. Mange av den eldre generasjon har dårlig, hvis noen datakunnskaper. Ca halve befolkningen i Oslo består av husstander med én person.

Denne typen tjenester er under ingen omstendighet en løsning som tar nødvendig hensyn til pasientene.

Etter 2035 står OUS uten reservearealer både på Rikshospitalet og Aker.

Adkomst

Sikkerhetsmyndighetene har krevd at det nye sykehuset på Gaustad må ha en nødankomst. Altså to sikre og tilgjengelige adkomster.

Ring 3 er utfordringen uansett om man kommer fra øst eller vest. Både hovedadkomsten og nødadkomsten er svært sårbare når det er stor trafikk eller trafikkstans. Nødankomsten er

ment å gå opp langs Sognsvannsbekken fra Ring 3 til Slemdalsveien. Dette vil i hovedsak dreie seg om anleggstrafikk som vil rasere turveidraget og bekken, og i realiteten okkupere nødadkomsten.

Ring 3 er i dag en jevnt høy trafikkbelastet vei, spesielt i rushtidene. I realiteten rammer en stopp på Ring 3 begge adkomstene. Allerede i byggeperioden vil adkomsten til Rikshospitalet og Gaustad psykiatriske sykehus gjøre tilgangen enda mer presset enn den er i dag. Når det nye sykehuset skal tas i bruk om 10-15 år, vil det mangedoble pasienter og ansatte og dermed øke behovet for god og tilgjengelig adkomst, som ikke eksisterer. Dersom det skjer en større ulykke, større snøfall med biler som sklir utfor veien etc., kan det bli helt umulig for ambulanser med kritisk syke mennesker å komme frem. For ikke å snakke om ved et eventuelt terrorangrep. 22. juli hadde blitt en langt større katastrofe dersom sykehuset hadde ligget på Gaustad.

Innbyggertallet i Oslo øker. Planen til HSØ/OUS, som innebærer å selge en av byens mest attraktive tomter til boligutviklere der det er planlagt å bygge boliger så høyt og tett som er tillatt. Det er også planlagt å bygge høyt og tett med boliger i tilknytning til Tåsensenteret, som har Ring 3 som eneste naturlige hovedvei. Dette vil øke trafikkbelastningen ytterligere.

Forslått bebyggelse raserer to sykehusanlegg (Ullevål og det nåværende Rikshospital). Begge er basert på en humanistisk tankegang fra hver sin tidsepoke. Det forslaget som ligger ute til høring, er direkte ødeleggende for pasientbehandlingen ikke bare i Oslo, men hele regionen/landet.

På Ullevål har de to fullverdige adkomster, en fra Ring 3 og en fra Ring 2. I tillegg er det opptil flere innganger for fotgjengere som uten problem kan benyttes som adkomst for ambulanser.

Vi mener at et prosjekt som fremdeles endres og er så usikkert, ikke kan godkjennes. Dessuten er det helt uansvarlig at HSØ/OUS og Bent Høie nekter en upartisk utredning av Ullevåialternativet!

Sykehus er ikke butikk som skal drive med overskudd

Et sykehusprosjekt som satser på økonomisk gevinst i byggeperioden, vil høyst sannsynlig by på noen kostnadskrevenende overraskelser.

En byggeperiode på 10-15 år vil svekke helseberedskapen for befolkningen, ikke bare i Oslo, men i hele regionen og gi redusert trygghet.

Fra Oslo Pasientforening
Stiftet 3. mai 2021

v/leder Turid Cordtsen
turidco@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.13:20
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QSCZ
Innsendt av: Margaret Eide Hillestad
E-postadresse: meh@sp.no
Mobilnummer: 91674555

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Oslo Senterkvinner er mot nybygg på Gaustad og vil beholde Ullevål sykehus der det ligger i dag. I tillegg vil vi opprette Aker sykehus som lokalsykehus for Groruddalen. se vedlegg

Last opp eventuelle vedlegg Oslo Senterkvinneres høringsuttalelse (høringsuttalelse Ullevål Senterkvinnene.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 984044283
Firmanavn Oslo Senterkvinner



OSLO SENTERKVINNER HØRINGSUTTALELSE ULLEVÅL SYKEHUS

Oslo Senterkvinner mener at Oslo har et befolkningsgrunnlag som gjør det mulig å beholde Aker som lokalsykehus for Groruddalen, Ullevål Sykehus med det tilbudet de har i dag og Rikshospitalet som det spesielle sykehuset for hele landet. Ullevål sykehus er ett av Europas beste sykehus, og har oppdatert smittevernavdeling, kreftsentersenter og traumebehandlingssentersenter.

Oslo Senterkvinner mener at Aker Sykehus må bli et lokalsykehus for befolkningen i Groruddalen kombinert med den nye storby-legevakten.

Oslo Senterkvinner er bekymret for at å flytte Ullevål sykehus fra dagens område til Gaustadtomten vil føre til redusert kapasitet og svekkelse av det offentlige helsetilbudet pga. den svært begrensede tomtestørrelsen og manglende reservearealer for utvikling.

Forslaget til utbygging på Gaustad vil også være ødeleggende for grønne verdier og kulturverdien i det fredede Gaustad sykehus.

Oslo Senterkvinner er redd denne planen vil føre til økt privatisering av helsetilbudet, og økte forskjeller i en by som allerede preges av store forskjeller mellom folk. Vi er mot den sterke sentraliseringen som foregår innad i byen, og mener at byen trenger et lokalsykehus ved Sinsen og beholde Ullevål sykehus.

Oslo Senterkvinner er imot sentralisering av psykiatrien, og Oslo Senterkvinner vil styrke psykiatrien i byen. Groruddalen har en underdekning av psykologer. Et gigantsykehus på Sinsen løser ikke dette. Vi mener at det i stedet er behov for psykiatrisk legevakt i flere deler av byen.

Oslo Senterkvinner ønsker derfor en ny sykehusplan for Oslo med følgende innhold:

- Aker sykehus bygges for Grorudalens 4 bydeler. Dette vil redusere byggehøyden vesentlig. Aker sykehus gis prioritert i prosjektgjennomføringen.
- Ullevål utvikles som hovedsykehus med nødvendig sanering, tilpasning og nybygging. Tomtereservene gir sikkerhet for det fremtidige Oslo.
- Rikshospitalet beholdes med landsdekkende spesialiserte tjenester.

Gaustad sykehus beholdes og utvikles for psykiatrien.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.17:50
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QSJZ
Innsendt av: Rune Svendsen
E-postadresse: runesven@gmail.com
Mobilnummer: 92452077

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Vennligst se innspill ig vedlegg
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Vestre Aker Senterparti høringsuttalelse Ullevål Aker.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 984049137
Firmanavn Vestre Aker Senterparti
E-post oslo@sp.no



Vestre Aker Senterparti - Høringsuttalelse Ullevål Sykehus/Aker sykehus

Vestre Aker Senterparti mener at Oslo har et befolkningsgrunnlag som gjør det mulig å beholde Aker som lokalsykehus for Groruddalen, Ullevål Sykehus med det tilbudet de har i dag og Rikshospitalet som det spesielle sykehuset for hele landet. Ullevål sykehus er ett av Europas beste sykehus, og har oppdatert smittevernavdeling, kreft senter og traumebehandlingssenter.

Vestre Aker Senterparti mener at Aker Sykehus må bli et lokalsykehus for befolkningen i Groruddalen kombinert med den nye storby-legevakten.

Vestre Aker Senterparti er redd for at å flytte Ullevål sykehus fra dagens område til Gaustad tomten vil føre til redusert kapasitet og svekkelse av det offentlige helsetilbudet pga. den svært begrensede tomtestørrelsen og manglende reservearealer for utvikling.

Forslaget til utbygging på Gaustad vil være ødeleggende for grønne verdier og kultur verdien i det fredede Gaustad sykehus.

Vestre Aker Senterparti mener denne planen vil føre til økt privatisering av helsetilbudet, og økte forskjeller i en by som allerede preges av store forskjeller mellom folk. Vi er mot den sterke sentraliseringen som foregår innad i byen, og mener at byen trenger et lokalsykehus ved Sinsen å beholde Ullevål sykehus.

Vestre Aker Senterparti har store motforestillinger i forhold til sentralisering av psykiatrien i ett bygg, og vil styrke dette tilbudet i hele byen. Et gigantsykehus på Sinsen løser ikke dette. Vi mener at det i stedet er behov for psykiatrisk legevakt i flere deler av byen.

Vestre Aker Senterparti vil ha en ny sykehusplan for Oslo med følgende innhold:

- Aker sykehus bygges for Groruddalens 4 bydeler. Dette vil redusere byggehøyden vesentlig. Aker sykehus gis prioritet i prosjektgjennomføringen.
- Ullevål utvikles som hoved sykehus med nødvendig sanering, tilpasning og nybygging. Tomtereservene gir sikkerhet for det fremtidige Oslo.
- De landsdekkende spesialiserte tjenestene på Rikshospitalet må beholdes.
- Gaustad sykehus psykiatriske kompetanse må utvikles og beholdes
- Rikshospitalet må beholdes som et elektivt sykehus

Rune Svendsen
Vestre Aker Senterparti
Styreleder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.23:01
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QRUZ
Innsendt av: Tor Ingolf Winsnes
E-postadresse: torwinsnes@icloud.com
Mobilnummer: 99698634

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Stedsanalysen som er utarbeidet av Pbe for Gaustadområdet trekker frem viktige elementer som kulturminner, bygningsmiljøer, naturdrag og åpne landskap. Torget foran hovedinngangen på Rikshospitalet er trukket frem som en viktig møteplass med særlige kvaliteter. Denne er i planforslaget bygget ned med den tyngste bebyggelsen i reguleringsforslaget. Nedbyggingen av torget er hæververk på Rikshospitalet og det nye torget øver vold mot Gaustad sykehus.

Last opp eventuelle vedlegg Rikshospitalets torg (Rikshospitalets torg ; uttalelse.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Redd Ullevål sykehus

Eventuelt v/ eller c/o-navn Tor I. Winsnes

Adresse Eventyrveien 27 b

Postnummer 0851 OSLO

E-post torwinsnes@icloud.com

Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten
Uttalelse til detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for Gaustad sykehusområdet
Deres saksnr. 201704683, dok. 321

Torget på Rikshospitalet Samspillet mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet ødelegges.

Oslo kan miste den solrike, lune plassen foran hovedinngangen på Rikshospitalet. Et av byens vakreste torg er omkranset av harmoniske bygninger, klassisk utformet med et tårn som markerer inngangen til sykehuset, midt i anlegget.

Oslo universitetssykehus vil fylle hele plassen med bygninger opptil tre ganger høyere enn dagens sykehus. Inngangen skal flyttes til det skyggefulle veikrysset i øst. Her skal en høy blokk med et enda høyere tårn, bygges som en veggskive rett mot øst for med hensikt, å ødelegge den viktige sammenhengen Gaustad sykehus har til landskapet.

Plan- og bygningsetaten har gjennom hele planprosessen, nektet å anbefale at torget blir omregulert til byggeområde. Planforslagene 2a og 2b som etterkom kravene til Pbe og Riksantikvaren, tok vare på torget, men begge ble trukket av Hsø av økonomiske og fremdriftsmessige grunner. Hsø ble pålagt å utarbeide alternativene og valgte derfor forslag de visste var helt urealistiske.

I detaljreguleringsplanen er kravet frafalt, og den nye plasseringen er begrunnet slik Hsø har argumentert gjennom hele prosessen.

Nedbyggingen av torget må kunne karakteriseres som et hæverk på Rikshospitalet som kan sammenliknes med at Youngstorget skulle legges ut som byggetomt for Regjeringskvartalet og erstattes av gatekrysset Storgata/Nygata.

Gaustadområdet besto av Gaustad sykehus og Gaustad gård, sykehuset tronet i et åpent landskap med sikt mot byen og fjorden. Gården er erstattet av Rikshospitalet og universitetet, men Gaustad sykehus er fredet og den dominante beliggenheten er regulert til bevaring. Rikshospitalet stikker ikke høyere enn mønet på Gaustad sykehus, sykehusene holder respektfull avstand og har tilpasset utforming og materialbruk. Sykehusene vender hver sin vei, de forstyrrer ikke hverandre. Mens plassen på Rikshospitalet åpner seg mot syd, vest og turveien til Marka, beholder Gaustad sykehus sin fredfulle adkomst i enden av Gaustadalléen med sitt ikoniske tårnbygg i pastorale omgivelser.

Omleggingen av Sognsvannsveien og det nye torget medfører at den historiske veiføringen opp til tårnbygget blir rasert ved at en vei etter dagens gatestandard presses inn mellom lindekollen og muren rundt sykehuset. Videre blir forterrenget til Gaustad sykehus mot Rikshospitalet sterkt redusert ved nedbygging og flytting av Sognsvannsveien nærmere muren til der det i dag går en smal gangvei. Parselhager kan være en god idé med historiske røtter, men ikke som avbøtende tiltak. Plasseringen mellom muren og Sognsvannsveien og tett på adkomsten til RH, er neppe en attraktiv lokalisering for hagestell.

Under restene av forterrenget skal det bygges parkeringskjeller og kulverter, noe som er lite omtalt i reguleringsplanen, bare angitt på reguleringskartet. Det må dokumenteres at parken kan tilbakeføres med dagens vegetasjon og topografi. Grunnvann og vannførende årer i grunnen kan lett brytes og føre til uttørking.

Det nye torget blir utflytende med bygninger mot syd og vest som kaster skygge mesteparten av dagen, konf. soldigrammene. I-fløyen som stikker ut fra Nye RH, danner en vegg som riktignok

«lukker» plassen, men primært endrer forholdet mellom sykehusene ved å tette det åpne rommet mot forvalterboligen, Lindekollen, tårnet og kamstrukturen på Gaustad.

Torget vil samle trafikken i langt større grad enn i dag. Ambulansetrafikk over trikkeholdeplassen, turgåere og ambulanser i samme trase gjennom «Markaporten» og bussparkering i et trangt parti foran hovedinngangen samtidig som plassen får funksjon som rundkjøring. Helikopterlanding vil skje rett over hovedinngangen med tilhørende vind- og støyp problemer.

I-fløyen med et tårn, langt høyere enn dagens, vil fjerne den dominante posisjonen Gaustad sykehus skal ha i landskapet. Dette er et klart brudd med kulturminnelovens §2, 15 og 19 som sikrer fredete monumentalbygg og -anlegg mot nærliggende bygningsmessige tiltak som kan svekke opplevelsen av kulturminnet.

Av samme grunn er det svært viktig at Gaustad sykehus og Rikshospitalet IKKE knyttes nærmere sammen. Gangveier som stråler ut fra den nye plassen, gjennom sykehusmuren og inn i og mellom de gamle fløyene fra vest, endrer bevegelsesmønsteret i sykehuset. Adkomsten til Gaustad sykehus skal primært følge Gaustadalléen og den sentrale aksene med svalgangene som forbinder fløyene opp mot tverrveien i nord.

Gaustad sykehus er et av våre aller viktigste kulturminner da det er et komplett bevart sykehus fra helsevesenets gryende humanisme på 1850-tallet. Ifølge Riksantikvaren er anlegget unikt også i europeisk sammenheng. Det er en nasjonal oppgave å ta vare på anlegget.

For styret i Redd Ullevål sykehus
Tor I. Winsnes
sivilarkitekt mnal



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.09:51
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTCZ
Innsendt av: Dag Johnny Hovland
E-postadresse: dag@arkitekthovland.no
Mobilnummer: 92492058

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Vedlegger skriv om virkningen av den foreslåtte bebyggelsen for det fredede Gaustad sykehus. Ny bebyggelse mener vi er overdøvende og ødeleggende for både Gaustad og Rikshospitalet. Vi mener sykehusanleggene bør være en samlet enhet i Landsverneplanen for sykehusbygg. Det vil samle og styrke nasjonale, kulturelle verdier. Vedlegget sendes inn på vegne av organisasjonen Redd Ullevål Sykehus.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Gaustad_sykehus_1855.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Redd Ullevål Sykehus

Eventuelt v/ eller c/o-navn Dag Hovland

Adresse Vestheimgata 6B

Postnummer 0262 OSLO

E-post dag@arkitekthovland.no

Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten

Uttalelse til detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for Gaustad sykehusområdet

Deres saksnr. 201704683, dok. 321

Gaustad sykehus

I november 2018, ba Hsø om en redegjørelse fra Pbe om den samlede reguleringsrisikoen knyttet til en utbygging av Rikshospitalet i Gaustadområdet. Dette var etter at planforslaget hadde vært lagt ut til høring i to omganger og at alle vesentlige forslag til utbygging var blitt imøtegått av Pbe med henvisning til kommuneplanen og antikvariske myndigheter.

Som svar satte Pbe opp en risikomatrix for fem reguleringshensyn, for liten tomt, byggehøyder, bevaringshensyn, landskap og bymessig sammenheng.

Bevaringshensyn har svært høy risiko, sitat:

Gaustad sykehus er fredet, og landskapet rundt er regulert til bevaring. Konseptet innebærer en massiv utbygging nær Gaustad. Bebyggelse plassert i område regulert til bevaring park gir svært høy reguleringsrisiko. Det gir også omleggingen av Sognsvannsveien. Riksantikvaren har uttalt at de vil vurdere innsigelse.

Bymessig sammenheng vurderer bebyggelsens og veistrukturens forhold til Gaustad sykehus, karakterisert som høy risiko, sitat:

Dagens gode sammenheng mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus sin bebyggelsesstruktur blir brutt av de foreslåtte dimensjonene i nye bygg. Atkomsttorget som foreslås får ingen ettermiddagssol. Omlegging av atkomstveier med sirkulær kjøring svekker byrommet mellom Gaustad og RH og danner en isolert «øy» med gamle Gaustad sin gårdsbebyggelse.

I den foreslåtte detaljreguleringsplanen er risikobildet bare forbedret på ett punkt, bebyggelsen mot Sognsvannsbekken er trukket noe tilbake.

Da Gaustad asyl åpnet i 1855, var det et hypermoderne sykehus for sinnslidende. Mønsteranstalten, med paviljonger i parallelle rekker og en hovedatkomst gjennom et majestetisk tårn, er det eneste intakte sykehusanlegget fra nasjonsbyggingen på midten av attenhundretallet og et helt sentralt kulturminne også i europeisk sammenheng.

Dagens regulering av Rikshospitalet er basert på vernet av Gaustad sykehus der lav bebyggelse og åpne parkarealer understreker det gamle sykehusets dominans.

Byggehøyden på Rikshospitalet og øvrig ny bebyggelse i området, ble regulert slik at gesimshøyden ikke stikker opp høyere i terrenget enn mønet på fløyene bak tårnbygget på Gaustad sykehus.

I kunst- og kulturhistorisk sammenheng er Rikshospitalet en pendant til Gaustad sykehus og understøtter i høyder, materialer og bygningsform verneverdien i det gamle anlegget.

Arkitektene bak Rikshospitalet la til grunn for prosjektet at anlegget skulle baseres på humane verdier; pasientene skulle ha nær kontakt og utsyn til natur og de grønne omgivelsene, 150 år etter at de samme tankene ble lagt til grunn for Gaustad sykehus.

Den arkitektoniske og verdimeslige sammenhengen mellom de to helseinstitusjonene er unik. Det representerer en fortelling om en lang human tradisjon i nasjonsbyggingen og om stilendring fra et formalverk på attenhundretallet til en friere struktur i år 2000. Kvaliteten er høy i begge anlegg. Vi mener Rikshospitalet og Gaustad sykehus bør beskyttes som en enhet og få en samlet plass i Landsverneplanen for helsebygg (LVP).

Dette vernet blir nå sterkt svekket. Byggehøyden og arealomfanget av det nye sykehuset blir dramatisk mye større og vil dominere både Gaustad sykehus og dagens Rikshospital. Dagens fløyer mot øst skal forlenges mot muren rundt det fredete sykehusanlegget og bygges ca 5 m høyere enn mønet på de gamle fløyene.

Gaustadalléen er en integrert del av Gaustad sykehus, anlagt fra Blindernveien til tårnbygget, nederst med en lang, rett strekning med sikt mot tårnet for så å svinge seg gjennom landskapet opp mot plassen foran tårnbygget. Denne vakre veiføringen skal ødelegges ved at Sognsvannsveien skal følge Gaustadalléen et stykke for så å svinge av tett opptil sykehusmuren og følge denne nordover. Landskapet ødelegges og det dannes veistrukturer som sterkt svekker forholdet mellom sykehuset, landskapet og den historiske tilknytningen til byen. Sognsvannsveien skal dimensjoneres etter normal gatestandard med toveistrafiikk og fortau, helt ulikt dagen landevei fra 1855.

Oslo 6. juni 2021

For foreningen Redd Ullevål sykehus

Dag Hovland
Arkitekt og planleggingsrådgiver

Tor I. Winsnes
Sivilarkitekt MNAL



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.19:33
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RBYZ
Innsendt av: Lene Christine Sundfær Haug
E-postadresse: lene.c.haug@gmail.com
Mobilnummer: 91697833

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Til Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune
Vedlagt følger uttalelse fra foreningen Redd Ullevål Sykehus.
Mvh Lene Haug

Last opp eventuelle vedlegg Høringsuttalelse fra Redd Ullevål sykehus (Høringsuttalelse - Redd Ullevål sykehus - 040621.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 920907091
Firmanavn Redd Ullevål Sykehus
E-post lene.c.haug@gmail.com

Høringsuttalelse - Detaljreguleringsplan med konsekvensutredning - Gaustad sykehusområde

Innhold

1	Innledning.....	2
2	Oppsummering og hovedkonklusjoner	2
3	Om HSØs utredningsmetode	4
4	Formålet med plan og bygningsloven og planprosessen. Behov for områderegulering.....	4
5	Planmyndighet og forholdet til HSØs "målbylde"	6
6	HSØs varierende planer - bakgrunn og viktige trekk i planprosessen	6
6.1	Innledning.....	6
6.2	Målbylde som det avgjørende premisset for planforslaget	6
6.3	Målbylde fastsatte tomtevalget for tidlig og i strid med HSØs prosessregler	7
6.4	Forholdet til Oslo kommunes tidligere behandling av saken.....	12
7	ROS-analysen oppfyller ikke kravene i pbl. § 4-3.....	15
7.1	Lovens krav.....	15
7.2	ROS-analysen for Gaustad sykehusområde	16
8	Den foreslåtte sykehusstrukturen – overordnet.....	18
9	Traume- og akutenheten i ny delt løsning. Overføring av helsetjenester til Oslo	18
10	Sykehuskapasitet og konsekvensene for de kommunale helsetjenestene	19
11	Tilgjengelighet til sykehusene og behovet for adkomst via Ring 3	20
12	Tilgangen på helsetjenester i byggefasen	21
13	Gaustad sykehus er fredet – landskapet rundt er regulert til bevaring	21
14	Rasering av «torget» på dagens Rikshospital	22
15	Tomtearealet på Gaustad – oppsummert	23

1 Innledning

Det vises til Plan- og bygningsetatens (PBE) invitasjon til å inngi høringsuttalelse for detaljreguleringsplan for Gaustad sykehusområde.

Foreningen Redd Ullevål sykehus¹ inngir med dette høringsuttalelse. Foreningen vil også levere separate deluttalelser for enkelte temaer. Planene for utbygging på Gaustad sykehusområde møter motstand i mange fagmiljøer og PBEs invitasjon til å inngi høringsuttalelse favner vidt og dekker bl.a. helsefaglige forhold. Denne høringsuttalelsen reflekterer dette, men fokuserer på det vi antar er det mest relevante, rent planfaglig. Mange deler av denne høringsuttalelsen er relevant også for forslaget om detaljreguleringsplan for Aker sykehus, og bes derfor ført som en høringsuttalelse også i den saken.

Gjennomgangen nedenfor er ikke ment å gi uttrykk for en prioriteringsrekkefølge med hensyn til hvilke forhold Foreningen anser som mest mangelfulle eller kritikkverdige.

Formålet med prosjektet nytt sykehus på Gaustad sykehusområde, og med detaljreguleringen, er å øke kapasiteten på helsetjenester for å svare på befolkningens voksende behov. En hovedinnvending er at det er høyst tvilsomt om dette formålet ivaretas ved forslaget.

2 Oppsummering og hovedkonklusjoner

Foreningen Redd Ullevål sykehus hovedkonklusjoner er:

- HSØs utredningsmetode er fragmentarisk, noe som gir dårlig grunnlag for borgermedvirkning og svakt beslutningsgrunnlag.
- Oslo kommune er ikke bundet av HSØs «målbilde». Målbildet er et uttrykk for HSØs ønske, men har ingen rettslig betydning i en plan- og bygningsfaglig sammenheng.
- Gjennomgang av historikk viser at Oslo kommunes tidligere positive holdning til planene, ble avgitt basert på uriktig faktisk grunnlag. Dessuten ble det uttrykt flere forutsetninger, bl.a. om bygging av lokk over Ring 3, noe som ikke lenger er del av planene.
- ROS-analysen oppfyller ikke kravet i plan- og bygningslovens § 4-3.

¹ Foreningen Redd Ullevål sykehus ble stiftet 6. april 2018 som en partipolitisk nøytral forening hvis formål er å sikre videre drift av Ullevål sykehus som stort lokal- og regionssykehus. Foreningens arbeid skjer vesentlig i samarbeid med fagorganisasjonene og ansatte i OUS. Foreningen Redd Ullevål Sykehus har 800 betalende medlemmer og over 30.000 støttemedlemmer. Styret består av Tor Winsnes, sykehusarkitekt, Dag Hovland, arkitekt, Liv Haug, bankfunksjonær og leder av Oslo Venstrekvinnelag, Eli Nordal, pensjonert overlege, Per Aschjem, sykepleier, Kari Støren, psykiatrisk sykepleier, Hans Erik Heier, overlege tidligere leder for Blodbanken og Inger Margreth Holther, sykepleier, professor og tidligere sjefsykepleier ved Rikshospitalet. Leder er Lene Haug, journalist og redaktør. Styret samarbeider med en rekke aktive bidragsyter som er anerkjente eksperter på ulike fagområder..

- Den nye sykehusstrukturen er fordelt på flere frittliggende bygninger med til dels oppdelte og urasjonelt små etasjeplan. Tverrforbindelsene internt i det nye anlegget og mellom nye og gamle bygg er svake. Forsyningstjeneste skal foregå gjennom kulverter i bratt terreng, noe som gir dårlig logistikk. Sykehuset blir lite fleksibelt, mangler generelle planløsninger som kan tilpasse ulike funksjoner og har ingen vekstmulighet (elastisitet) ved behov for utvidelse. Bebyggelsesplanen i regulerings-saken bryter med forutsetningen om et sammenhengende, moderne sykehus med bygningsmessige og tekniske løsninger for fremtiden.
- Midlertidig helikopterlandingsplass er sentralt i planene, men er ikke innlemmet i planforslaget eller konsekvensutredningen. Dette må gjøres, slik at betydningene av en slik landingsplass også kan vurderes.
- De samfunnsmessige konsekvensene av nedleggelse og oppsplitting av akuttmottaket på Ullevål sykehus er ikke utredet, til tross for at medisinske miljøer advarer sterkt mot dette.
- Tre av Oslos sykehus blir liggende langs trafikkbelastede Ring 3. Dette vil redusere helsetjenestens tilgjengelighet og øke samfunnets sårbarhet i akutte situasjoner. Ring 3 blir i seg selv et egnet terrormål. Forutsetningen om at Ring 3 har tilstrekkelig kapasitet synes ufundert.
- Tomtearealet på Gaustad er for lite til å gi noen muligheter for fremtidige utvidelser, samtidig som Oslos befolkning er sterkt voksende og aldrende. Kapasiteten på det nye sykehuset vil trolig være sprengt allerede ved oppstart.
- Forutsetningen om overføring av vesentlige helsetjenester til Oslo kommune, er ikke utredet. Det er ikke vurdert om Oslo kommune har bygningsmasse og helsefaglig kapasitet til å svare på utfordringen.
- Befolkningens tilgang på helsetjenester i en langvarig byggefase (13-15 år) vil bli sterkt svekket. Drift av nåværende Rikshospitalet, samtidig som det bygges nytt i og rundt sykehuset, er en svært kompleks øvelse som lett vil redusere produktiviteten og påvirke kvaliteten på de tjenestene som ytes på det nåværende Rikshospitalet.
- Forslaget om utbygging på Gaustad er i konflikt med fredningen av Gaustad sykehus og bevaringen av landskapet rundt. Riksantikvaren har varslet innsigelse mot planene for omregulering, noe som svekker mulighetene for gjennomføring av planen.
- Utbygging på Gaustad vil bli dyrere enn en alternativ utbygging av Ullevål sykehus, samtidig som planen har en rekke svakheter og liten kapasitet til å kunne dekke byens behov. Et ubesvart spørsmål er hvorfor HSØ likevel ønsker utbygging på Gaustad.
- Det må gjøres en reell vurdering av om utformingen av det nye sykehuset som foreslått i reguleringsplanforslaget, er robust mot epidemier og smitte. Det er ikke relevant å hevde at det ikke foreligger smitterisiko ved bruk av heis. Det relevante spørsmålet er om det er tilstrekkelig godt gjort at det planlagte sykehuset smittevernmessig med

overveiende sannsynlighet,² vil kunne svare på samfunnets behov ved neste pandemi, eller om dette hensynet tilsier en annen løsning. Til sammenligning ble Ullevål sykehus i sin tid tilpasset spesielt for å svare på slike utfordringer, med tilgang fra bakkeplan til betydelige deler av sykehuset.

- Soldiagrammer er kun utarbeidet for tidsrommet 10 - 17, slagskygge på morgen og kveld som følge av den planlagte utbyggingen, er ikke vist.

3 Om HSØs utredningsmetode

HSØs utredningsmetode er fragmentert, noe som illustreres av de om lag 400 forskjellige dokumentene som finnes i saken. Grunnlaget for høring er dermed også fragmentert. Fragmentering innebærer at viktige overordnede hensyn, som går på tvers av fagdisipliner og sektorer ikke er vurdert. Foreningen mener at utredningsmetodikken tilslører den helt sentrale innvendingen mot HSØs planer – at tilgjengelig areal på Gaustad og Aker til sammen er for lite til å fylle behovet for et godt og funksjonelt sykehus som fyller de medisinskfaglige behov som sykehuset skal dekke i dag og fremtiden.

Utredningsmetoden karakteriseres videre ved at mange vesentlige forhold som de ulike konsekvensutredningsrapportene påpeker som problematiske eller risikofylte ennå ikke utredet, men skyves fremover under henvisning til at de vil bli tatt hensyn til i detaljprosjekterings- og byggefasen³. Denne metodikken, som også innebærer en fragmentering, er ikke tilfredsstillende, da mange av de påpekte forholdene vanskelig vil la seg utbedre eller løse på grunn av plasseringen som er valgt og tomtens størrelse og beskaffenhet. Dette reiser problemer i forhold til kravet om forsvarlig utredning av saksgrunnlaget og kommunens plikt til å ivareta sentrale planhensyn. Vedtaket av planen slik den er nå, vil låse en rekke løsninger hvor man ikke har utredet om problemene vil la seg avhjelpe. Det er en fare for at viktige problemer blir avhjulpet med ad hoc løsninger begrenset av lite areal og manglende fleksibilitet.

4 Formålet med plan og bygningsloven og planprosessen. Behov for områderegulering.

Formålet med plan- og bygningsloven (planloven) er å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner, jf. § 1. Innenfor denne rammen skal planmyndighetene bl.a. «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale forskjeller» og legge til rette for god utforming av bygde omgivelser, jf. § 3-3 e) og f). Øvrige deler av formålsbestemmelsen viser at lovens formål er svært omfattende. Det ligger innenfor planmyndighetenes mandat og plikt å sikre at viktige hensyn ikke faller mellom flere stoler på grunn av fragmenteringsmetodikken i høringsgrunnlaget.

Planlovens hovedgrep for å unngå uheldige konsekvenser av et oppdelt beslutningsgrunnlag (fragmentering), er de ulike plannivåene, herunder kommunens adgang til bruk av

² Det relevante sannsynlighetskriteriet er om det er minst 50 % sannsynlig at samfunnets behov ivaretas. Medisinske evidenskrav til sannsynliggjøring av hvordan smitte skjer og om det kan skje i en heis, er ikke relevant.

³ F.eks. ROS-rapporten side 56- 60.

områderegulering der det er behov for mer områdevis avklaringer av arealbruken, jf. planloven § 12-2.⁴

Foreningen Redd Ullevål sykehus mener kommunen må benytte områderegulering for å sikre at formålet med planloven og de hensyn som bærer forslaget til detaljreguleringsplan for Gaustad sykehusområde, ivaretas.

Områdereguleringen kan dekke områder som ikke er geografisk sammenhengende – og en områdeplan for «Sykehusområder Oslo nord» kan være tjenlig. Denne kan dekke nåværende Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehusområde samt Aker sykehusområde og dermed sikre at hensyn som berører alle disse områdene ses i planfaglig sammenheng i langt større grad enn det som i dag er tilfelle.

En områdeplan vil være spesielt egnet til å vurdere hvordan risiko- og sårbarhetsforhold påvirkes ved utbygging av nye sykehus på hhv. Gaustad og Aker, både i en langvarig anleggelsesfase, og i den senere driftsfasen. Bl.a. blir det store trafikkutfordringene på Ring 3, gitt to sykehusutbygginger langs veien i en lang og overlappende tidsperiode. Trafikkutfordringene har en viktig side mot sårbarhet- og risikovurderinger. Ut fra et overordnet perspektiv, synliggjøres at forutsetningen om at trafikkavviklingen på Ring 3 ikke vil pådras kritiske behov⁵, å være svakt fundert.

Felles utredning av planfaglige hensyn ved bruk av områderegulering etter planlovens § 12-2, vil etter Redd Ullevål sykehus' mening avdekke at det er færre arealkonflikter ved valg av annen lokalisering enn Gaustad for utvikling av nytt storsykehus.

Uansett er konsekvensutredningen ufullstendig med tanke på å vurdere de samlede effektene av to så store infrastrukturutbygginger, ettersom disse utredningene i det store og hele er begrenset til virkninger innenfor planavgrensningen og i liten grad omtaler andre viktige forhold som utbyggingene medfører utenfor planområdene, herunder trafikkonsekvenser, forhold knyttet til risiko- og sårbarhet mv. Det vises til omtalen i punkt 7.2.

Planlovens saksbehandlingsregler suppleres av den sektorovergripende forvaltningslovens § 17 der det fremgår at forvaltningsorganet plikter å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Forvaltningslovens § 17 oppstiller et forsvarlighetskrav til saksutredning som ikke unngås ved valg av plantype etter planloven. Hvis kravet ikke oppfylles, er vedtaket ugyldig med mindre det er grunn til å tro at feilen ikke har virket bestemmende for vedtakets innhold, jf. forvaltningslovens § 41. I denne høringsuttalelsen påvises en rekke viktige forhold som *ikke er utredet, vurdert eller hensyntatt*. Dette er i en rettslig sammenheng noe ganske annet enn å diskutere interesser som er utredet, men som ulike interessegrupper vektlegger forskjellig. Når vesentlige forhold ikke er utredet i det hele tatt, er det rimelig å anta at feilen vil medføre at vedtaket er ugyldig.

⁵ ROS-analyse side 46: «Eksisterende veinett skal ha kapasitet til å håndtere estimert trafikkøkning.»

5 Planmyndighet og forholdet til HSØs «målbilde»

Ved vurderingen av forslaget til detaljreguleringsplan er en viktig premiss at Oslo kommune *ikke er bundet av HSØs «målbilde»*. Begrepet «målbilde» har ingen plass i planloven og er ikke styrende på annen måte enn at det er HSØs ønske. Oslo kommune er heller ikke bundet av Byrådets eller PBEs kommunikasjon med HSØ om plassering av nye OUS. Det er kun bystyret som kan vedta bindende planer. Byrådets og PBEs dialog med HSØ er kun av forberedende og orienterende art.

Hvis et «målbilde» vedtatt av HSØ i en tidlig fase skulle legge bånd på Oslo kommunes kompetanse som planmyndighet, ville det bety at beslutningen om lokalisering av nytt sykehus var fattet lenge før det var mulig å oppfylle planlovens og forvaltningslovens plikt til å opplyse saken og sørge for planfaglig gode løsninger, og på tvers av kompetansetildelingen i planloven som legger både utredningsplikten og vedtakskompetansen til kommunen.

Forøvrig er det grunnlag for å hevde at Oslo kommune foreløpig har tatt stilling til HSØs planer på sviktende grunnlag, jf. om dette i pkt 6.

6 HSØs varierende planer - bakgrunn og viktige trekk i planprosessen

6.1 Innledning

HSØs målbilde har vært styrende for planprosessen. Tidligere trekk i planprosessen er viktig for å forstå hvorfor foreliggende forslag har et så omfattende antall svake punkter. Vi vil derfor redegjøre for en del trekk i planprosessen som har vist seg å bli styrende.

6.2 Målbildet som det avgjørende premisset for planforslaget

Gjeldende planprosesser på Gaustad og Aker er et resultat av Helse Sør-Østs planer for å gjennomføre «målbildet» for Oslo Universitetssykehus HF, vedtatt av helse- og omsorgsminister Bent Høie som foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.⁶ Foretaksmøtet godkjente Helse Sør-Øst sitt fremtidige målbilde⁷ for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Foretaksmøtet uttalte at «Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF». Utredningene som fører fram mot behandlingen i styret og foretaksmøtet i HSØ, er for en stor del utarbeidet i regi av OUS og deretter oversendt HSØ.

Foretaksmøtets vedtak fulgte opp Helse Sør-Østs styrevedtak av 16. juni 2016.⁸ I saksfremlegget til nevnte styremøte ble flere ulike løsninger til dekning av fremtidige sykehusbehov diskutert. Bygningsalternativ som omfattet Ullevål ble skrinlagt. Det ble bl.a. vist til Ullevåltomtens store

⁶ Protokoll fra Foretaksmøte 24. juni 2016 [KM_C654e-20160817081722 \(regjeringen.no\)](http://km.C654e-20160817081722(regjeringen.no))

⁷ Når det gjelder målbildets rettslige status vises det til punkt 5 ovenfor.

⁸ [Godkjent protokoll styremøte 16 juni 2016.pdf \(helse-sorost.no\)](http://Godkjent%20protokoll%20styremøte%2016%20juni%202016.pdf(helse-sorost.no))

salgsverdi og at det ville være meget krevende å sikre god klinisk drift på Ullevål ved et eventuelt byggeprosjekt på tomten.⁹

Målbildet er premisset for utarbeidelsen av planforslagene og utelukker samtidig viktige alternative vurderinger. I det følgende vil vi peke på mangler ved målbildet som peker i retning av at et eventuelt planvedtak etter forslagsstillers planforslag, hviler på faktiske feil og et mangelfullt opplyst saksgrunnlag, jf. bl.a. forvaltningsloven § 17.

6.3 Målbildet fastsatte tomtevalget for tidlig og i strid med HSØs prosessregler

I foretaksmøtet 24. juni 2016 ble det besluttet at målbildet skulle «legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF». Beslutningen om tomtevalg på Aker og Gaustad ble med andre ord fattet på dette tidspunktet. Dette var åpenbart alt for tidlig både i forhold til modenheten i prosjektet og i forhold til prosessreglene som gjelder for slike beslutninger.¹⁰

I HSØs forutgående styrevedtak av 16. juni 2016 heter det bl.a. «Hoveddelene av de utredningene som er knyttet til Aker og Gaustad ligger på et idéfasenivå.». Videre fremgår det at arealbehovet på Gaustad skulle «kvalitetssikres i det videre arbeidet» og at det måtte «legges som en foreløpig premis at utviklingen av regionssykehuset på Gaustad skjer nord for Ringveien». Disse uttalelsene må ses på bakgrunn av at valgene så langt i idéfasen, bygget på en forutsetning om at sykehuset skulle strekke seg både syd og nord for Ringveien med et bredt lokk over Ringveien som skulle binde bygningene sammen. Dette var også det forslaget som ble forelagt Byrådet til uttalelse i februar 2016, jf. nærmere omtale av dette nedenfor. Imidlertid hadde denne planen *allerede* møtt på uoverstigelige hindringer ved at Statens Vegvesen i 19. januar 2016 hadde sagt nei til å bygge lokk over Ring 3. Det ble senere også klart at byggeplanene var lagt uten å avklare dette med grunneiere syd for Ringveien som det viste seg, ikke ville avgi tomt til sykehuset. Ved ekstern kvalitetskontroll datert 11. februar 2016 uttalte OPAK Metier:

«OPAK og Metier mener at prosjektet har undervurdert risikoen i alternativene, og spesielt alternativ 3, Delvis samling på Gaustad. Ut fra samtaler og skriftlige tilbakemeldinger fra Plan – og bygningsetaten (PBE) og Statens vegvesen (SVV) synes det sannsynlig at:

⁹ [Brukerveiledning – saksfremlegg til styret i Helse Sør RHF \(helse-sorost.no\)](#) s. 9-10. Det er interessant å merke seg at dette i sin tid var et viktig motargument mot å velge å bygge ut den mye større Ullevåltomten, mens dette argumentet nå er tillagt liten betydning ved en utbygging av den mye trangere Gaustad-tomten med langt dårligere adkomstmuligheter.

¹⁰ [Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf](#) Gjeldende veileder avløser Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter vedtatt i 2011: <https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>. Styret i HSØ vedtok i 2017 at Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Tidligfaseveilederen) skal tas i bruk på «pågående byggeprosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang», se <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2017/20170914/088-2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf> (sak 88/2017)

- Etablering av lokk kan bli vanskelig, og SVV melder skriftlig at ingen av løsningene med lokk er gjennomførbare
- SVV synes å mene at en planleggingshorisont på 10 – 15 år for etablering av lokk er for kort
- PBE signaliserer at det vil bli stilt krav om at lokk over Ring 3 er ferdig før første etappe på Gaustad i delvis samling på Gaustad, er ferdigstilt
- PBE signaliserer en betydelig reguleringsrisiko, som kan medføre at tomtearealene er for små til å etablere et sykehus på Gaustad som skissert i alternativ 3 (delvis samling på Gaustad)»

OPAK og Metier uttalte også at: «*Det kan derfor diskuteres om alternativ 3 (Delvis samling på Gaustad), slik det er presentert i dag, gir et riktig bilde overfor beslutningstakere.*»

Til tross for dette og i stedet for å revidere prosjektet, for eksempel ved å gjøre en fornyet vurdering av Ullevål tomten, fortsatte HSØ sin planlegging på Aker og Gaustad uten hensyn til at de nå hadde langt mindre areal på Gaustad tilgjengelig enn det planene opprinnelig forutsatte. At planene om å bygge syd for Ringveien var forlatt ble heller ikke klargjort overfor PBE, ref. bl.a. at HSØ i bestillingen av oppstartsmøte så sent som 20. mars 2017 anga¹¹ to alternative løsninger for utbyggingen: «Et alternativ med utbygging vesentlig nord-øst for dagens Rikshospital og et alternativ med utbygging hovedsakelig i sør, med lokk over Ring 3 og tilknytning til Forskningsparken» (vår kursivering). Det nord-østlige alternativet måtte for øvrig også skrinlegges fordi HSØ ikke hadde tatt hensyn til fredede Gaustad sykehus.

Det var videre svært uklart hvordan byggene skulle kunne innpasses på Gaustad-tomtene, noe den senere prosessen viser bl.a. med et prosjekt som stadig skiftet karakter ettersom tomtens begrensninger viste seg. Dette medførte bl.a. at utkast til planprogram måtte sendes ut på høring ved hele tre anledninger for å hensynta ulike hindringer. Viktige spørsmål om funksjonsfordeling var heller ikke avgjort, noe som bl.a. viste seg ved at traumemottaket måtte deles mellom Aker og Gaustad. Dette har vært svært uheldig for den helsefaglige planleggingen som sykehusets ansatte har måttet forholde seg til.

Den uryddige prosessen har bl.a. sammenheng med at prosessreglene for planlegging av sykehusprosjekter, som fremgår av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter ikke er fulgt.¹² Tidligfaseveilederen er utarbeidet av de regionale helseforetakene og stiller krav til

¹¹ I den siste runden foranlediget av at bygningene hadde vokst fra under 42 til 76 meters høyde som følge av endrede planer i HSØ. Dette var ikke kommunisert til PBE, som det fremgår i PBEs brev av 2. november 2018, hvor det igjen ble advart mot høy reguleringsrisiko. <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2018131457&fileid=8173275>. Se også [Tre 60–70 meter høye sykehusblokker planlegges på Gaustad \(aftenposten.no\)](#)

¹² [Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf](#) Gjeldende veileder avløser Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter vedtatt i 2011: <https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>. Styret i HSØ vedtok i 2017 at Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter (Tidligfaseveilederen) skal tas i bruk på «pågående byggeprosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang», se <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2017/20170914/088->

rekkefølgen av viktige stadier i planleggingen (bl.a. tidligfase, konseptfase og forprosjekt) og hvilke handlinger som må være gjennomført før en kan beslutte overgang fra en fase til den neste. Formålet er å bidra til en felles, effektiv og målrettet prosjektprosess for byggesaker i spesialisthelsetjenesten. Det følger av Tidligfaseveilederen pkt. 2 at «helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekt». Tidligfaseveilederen gjelder de bygningsmessige løsningene og konseptene og må derfor sees i sammenheng med Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.¹³

Oslo kommune er som planmyndighet ikke bundet av reglene i Tidligfaseveilederen. At disse ikke er fulgt av forslagsstiller kan likevel få betydning i en planfaglig vurdering, fordi det indikerer at saksgrunnlaget ikke er godt nok opplyst. Her vises det særlig til to viktige mangler ved HSØs prosess: Oppstart skal skje på grunnlag av en kvalitetssikret utviklingsplan og en økonomisk langtidsplan, som til sammen skal danne grunnlaget for at byggeprosjektet skal føre til et formålstjenlig bygg, jf. Veilederen punkt 3.1. For OUS forelå ikke utviklingsplanen før i april 2018.¹⁴ *Man kan derfor si at arbeidet med prosjektet Nye OUS begynte i feil ende, med lokalisering og tomtevalg i stedet for en sykehusfaglig behovsplan.*¹⁵ Et annet viktig punkt i Tidligfaseveilederen er at konsekvensutredning (KU) etter plan- og bygningsloven bør utføres før lokaliseringsvalg gjøres, slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag. Dette skal skje før overgangen til konseptfasen, jf. Veilederen punkt 6.4. For Nye OUS ble tomtene valgt først, deretter skulle sykehusene tilpasses disse. En ferdigstilt konsekvensutredning¹⁶ forelå ikke før 2. februar 2021, dvs. etter at til og med overgang til forprosjektfasen var blitt besluttet i HSØs styremøte 26. november 2020.¹⁷

Som det fremgår ble tomtevalget fastsatt før helt vesentlige avklaringer med hensyn til tomt og areal var gjennomført, og i strid med Tidligfaseveilederens regler og forutsetninger. Vi skal i det følgende si noe om overordnede virkninger av dette som er relevante fra et planfaglig perspektiv.

[2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf](#) (sak 88/2017)

¹³ Se Veilederen pkt. 1.1.

¹⁴ [Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

¹⁵ Det vises her også til OPAK og Metiers eksterne kvalitetskontroll hvor det heter på s. 4: «Til slutt mener OPAK og Metier at rapportene i idfasearbeidet til OUS handler for mye om lokasjon, og for lite om hvordan man skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv. Rapportene beskriver i liten grad dagens utfordringer med hensyn på kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, og hvordan dette skal forbedres i fremtiden. Slik OPAK og Metier leser rapporten synes mye av hovedargumentasjonen å være at jo større et sykehus er dess bedre blir pasientbehandlingen. Derfor oppfatter OPAK og Metier at vurderingene av alternativene handler mye om hvor mye som kan samles av funksjoner, og hvor mange nye bygg som realiseres. OPAK og Metier mener at helsesektoren burde hatt bedre erfaringsmateriale og pasientmodeller for hvordan sektoren behandler pasienter på en mest mulig optimal måte. Helsesektoren står foran store utfordringer ved at befolkningen øker og samtidig blir eldre. Likevel synes ikke helsesektoren å ha en klar plan for hvordan disse utfordringene skal løses. Dette er planer og underlagsdokumentasjon som burde vært utarbeidet av HSØ, OUS og de enkelte foretak.»

¹⁶ Fortsatt er dessuten vesentlige utredningspunkter skjøvet frem i tid, se for eksempel ROS-analysen s. 56- 60.

¹⁷ [Oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)

For det første låser målbildet planprosessen til et prosjekt hvor arealmangelen er påtrengende, noe som medfører mindreverdige løsninger både fra et planfaglig og et sykehusfaglig perspektiv og videre angir løsninger i strid med gjeldende regler og planer (herunder forholdet til samfunnsikkerhet og beredskap.) Det vises til nærmere omtale nedenfor i punkt 7. Dette har HSØ vært kjent med siden før målbildet ble fastsatt, jf. bl.a. OPAK og Metier sin eksterne kvalitetskontroll datert 11. februar 2016 og Statens Vegvesens brev av januar 2016 om at lokket ikke ville la seg gjennomføre. Areal mangelen har også senere mange ganger vært tydelig påpekt av PBE uten at dette har medført noen endringer i målbildet.¹⁸ PBE påpekte bl.a. problemer med at tomten ville bli for liten dersom man fjernet området syd for Ring 3 fra planområdet.¹⁹ Begrensningene i byggeområdets utstrekning ble også gjentatt i andre dialogmøter²⁰ og i et eget brev til forslagsstiller av 28. november 2018.²¹ Dette brevet fulgte i det vesentlige opp varslersom allerede var gitt tidligere i prosessen. For prosjektet Kam, som er det som er valgt for senere bearbeidelse til dagens høringsforslag, varslet PBE om *svært høy* reguleringsrisiko knyttet til at planlagt byggeområde er for lite i forhold til utnyttelsen, høyden på byggene og bevaringshensyn. Det ble varslet om *høy* reguleringsrisiko knyttet til landskap og blågrønn struktur, byrom og bymessig sammenheng. Dette brevet bekreftet dermed at bekymringene som var fremmet av OPAK og Metier var vel funderte. En ytterligere bekreftelse på det samme fikk vi da PBE varslet HSØ i mai 2020 om at PBE kom til å legge ut planforslaget på Gaustad til offentlig ettersyn, men ikke ville anbefale noen av alternativene.²² Dette førte til at HSØ trakk forslaget og ba om mer tid til å forbedre reguleringsforslaget frem mot det som nå er på høring. Plassmangelen fører også til andre vesentlige problemer knyttet til uklarheter omkring de sykehusfaglige løsningene og funksjonsfordelingen mellom Aker og Gaustad, noe som spiller direkte inn på hensyn PBE skal ivareta, jf. uttalelsene om vurdering av helsefaglige forhold i planforslaget. Disse problemene er omtalt nedenfor i avsnitt 8 - 12. I tillegg til de konkrete problemene som omtales, er det klart at de mange endringene av planene som kontinuerlig har foregått med hensyn til plassering av funksjonene, også får negativ betydning for selve planprosessen.²³ Dette gjelder endringer i bygningsareal og -høyder,²⁴ men også hvordan funksjoner skal fordeles mellom de to lokasjonene. Dette kompliserer reguleringsarbeidet når det gjelder å vurdere hva som vil være sikre og hensiktsmessige løsninger.

For det andre er en uheldig effekt av målbildet og for lite areal, at HSØ forsøker å finne løsninger for viktige deler av prosjektet *utenfor* planprosessen, og da på måter som klart bør vurderes i sammenheng med planforslaget for at formålet med planlovens utredningsplikt, og lovformålet, skal ha mulighet til å oppfylles. Et forhold som behandles utenfor planprosessen er midlertidige landingsplasser for redningshelikoptrene, noe som vil ha stor innvirkning på omgivelsene i lang tid fremover. Det samme gjelder forsøket på å skaffe seg tilleggsarealer i

¹⁸ Se bl.a. Referat fra Dialogmøte 4 [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

¹⁹ Se for eksempel referat fra Dialogmøte 3 [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²⁰ [Dialogmøte 5 showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²¹ [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²² [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²³ Så sent som i august 2018 foreslå administrasjonen i OUS å utsette byggingen av Aker. [Nytt Aker sykehus kan bli fem år forsinket – NRK Oslo og Viken – Lokale nyheter, TV og radio](#)

²⁴ Jf. omtalen overfor av at høyden plutselig økte voldsomt og i brudd med Oslo kommunes høyhusstrategi: [Tre 60–70 meter høye sykehusblokker planlegges på Gaustad \(aftenposten.no\)](#)

Livsvitenskapsbygget (LVB) som er under oppføring. Her er det uklart om det finnes arealer å avse til OUS, noe som ikke kommuniseres i planprosessen. I styremøte i OUS 30. april 2021 behandles Risikostyring i Nye Oslo Universitetssykehus²⁵ og i vedlegget om Livsvitenskapsbygget heter det: «Innmeldt funksjons- og kontorarealer viser seg er vanskelig for Statsbygg å få plass til i de tiltenkte områdene, og det pågår en prosess med UIO og Statsbygg hvordan en løser arealbehovet til OUS i bygget.»²⁶ Det kan synes som om dette vil forutsette påbygging av etasjer på LVB, se illustrasjon av nær- og fjernvirkninger på s. 101 i høringsutkastet hvor LVB ser ut å være tegnet høyere i situasjonen etter utbygging. Hvis planen faktisk er å bygge LBV høyere enn opprinnelig planlagt, er finstudering av illustrasjonen den eneste måten å avdekke dette på. Dette er ikke mulig å vurdere for høringsinstansene, da LVB ikke er en del av planforslaget. Hvis slike endringer er forutsatt for å skaffe nok plass, må det innlemmes i eksisterende planforslag slik at det er mulig å uttale seg om det i sammenheng.

For det tredje innebærer målbildet at alternative vurderinger som burde vært utført, faller utenfor gjeldende planprosess. Anvendelsen av målbildet som et avgjørende premiss for prosessen gjør bl.a. at Oslo kommune i praksis avskjæres fra å gjøre meningsfylte sammenligninger med alternativer som omfatter andre plangrep, som for eksempel å bruke hele eller deler av Ullevålområdet. Dette er særlig betenkelig når Oslo kommune tvinges til å velge mellom to klart mindreverdige løsninger på Gaustad, som planforslagets alternativ 1A og 1B innebærer. De to alternative planforslagene 2A og 2B har aldri vært realistiske og er derfor en bortkastet øvelse («skinnøvelse»). HSØ burde i stedet utarbeidet meningsfylte alternativer som omfatter et stort nok areal, typisk da på Ullevåltoften som de selv disponerer. HSØs valg av plantype til detaljregulering for å avgrense vurderingen til målbildet, binder imidlertid ikke Oslo kommune, som bør sørge for at det utarbeides en områderegulering som omfatter stort nok areal til å dekke sykehusets behov nå og i fremtid. Det vises til nærmere omtale i punkt 4 ovenfor. Et sterkt argument for dette er manglene som er påvist i HSØs egen prosess, jf. ovenfor. Oslo kommune som planmyndighet, kan ikke begrenses i en sak med så store og langsiktige konsekvenser av et målbilde fastsatt på en måte som ikke oppfyller HSØs egne prosessregler, og uansett lider av en rekke mangler i utredningen som vil forplante seg til et eventuelt planvedtak, herunder brudd på kravene til et tilstrekkelig godt utredet saksgrunnlag, jf. forvaltningsloven § 17.

Et fjerde svært viktig punkt gjelder oppfyllelsen av kravene i plan- og bygningsloven kapittel 5 om medvirkning. Kommunen skal påse at medvirkning er oppfylt i planprosessen, jf. planlovens § 5-1. I prosessen hittil har HSØ fremmet stadig endrede forslag hvor viktige forhold enten ikke er utredet, eller belyst innenfor smalt avgrensede planområder. Det er klart at ulike grupper av interessenter ikke har fått tilstrekkelig godt grunnlag for å delta i hensiktsmessige medvirkningsprosesser slik loven forutsetter. Medvirkningsprosessene må dimensjoneres etter planprosessens karakter og tilpasses brukergruppene.²⁷ I dette tilfellet er det et svært

²⁵ [Styresak 2021-31-00 Risikostyring i Nye Oslo universitetssykehus 20210430.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

²⁶ [Styresak 2021-31-05 Livsvitenskapsbygget 20210430.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

²⁷ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrativeilederen/kommunen-og-innbyggerne/innbyggernes-medvirkning-i-planprosesser/id2425535/>

omfattende og vanskelig tilgjengelig forslag som er sendt på høring og det kan ikke forventes at den ordinære høringsfristen vil være tilstrekkelig til å reparere at muligheten til medvirkning så langt har vært svært begrenset. Dette gjelder ikke minst fordi forslaget også omfatter komplekse helsefaglige spørsmål og at Aker og Gaustad-forslagene innholdsmessig henger sammen og må vurderes i sammenheng. Fordi forslagene hele tiden endrer karakter er det vanskelig å gjennomføre gode medvirkningsprosesser med de ansatte, som er en viktig forutsetning for å sikre at forsvarlighetskravet i helselovgivningen blir oppfylt. Det vises også til at mange av de berørte er naboer, nabolagsforeninger og andre med begrenset tid og ressurser til å sette seg inn i så omfattende materiale, samt brukergrupper innenfor helsesektoren som heller ikke kan forventes å ha anledning til å sette seg inn i konsekvensene forslagene vil ha for dem innenfor en så kort frist og på et så tynt grunnlag. Dette gjelder ikke minst gruppen av psykiatriske pasienter som åpenbart vil få et helt uegnet og utilstrekkelig tilbud slik løsningen for dem er tenkt midt i Sinsen-krysset. Alt i alt vil ikke de (manglende) medvirkningsmulighetene hittil gi tilstrekkelig legitimitet til planprosessen og heller ikke være egnet til å innhente relevante synspunkter som er viktig for å få et godt resultat.

Konklusjonen så langt er at HSØs prosess lider av store mangler når det gjelder å klarlegge helt vesentlige forhold knyttet til tomt, arealbehov og funksjonsfordeling som burde vært avklart før lokaliseringssvalget ble truffet. Målbildet har fastsatt tomtevalget til to tomter som til sammen ikke er store nok til å gi plass til nødvendig areal og gode løsninger. Dette har skjedd uten at viktige planfaglige vurderinger og avklaringer har blitt gjennomført i tide. Manglene kan bl.a. forklares med at man ikke har fulgt fremgangsmåten som følger av Tidligfaseveilederen, noe som kunne gitt klarhet i både viktige forhold knyttet til tomt og arealbruk og dermed hva som var det reelle handlingsrommet knyttet til tilgjengelig areal. Videre har det foregått en vedvarende sjonglering med funksjoner og nye beregninger av arealbehov knyttet til sykehusdriften. Disse svakhetene kan ha sammenheng med at det heller ikke har foreligget en utviklingsplan i tide til at den kan hensyntas i sykehusplanleggingen og tomtevalget, slik Tidligfaseveilederen forutsetter. Prosessen hittil vanskeliggjør gode vurderinger av om arealbehovet faktisk lar seg oppfylle på de to tomtene, selv ved å presse byggeplanene utover tomtenes tålegrense slik de foreliggende forslagene nå gjør. Imidlertid viser vår diskusjon i punktene 7 - 15 nedenfor klart at dette ikke er tilfelle. Videre har målbildet for tidlig avskåret vurderinger av alternative løsninger. Den uryddige prosessen vanskeliggjør også en fornuftig medvirkning fra berørte interessenter.

6.4 Forholdet til Oslo kommunes tidligere behandling av saken

Helse Sør-Øst har flere ganger fremhevet at forslaget til videreutvikling av OUS som er fastsatt i målbildet, er i tråd med tidligere uttalelser fra Oslo kommune. I Helse Sør-Østs saksfremlegg til ovenfor nevnte styremøte hvor målbildet ble vedtatt, ble det bl.a. vist til²⁸ at Byrådet i Oslo hadde avgitt høringsuttalelse i saken 21. januar 2016, med følgende konklusjon:

«Oslo kommune anbefaler alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør

²⁸ [Brukerveiledning – saksfremlegg til styret i Helse Sør RHF \(helse-sorost.no\)](#) s. 7.

plasseres på Aker. Denne løsningen vil gi de største positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehusstilbudet for Oslos innbyggere. Det påpekes at Aker ligger inntil ett av Oslos viktigste byutviklingsområder, som vil ta en stor del av befolkningsveksten i årene fremover.»²⁹

Denne uttalelsen har i ettertid av HSØ blitt tatt til inntekt for at Oslo kommune har fått den løsningen kommunen selv har bedt om, med utbygging på Aker og Gaustad. Dette er imidlertid ikke en riktig påstand.

For det første, i henvendelsen fra OUS³⁰ som var grunnlaget for saksfremlegget som Byrådet i Oslo behandlet, var det forutsatt at alternativet «delvis samling» ville innebære bygging av *lokk over Ring 3* som ovenfor nevnt. Det heter bl.a. i OUS brev:

«Grønt-draget langs bekken vest for Rikshospitalet utvikles til et mer attraktivt parkområde som styrker dette grønnt-draget sammenlignet med i dag. I første etappe forventes bare bygging nord for Ring 3. Ved fullføring av målbildet kreves også utbygging sør for Ring 3. Det foreslås da bygget et lokk over Ring 3 som også vil knytte sammen og styrke grønnt-draget fra Blindernområdet og nordover mot marka, ved at lokket blir en del av et sammenhengende grønnt område.»

Vedlagt brevet fulgte en presentasjon som illustrerte lokket og sykehusområdet som et åpent og attraktivt område med mange forhøyede kvaliteter for nærområdet, i motsetning til det som er tilfelle i dagens forslag.³¹

Det har vist seg at forslaget som ble presentert for Byrådet av OUS hvilte på uriktige forutsetninger på områder som var av helt vesentlig betydning for Byrådets uttalelse. For det første ga Statens Vegvesen beskjed om at det ikke ville være mulig å bygge lokk over Ring 3 av veifaglige årsaker. Dette ble meddelt OUS i Statens Vegvesens brev av 12. januar 2016 og gjentatt i brev 19. januar 2016 i forbindelse med at det samme dag var avholdt et møte mellom OUS og Statens Vegvesen om saken.³² Dette var altså før Byrådet behandlet saken. Denne informasjonen var ikke gitt videre til Byrådet i tide før Byrådets behandling av saken,³³ på tross av at den innebar vesentlig endrede forutsetninger for forslaget som var presentert av OUS ved at lokket måtte utgå.³⁴ For det andre omfattet byggeplanene slik de ble skissert av OUS, at byggeområdet skulle strekke seg sør for Ring 3. Som ovenfor nevnt var imidlertid dette på tomtegrunn de ikke selv eide eller disponerte. HSØ kom senere til en forståelse med UiO og

²⁹ [fil \(oslo.kommune.no\)](https://fil.oslo.kommune.no)

³⁰ [US-ADM-M126278-20151022102056 \(oslo.kommune.no\)](https://us-adm-m126278-20151022102056.oslo.kommune.no)

³¹ [PowerPoint-presentasjon \(oslo.kommune.no\)](https://powerpoint-presentasjon.oslo.kommune.no)

³² Omtalt i OPAK og Metier, Ekstern Kvalitetskontroll s. 16. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20idéfasen%2020161102.pdf>.

³³ OPAK og Metier uttalte om dette i Ekstern Kvalitetskontroll: «Videre er brevet fra SVV en bekreftelse på at en stor risikofaktor allerede kan være i ferd med å være en realitet - at det ikke kan bygges lokk over Ring 3. OPAK og Metier kjenner også til at byrådet baserer sin anbefaling av alternativ 3, delvis samling på Gaustad, på skisser hvor det forutsettes at det skal bygges lokk over Ring 3.

³⁴ Dette er påpekt i Kjersti Patricia Amundsens innlegg i Finansavisen 8. november 2019 [Striden om nytt sykehus i Oslo: Hevder viktig informasjon ble tilbakeholdt | Finansavisen](https://finansavisen.no/nyheter/2019/11/08/striden-om-nytt-sykehus-i-oslo-hevder-viktig-informasjon-ble-tilbakeholdt)

Sintef som grunneiere syd for Ringveien om at sykehusutbyggingen bare skulle skje nord for Ring 3.³⁵

For det andre inneholdt Byråds uttalelse viktige forbehold og forutsetninger som ikke kom til uttrykk i Helse Sør-Østs saksfremlegg som vist til over. Byrådet tok et generelt forbehold om at uttalelsen var en foreløpig planfaglig vurdering og at det valgte alternativ ville bli gjenstand for ordinær planbehandling. Byrådet uttalte videre:

«Videre vil utbygging av Gaustad syddover 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» 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.»

Slik planforslaget for Gaustad nå ser ut, er det klart at det avviker vesentlig fra det forslaget som dannet grunnlag for Byråds uttalelse. Tomtearealet som er omfattet av planavgrensningen har blitt så lite at de viktige forutsetningene som fremgikk av Byråds uttalelse om grønt-draget, skala og volumstørrelser og parkrommet foran Gaustad ikke kan gjennomføres. Det positive byplangrepet som lokket over Ring 3 ville representert, vil heller ikke bli gjennomført. I tillegg fører den trange tomten til en rekke problemer knyttet til gjennomføring av byggeprosessen, utforming av bygningsmassen og sikkerheten rundt driften av sykehuset dersom reguleringsforslaget blir vedtatt. Disse konkrete forholdene vil bli nærmere omtalt nedenfor i punkt 7 - 15.

De forholdene som her er nevnt har to viktige implikasjoner. For det første innebærer det at Byråds uttalelse ikke kan påberopes av HSØ som et argument i den forestående planbehandlingen. Byrådet ville uansett ikke gyldig kunne forhåndsbinde kommunens myndighet etter plan- og bygningsloven (noe Byrådet for øvrig også tok forbehold om). I dette tilfelle er det videre klart at avviket mellom det Byrådet uttalte seg om, og det aktuelle forslaget er så vesentlig at Byråds uttalelse heller ikke kan tillegges noen annen form for argumentverdi – tvert imot. For det andre innebærer det som er beskrevet ovenfor at gjengivelsen av Byråds uttalelse i HSØs saksfremlegg til styremøtet 16. juni 2016, som igjen dannet grunnlag for målbildet besluttet av HSØs styre og senere foretaksmøtet, er mangelfullt. Fordi saksgrunnlaget ikke gjenga forutsetningene som Byråds uttalelse bygget på, og at disse ikke ville kunne la seg gjennomføre bl.a. fordi det ikke var mulig å bygge lokk over Ring 3, ga saksfremlegget en skjev og ufullstendig fremstilling av Byråds mening om saken. Dette kan ha påvirket vedtaket av målbildet i HSØs styre og i foretaksmøtet.

³⁵ [showfile.asp\(oslo.kommune.no\)](http://showfile.asp(oslo.kommune.no))

7 ROS-analysen oppfyller ikke kravene i pbl. § 4-3

7.1 Lovens krav

Planlovens § 4-3 krever blant annet:

«Ved utarbeidelse av planer for utbygging skal planmyndigheten påse at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres for planområdet, eller selv foreta slik analyse. Analysen skal vise alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging» (vår understrekning).

Lovformålet er åpenbart; nye planer bør bidra til et sikrere samfunn forenlig med formålsbestemmelsen i § 3-1. Planer som bidrar til det motsatte skal ikke vedtas og vil ev. være ugyldige. § 3-1 angir oppgaver og hensyn i planlegging etter loven, og er dermed på overordnet nivå bestemmende for hva planmyndighetene må sikre at er vurdert og hensyntatt i planene. Særlig § 3-1 h) er sentral i vurderingen av om kravene til utarbeidelse av en risiko- og sårbarhetsanalyse i henhold til § 4-3 er oppfylt, jf. Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) side 188. § 3-1 h) angir at oppgaver og hensyn er å «fremme samfunnssikkerhet ved forebygging av risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv.»

St.meld. nr. 17 (2001-2002) om samfunnssikkerhet tilsier at samfunnets sikkerhet i større grad enn tidligere må vurderes «i forhold til den trusselen terrorisme og organisert kriminalitet representerer», jf. dokumentets sammendrag. Av Meld. St. 10 (2017-2017) «Risiko i et trygt samfunn» følger at kommunen er sentral ved ivaretagelsen av samfunnssikkerhet, definert som samfunnets evne til å «verne seg mot og håndterer hendelser som truer grunnleggende verdier i og funksjoner og setter liv og helse i fare», jf. dokumentet side 9. Det nevnes at slike hendelser kan være utløst av bevisste handlinger, altså terror og sabotasje. Slike forhold er med andre ord stadig mer relevant og har økende vekt. Kommunens plikter i denne forbindelse må bl.a. ivaretas av kommunen som reguleringsmyndighet. På side 14 i dokumentet nevnes at det er et mål at sikkerhetskulturen i samfunnet forbedres, bl.a. ved bedret risikoerkjennelse.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utarbeidet veilederen «Samfunnstryggleik i kommunen si arealplanlegging» (2017). Det fremgår av dokumentet at det er sentralt i en ROS-analyse å koble konsekvenser i og utenfor planområdet og vurdere disse samlet, jf. kapittel 3 der anbefales at en ROS-analyse omfatter:

- forhold i omkringliggende område som kan få konsekvenser for planområdet
- endringer i risiko- og sårbarhetsforhold som følge av planlagt utbygging
- risiko- og sårbarhetsforhold i kombinasjon
- mulige konsekvenser av utbygginga for omkringliggende områder

DSB er fagorgan for samfunnsrisikoforhold, og direktoratets veileder er relevant og har stor vekt ved tolkingen av kravet til ROS-analyse i planlovens § 4-3, jf. også SOM-2017-4303 som viser til dagjeldende veileder fra DSB.

Mangelfull ROS-analyse kan utgjøre en saksbehandlingsfeil som tilsier at en plan ikke kan gyldig vedtas. Sivilombudsmannen påpekte i sak SOM-2017-4303 lignende saksbehandlingsmangler som påvises nedenfor, i sak om reguleringsplan for flerbrukshall i Trondheim, og ba om ny saksbehandling.

7.2 ROS-analysen for Gaustad sykehusområde

Fagrapporten Risiko- og sårbarhetsanalyse for detaljreguleringen Gaustad sykehusområde (ROS-analysen) er utarbeidet av Rambøll, sist revidert 15. desember 2020. Viktige risikoaspekter synliggjøres ikke, jf. nedenfor. Endringer i risiko og sårbarhet som følge av planen i seg selv, er overhodet ikke belyst. Manglene skyldes sannsynligvis at en detaljreguleringsplan er en for snever avgrensning ift. de mange spørsmål planforslaget reiser.

Det er særlig vurderingene av såkalte menneske- og virksomhetsbaserte farer (rapportens pkt. 5.2.2) og forsynings- og beredskapsfare (pkt. 5.2.3) som er mangelfulle fordi reguleringsforslaget har en for snever avgrensning.

Vi påpeker at følgende forhold er ikke er utredet eller er mangelfullt utredet:

- Storbrann er identifisert som en risiko. Risiko skal avdempes i forbindelse med detaljprosjektering (byggtekniske forhold) samt ved at reguleringsplanen tilrettelegger for at utrykningskjøretøy kan kjøre rundt dagens Rikshospital, samt kjøring på gang- og sykkelvei. Det angis: «Dette muliggjør adkomst for utrykningskjøretøy.» Det er hele tiden fremkommelighet *innenfor* detaljplanområde som analyseres. Fremkommelighet *utenfor* planområdet nevnes ikke.
- Videre verken nevnes eller analyseres hendelser i eller utenfor sykehusområdet som krever utrykning (brann, større ulykker eller terrorhendelser) kombinert med manglende fremkommelighet på Ring 3 som er eneste reelle adkomstmulighet med bil inn i området for detaljplan. Det nevnes heller ikke at ved manglende fremkommelighet på Ring 3, vil den delen av Oslos akuttmottak som tenkes plassert på Aker sykehus, også være utilgjengelig eller tungt tilgjengelig for alle. Manglende vurdering av disse risikoforholdene illustrerer problemet med at det er detaljreguleringsplan som er valgt, og ikke områdereguleringsplan.
- ROS-analysen kommenterer ikke øket sårbarhet som følge av at akuttmottaket både på Aker og Gaustad for en stor del (Aker) eller helt (Gaustad) er avhengig av Ring 3. Oslos befolkning vil som følge av detaljplanene for Aker og Gaustad, hvis de vurderes samlet, være *mer sårbare* for større ulykker eller terror på Ring 3, enn det befolkningen er i dag, med akuttmottaket plassert på Ullevål. Denne betydelige økningen i sårbarhet i forhold til dagens situasjon, og muligheten for at veistrekningen Ring 3 dermed i seg selv blir et terrormål, kreves utredet.
- ROS-analysen kommenterer ikke at sykehusbygg er spesielt komplekse, noe som påvirker både anleggsfasen og driftsfasen, og drøfter dermed ikke om dette krever spesielle risikovurderinger. Ordinære risikoevalueringmatriser er anvendt, uten vurdering av om tilpasninger bør gjøres f.eks. i forhold til risiko knyttet til intenderte handlinger pga. bygningsmassen og sykehusaktivitetens særlige kompleksitet, sårbarhet og kritiske verdi for samfunnet.

- ROS-analysen nevner ikke betydningen av at en annen stor arbeidsplass – UiO – holder til på andre siden av Ring 3, og at svært mange mennesker dermed har daglig tilholdssted innenfor et begrenset område. Dette må nødvendigvis påvirke risikovurderingene.
- Utrykninger fra Oslo sentrum til akuttmottaket vil måtte gå på småveier i boligstrøk som allerede er trafikkbelastet og har stor andel myke trafikanter, bl.a. skolebarn og studenter. Risikoen ved dette er ikke omtalt i ROS-analysen.

Sykehusanleggets art, størrelse og plassering vil by på klare utfordringer i forhold til evakuering og nødetaters tilgang. Et større område på begge sider av Ring 3, dvs. UiOs område, det ønskede nye sykehuset og nåværende Rikshospitalet, idrettsstadion på Ullevål og den alltid tilstedeværende trafikken på Ring 3, vil til alle tider på døgnet samle svært mange mennesker, til tider en betydelig del av Oslos befolkning. Dette tilsier at området kan bli ansett som et egnet terrormål. Manglende tilgang på andre måter enn via Ring 3, som i praksis «lukker» området, øker området «terrorstatus» og tilsier at det vil by på betydelige utfordringer om terror eller sabotasje inntreffer. Dette etablerer en fare for skade på helse og tap av liv. Dette problemet forsterkes av at akuttmottaket (ene) – som begge ligger langs Ring 3 - vil måtte spille en stor rolle ved en slik hendelse, men også kunne bli direkte berørt av samme hendelse, ev. at adkomsten blir sperret.

Forslaget til detaljregulering på Gaustad medfører en endring i risiko- og sårbarhetsbildet ved terror og sabotasje i et område som går langt utenfor arealet for forslaget til detaljreguleringsplan. DSBs veileder om ROS-analyser krever at dette hensyntas i analysen, jf. ovenfor. Likevel er slike endringer i risikobildet som planen selv skaper, overhodet ikke vurdert i Rambølls ROS-analyse, som vurderer sykehusbygging og drift innenfor området på Gaustad isolert. Innelukkingseffekter, begrenset tilgjengelighet fordi Ring 3 er eneste tilfartsvei av betydning samt sannsynlig øket status som terrormål, er ikke nevnt. At sykehuset når det kommer i drift, og ev. i utbyggingsfasen, må etablere planer for terror mot for virksomheten, avhjelper ikke dette, jf. tilsvarende i nevnte uttalelse fra Sivilombudsmannen. Øket sårbarhet som følge av planen i seg selv må, for å kunne tas i betraktning, vurderes som en del av plansaken, altså før prosjektet ev. igangsettes. Flere av forholdene som er nevnt finnes det ikke relevante avbøtende tiltak for.

Når det gjelder risiko inne på sykehusområdet er dette heller ikke tilfredsstillende utredet fordi det i liten grad vises til virksomme avbøtende tiltak i forhold til påpekte risikoforhold.

Som nevnt er det forutsetningen at flere av de nevnte risikoforholdene skal løses i forbindelse med detaljprosjektering og anleggsfasen. Foreningen anfører at mange av de nevnte forholdene ikke vil la seg avhjelpe, da problemet i de fleste tilfellene skyldes plassmangel og tomtens beskaffenhet.

ROS-analysens påpekning av at «Anleggsområder med dyrt/attraktivt utstyr for tyveri/hærverk, muligheter for innbrudd o.l. medfører at det bør gjennomføres egne vurderinger av behov for ekstra sikkerhetstiltak i forbindelse med anleggsgjennomføring» virker malplassert sett i lys av

hva som ikke er utredet i analysen³⁶. Andre mulige, intenderte hendelser ville vært mer nærliggende å vurdere.

Planlovens § 4-3 første ledds krav til at ROS-analysen viser «alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging» er ikke oppfylt. Detaljreguleringsplan kan dermed ikke gyldig vedtas.

8 Den foreslåtte sykehusstrukturen – overordnet

Den planlagte sykehusstrukturen har bygninger med varierende høyde. Store deler av arealene planlegges i svært høye bygg med små etasjeplan. Bygningene ligger adskilt i bratt terrenget med til dels store avstander og nivåforskjeller. Det er ikke gode tverrgående forbindelser mellom byggene. Dette gir et sykehus med dårlig logistikk, generalitet og bygningsteknisk fleksibilitet. Målbildets eget krav til et kompakt sykehus forutsetter imidlertid en sammenhengende bygningsmasse med store, likeverdige etasjearealer, ikke ulikt dagens Rikshospital. Redd Ullevål sykehus har utarbeidet en separat høringsuttalelse om disse forholdene.

9 Traume- og akutteneheten i ny delt løsning. Overføring av helsetjenester til Oslo

Oslo Universitetssykehus er Europas største sykehus. Hele regionen og til en viss grad hele Norge er avhengig av kapasiteten og akuttfunksjonene på Ullevål³⁷. Beslutningen om å legge ned den store og godt fungerende traume- og akutteneheten på Ullevål er i seg selv vidtrekkende, med komplekse konsekvenser. De samfunnsmessige konsekvensene av denne beslutningen i seg selv, er knapt vurdert.

Nedlegging skal skje samtidig med etablering av ny traume- og akuttberedskap i en delt løsning mellom nytt sykehus på Gaustad og nye Aker sykehus. Ansvaret for helsetjenester til tre bydeler (Grorud, Stovner og Alna) som i dag har sine sykehustjenester på Akershus Universitetssykehus, skal samtidig tilbakeføres til Oslo kommune. Dette alene er en økning i oppgaver for Oslo kommune som tilsvarer et stort lokalsykehus. Fagmiljøene ved sykehuset peker på dette som en ekstraordinært krevende prosess som skal foregå i en periode med stor oppgavevekst som en følge av befolkningsøkning og behov knyttet til en sterkt aldrende befolkning. Vi kan ikke se at det er utredet hvordan dette skal skje, eller om de ideelle sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg har mulighet til å overta en større del av oppgavene. Disse sykehusene har i sine utviklingsplaner i dag ikke tatt høyde for vesentlig tilføring av oppgaver om kort tid.

Samtidigheten i en rekke komplekse omstruktureringer av fagmiljøer og tilførsel av nye oppgaver til Oslo kommune uten utredning av hvordan og hvor dette skal skje, er sterkt

³⁶ ROS-analysen s 57.

³⁷ Dette utløser spørsmål om tilgrensende kommuner burde vært tatt med på høring, f. eks via regionalt planforum jf. pbl § 5-3. Så vidt vi det er f. eks Bærum sykehus avhengig av tjenester fra OUS.

kompliserende. Det er grunn til å stille spørsmål ved om planen i det hele tatt er gjennomførbar og forsvarlig.

10 Sykehuskapasitet og konsekvensene for de kommunale helsetjenestene

Rapporten «Sykehusutbygginger i Oslo – konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse- pleie- og omsorgstjenester»³⁸ er utarbeidet av Kommunekonsult på oppdrag fra bystyregruppen til Oslo Senterparti. I rapporten sammenlignes Helse Sør-Østs planer om utbygging på Aker og Gaustad og nedleggelse av Ullevål med det såkalte Parksykehusalternativet,³⁹ ideskissen til alternativ utbygging av Ullevål.

Rapporten konkluderer med at det er overveiende sannsynlig at det vil oppstå en underdekning av sykehustjenester i Oslo selv etter at et eventuelt nytt sykehus på Gaustad er bygget.

Kommunekonsult viser at befolkningsutviklingen i Oslo og veksten i antall innbyggere over 70 år, vil gi kraftig økning i behovet for helse- og omsorgstjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Skal dagens nivå på kommunale tjenester opprettholdes, vil behovet frem mot 2035 øke med omtrent 85 prosent, mot 2050 vil veksten være 185 prosent. Dette er før overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Kommunekonsult skriver:

«I OUS' utviklingsplan fram til 2035 anslås behovet for liggedøgn i sykehusene å øke med 42 prosent. Kapasitetsberegningene for de nye byggene forutsetter at en vesentlig del av denne økning må overføres til, og ivaretas av kommunehelsetjenesten. Videre planlegges det en omfattende effektivisering slik at OUS kan klare seg med en relativ liten økning av kapasiteten.

Oslo kommune har påpekt at behovene for sykehustjenester til innbyggerne undervurderes i de planene OUS baserer seg på. Kommunen har også uttalt at den ikke er tatt med på råd i forbindelse med planene.» (Vår understrekning)

Forutsetningen om overføring av vesentlige helsetjenester til Oslo kommune er fortsatt kun en forutsetning. Hvordan (hvor og med hvilket personell) dette i praksis skal skje, er det ingen som kan svare på. Det er alarmerende at Oslo kommune ikke selv er tatt med på råd (så vidt vi vet.)

Konkret planlegger OUS/HSØ å overføre 15 prosent av oppgavene til kommunen innen somatikk og 20 prosent innen psykiatri til Oslo kommunes helsetjeneste. I tillegg baseres planene på overføring av oppgaver til Lovisenberg og Diakonhjemmet. OUS har i dag ansvar for en rekke spesialisttjenester i de bydelene som sogner til Lovisenberg og Diakonhjemmet. OUS

³⁸ Rapport fra Kommunekonsult «Sykehusutbygginger i Oslo – konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse- pleie- og omsorgstjenester», april 2021. https://www.kommunekonsult.no/wp-content/uploads/2021/05/Rapport_1_kommunekonsult_5.5_LR.pdf

³⁹ Sykehus i Oslo: Et bærekraftig alternativ. Fremtidsrettet, fleksibelt og grønt. (Ideskissen til Parksykehuset Ullevål) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/sykehus-i-oslo-et-barekraftig-alternativ-framtidsrettet-fleksibelt-og-gront/>

Planen ble utarbeidet på frivillig basis våren 2019 av en kompetent konsulentgruppe viste en løsning de mente var funksjonelt bedre, rundt 20 milliarder rimeligere og kunne ferdigstilles raskere enn Aker-Gaustad alternativet.

har ikke planer om fortsatt å ivareta disse. Videre har OUS/HSØ ikke framskrevet de landsdekkende aktivitetene ved dagens Rikshospital. Etter at 15 prosent av somatikken og 20 prosent av psykiatrien er overført vil Oslo kommune viser rapporten fra Kommunekonsult at byen vil mangle 2-400 sykehussenger.

Fordi tomten på Gaustad ikke gir rom for tilpasset fremtidig utbygging, må kritikken besvares på annen måte enn ved å peke på muligheten for utvidelser. OUS har besvart kritikken av manglende kapasitet ved å si at sykehuset har planer om at hele 30 prosent av all aktivitet i 2030 skal være fjernbehandling via telefon, skjerm og i hjemmesykehus. Å behandle en stor mengde pasienter som etter dagens praksis anses å være i behov av en sykehusseng, utenfor sykehuset og dels med hjemmesykehus, må anses som et eksperiment. Hvilke pasienter det gjelder, er ikke beskrevet. Fagfolk beskriver planene som urealistiske og ikke forsvarlige. Planen om å levere 30 prosent av tjenestene utenfor sykehuset, er ikke konsekvensutredet. *Realiteten er at det planlegges for en sannsynlig underdekning av helsetjenester.* Et vesentlig spørsmål er om det er forsvarlig å la OUS redusere kapasiteten så mye i forhold til behovet.

11 Tilgjengelighet til sykehusene og behovet for adkomst via Ring 3

Ring 3 kombinert med «Fjellinjen», er Oslos eneste ringmotorvei. Alle de tre somatiske sykehusene i Oslo skal i henhold til HSØs planer ligge utenfor og til Ring 3 (nytt Rikshospital på Gaustadområdet, nye Aker sykehus og Radiumhospitalet.)

HSØs plan om å splitte akutfunksjonene mellom Aker og nytt sykehus på Gaustadområdet, gjør akutfunksjonene ekstremt avhengig av fremkommelighet på Ring 3. Dette er et forhold som burde vært særlig utredet i ROS-analysen, jf. over.

I situasjoner med stort behov for utveksling av mange pasienter mellom akuttenhetene, kan ikke helikoptertransport effektivt løse problemet.⁴⁰

Utenfor Ring 3 er alle sammenhengende veiforbindelser rundt byen stengt, og selv om deler av dette veinettet åpnes for tilgang til Gaustadområdet, er det snakk om småveier i hovedsakelig boligområder. Hele strekningen er meget trafikkfølsom, stengning av Tåsuntunellen medfører full stans i trafikken fordi omkjøringsveien har for liten kapasitet.

Forslaget til reguleringsplan legger til grunn at universitetskrysset har brukbar kapasitet. Det er imidlertid uklart om planlagt utbygging av Oslo Science City er hensyntatt i denne vurderingen.

Det er påfallende at ROS-analysen legger til grunn at trafikkavviklingen ikke vil påvirkes vesentlig, jf. over.

⁴⁰ Oppsplittingen av fagmiljøet på akuttenheten på Ullevål er ifølge medisinske miljøer uforsvarlig og reduserer tjenestens kvalitet.

Til sammenlikning er tilgjengeligheten til Ullevål-tomta langt bedre, med tilgang fra flere forskjellige retninger og kollektivfelt på Ring 2.

12 Tilgangen på helsetjenester i byggefasen

HSØs plan innebærer at dagens Rikshospital drives videre samtidig som nytt sykehus bygges på området. Anleggsfasen er planlagt å vare i 13 år, fra 2022 til 2035.

Før utbyggingen starter må det foretas provisorisk ombygging av dagens Rikshospital som innebærer påbygg og lukking av lysgårder inne i sykehusstrukturen. Det er ikke tilgang til byggeplassene fra utsiden av dagens Rikshospital så anleggstrafikken vil måtte gå gjennom sykehusets korridorer, trapper og heiser samt ved hjelp av kraner plassert nær bekken. Et provisorisk, 30 - 40 m høyt helikoptertårn planlegges reist i bekkedraget ved dagens barneavdeling og vil sammen med kjørevei for ambulanser rundt teknisk sentral fra nord, ødelegge både bekken og Gaustadskogen. Helikoptereksoens forurensning av luft, skog og natur er ikke vurdert. Det samme gjelder pasientbehandling i støy, vibrasjoner og støv fra anleggsarbeidene.

I realiteten er det snakk om å drive sykehus på en enorm byggeplass i en lang tidsperiode. PBE må vurdere om dette er forsvarlig og forenlig med planlovens formål.

Befolkningens tilgang på helsetjenester, og kvaliteten på de tjenestene som tilbys, vil være redusert i hele bygge- og anleggsfasen. Det er spørsmål om befolkningens rett til forsvarlig helsehjelp i henhold til helselovgivningen, kan oppfylles i byggefasen.

13 Gaustad sykehus er fredet – landskapet rundt er regulert til bevaring

Gaustad sykehus er et av våre aller viktigste kulturminner da det er et komplett bevart sykehus fra helsevesenets gryende humanisme på 1850-tallet. Ifølge Riksantikvaren er anlegget unikt også i europeisk sammenheng. Det er en nasjonal oppgave å ta vare på anlegget. Dette er bakgrunnen for fredningen av Gaustad sykehus samt at den dominante beliggenheten er regulert til bevaring.

Dagens Rikshospital stikker ikke høyere i terrenget enn Gaustad sykehus, sykehusene holder respektfull avstand og har tilpasset utforming og materialbruk. Sykehusene vender hver sin vei, de forstyrrer ikke hverandre. Mens plassen på Rikshospitalet åpner seg mot syd, vest og turveien til Marka, beholder Gaustad sykehus sin fredfulle adkomst i enden av Gaustadalléen med sitt ikoniske tårnbygg i pastorale omgivelser.

HSØs planlagte utbygging bryter eklatant med fredningen og bevaringshensyn. Den planlagte I-fløyen med et tårn, langt høyere enn dagens tårn, vil fjerne den dominante posisjonen Gaustad sykehus skal ha i landskapet. Dette er et klart brudd med kulturminnelovens §§ 2, 15 og 19 som sikrer fredete monumentalbygg og -anlegg mot nærliggende bygningsmessige tiltak som kan svekke opplevelsen av kulturminnet.

De landskapsmessige endringene bryter med bevaringshensyn. Omleggingen av Sognsvannsveien og det planlagte nye torget medfører at den historiske veiføringen opp til tårnbygget blir rasert ved at en vei etter dagens standard for middels ÅDT presses inn mellom lindekollen og muren rundt sykehuset. Videre blir forterrenget til Gaustad sykehus mot Rikshospitalet sterkt redusert ved nedbygging og flytting av Sognsvannsveien nærmere muren til der det i dag går en smal gangvei.

Under restene av forterrenget skal det bygges parkeringskjeller og kulverter, noe som er lite omtalt i forslag til reguleringsplan, og kun angitt på reguleringskartet. Dette kan medføre at grunnvann og vannførende årer brytes, og kan gi uttørking. Det er ikke utredet eller søkt dokumentert at parken kan tilbakeføres med dagens vegetasjon og topografi.

Vernehensyn tilsier at det er det svært viktig at Gaustad sykehus og det nye sykehusanlegget ikke knyttes nærmere sammen. Gangveier som stråler ut fra den planlagte nye adkomstplassen, gjennom sykehusmuren og inn i og mellom de gamle fløyene fra vest, endrer bevegelsesmønsteret i sykehuset. Bevegelsesmønsteret i Gaustad sykehus bør fortsatt følge Gaustadalléen og den sentrale akse med svalgangene som forbinder fløyene opp mot tverrveien i nord.

14 Rasing av «torget» på dagens Rikshospital

Adkomsttorget foran dagens Rikshospital er åpent, solfylt og en naturlig plass for opphold for både pasienter og besøkende. HSØs forslag går ut på å fylle hele plassen med bygninger opptil tre ganger høyere enn dagens sykehus. PBE har gjennom hele planprosessen nektet å anbefale at dette torget blir omregulert til byggeområde for sykehus.

Nedbyggingen av torget må kunne karakteriseres som et hærværk på Rikshospitalet.

Det planlagte nye adkomsttorget skal legges i det skyggefulle veikrysset i øst. Her skal en høy blokk med et enda høyere tårn, bygges som en veggskive rett mot øst for med hensikt, å ødelegge den viktige sammenhengen Gaustad sykehus har til landskapet. Det nye adkomsttorget blir utflytende med bygninger mot syd og vest. Soldiagrammene viser at disse vil kaste skygge over torget det meste av dagen. Den planlagte I-fløyen som stikker ut fra det planlagte nye sykehuset endrer forholdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus ved å tette det åpne rommet mot forvalterboligen, Lindekollen, tårnet og kamstrukturen på Gaustad.

Det nye torget vil samle trafikken i langt større grad enn i dag. Ambulansetrafikken vil ledes over trikkeholdeplassen og gå sammen med turveien i samme trase gjennom «Markaporten» Bussparkering er lagt i et trangt parti foran hovedinngangen mens annen trafikk skal kjøre i sirkel over plassen. Helikopterlanding vil skje rett over hovedinngangen med tilhørende vind- og støyp problemer.

Det er vanskelig å se at det planlagte adkomsttorget til sykehuset får kvaliteter som plassdannelse.

Sammenligningen mellom dagens adkomsttorg og det planlagte nye torget, viser at et arkitektonisk godt utformet torg, med gode solforhold og «menneskelige» kvaliteter, bygges helt vekk og erstattes med et trafikknutepunkt.

15 Tomtearealet på Gaustad – oppsummert

Helse- og omsorgstjenesten i Oslo står foran en oppgavevekst som er historisk uovertruffen. Dette skyldes befolkningsvekst samt en sterkt aldrende befolkning. Behovet for et stort sykehus er udiskutabelt.

På Gaustadområdet er tilgjengelig funksjonell og utbyggbar tomtereserve innenfor dagens reguleringsplan på 3 000 m². Den nødvendige tomtereserven som kreves for å kunne gjennomføre HSØs forslag er 39 000 m². Bebyggelsesplanen illustrerer den brutale omreguleringen som ligger i forslaget til detaljregulering.

Gaustadområdet er opplagt for lite til å romme planene. Dette er årsaken til de mange svakhetene ved forslaget. Når planforslaget likevel fremmes, mener vi at det har sammenheng med en uvilje mot å innse at uten lokk over Ring 3 kunne ikke sykehuset bygges. Gaustadområdet er uegnet for det nye sykehuset.

Denne uttalelsen er utarbeidet av styremedlemmer i Redd Ullevål sykehus, blant annet arkitektene Tor Winsnes og Dag Hovland med juridisk bistand fra advokat Cathrine Hambro i Wahl-Larsen Advokatfirma som har hatt formelt oppdrag for foreningen. Betraktingene i uttalelsen er videre diskutert, gjennomlest og kvalitetssikret med fagmiljøene ved sykehusene og flere økonomer, blant annet professor i samfunnsøkonomi Bjarne Jensen.

Med vennlig hilsen

Styret i foreningen Redd Ullevål sykehus

Lene Haug Leder	Tor Winsnes Styremedlem	Dag Hovland Styremedlem	Per Aschjem Styremedlem	Kari Støren Styremedlem
--------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Eli Nordal Styremedlem	Liv Haug Styremedlem	Hans Erik Heier Styremedlem	Inger Margrethe Holter Styremedlem
---------------------------	-------------------------	--------------------------------	---------------------------------------



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.19:37
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RCBZ
Innsendt av: Tor Ingolf Winsnes
E-postadresse: torwinsnes@icloud.com
Mobilnummer: 99698634

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten
Uttalelse til detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for
Gaustad sykehusområdet
Deres saksnr. 201704683, dok. 321

Tilgjengeligheten til Nye OUS

Alle de tre offentlige, somatiske sykehusene, Nye Aker, Nye Rikshospitalet og Radiumhospitalet ligger til yttersiden av Ring 3. Ring 3 kombinert med «Fjellinjen», er byens eneste ringmotorvei. Ring 1 og 2 er strupt og har liten kapasitet for alminnelig trafikk, begge er prioritert for kollektivtransport og sykkel. Utenfor Ring 3 er alle sammenhengende veiforbindelser rundt byen stengt. Resultatet er at Ring 3 i dag er overbelastet med kødannelser store deler av døgnet. All trafikk til Rikshospitalet og Radiumhospitalet må kjøre via Ring 3 dersom småveier ikke skal benyttes. Aker er i særstilling da det også ligger til de radiære hovedveiene Trondheimsveien og Østre Aker vei. Et problem er at trafikken i Trondheimsveien fra Groruddalen til Aker må gå via rundkjøringen i Sinsenkrysset.

Det store problemet er at splittingen av de regionale akuttfunksjonene mellom Aker og RH, tvunget frem av manglende utbyggingsmulighet på Gaustad, medfører at Nye Ous blir avhengig av en god og pålitelig veiforbindelse (Ring 3) mellom Aker og RH. Her mangler strekningen Sinsen-Nydalen en god omkjøringsmulighet. Stenges i tillegg Tåsuntunellen (som skjer), er forbindelsen blokkert av trafikk på omkjøringsveien. Utstrakt helikoptertransport mellom sykehusene vil ha begrensninger.

Reguleringsplanen sier at Universitetskrysset har brukbar kapasitet, vi er usikre på om all planlagt utbygging av Oslo Science city og Hovinbyen er innregnet i tallet. Pandemien har også medført at bilbruken har økt lokalt, spørsmålet er om det bare blir midlertidig. Bussfelt på Ring 3 som på ring 1 og 2 er neppe realistisk da det vil redusere trafikkkapasiteten i for stor grad. Eneste direkte kollektivtransport mellom sykehusene er busser som følger trafikken på Ring 3.

Til sammenlikning vil avhengigheten mellom Ullevål og RH være langt mindre da alle de regionale akuttfunksjonene kan holdes samlet på Ullevål. I tillegg er avstanden kortere og mindre trafikkfølsom. Ambulansetrafikken til Ullevål er sikret med bussfelt langs hele Ring 2 og flere alternative, radiære hovedveier. Det er også trikk på egen trasé mellom sykehusene. Forbindelsen Ullevål-Aker har flere alternative ruter via både Ring 2 og Ring 3.

Oslo, 7.6.21
For styret i Redd Ullevål sykehus
Tor I. Winsnes
Arkitekt og sykehusplanlegger



Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjonsnr. 920907091

Firmanavn Redd Ullevål Sykehus

E-post lene.c.haug@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:07
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-RFSZ
Innsendt av: Tor Ingolf Winsnes
E-postadresse: torwinsnes@icloud.com
Mobilnummer: 99698634

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Ullevål sykehus kan ikke erstattes!

Helse sørøst vil flytte virksomheten på Ullevål sykehus til Rikshospitalet og Aker sykehus for å kunne selge landets beste og største sykehustomt. Konsekvensen vil være at uansett omregulering og eiendomskjøp, er begge sykehusene fullt utbygget om bare 15 år.

Helse sørøst forklarer salget av Ullevål med at byen ellers får for mange sykehus. Samtidig sier de at Oslo trenger et lokalsykehus i tillegg om 20 år for å holde tritt med befolkningsutviklingen.

Nye Oslo universitetssykehus blir for smått og fragmentert. OUS har et håp om at det digitale «hjemmesykehuset» skal redusere behovet for sykehusbygninger, men brister håpet vil det ikke lenger være mulig å utvide og tilpasse sykehusene der de ligger. Både Østfoldsykehuset og Ahus har vist seg å bli for små, men tross alt, begge kan utvides. Den muligheten har Oslo universitetssykehus sagt fra seg. Det er en alvorlig forsømmelse som vil svekke folks trygghet.

Rikshospitalet skal bygges ut til dobbelt størrelse uten noen egentlig byggetomt. Selv om omreguleringen blir vedtatt, må utbyggingen skje inni, oppå og tett på et sykehus som skal være i full drift i hele byggeperioden. Sykehuset skal drives på en anleggs- og byggeplass i minst 10 år.

Helse sørøst har forsikret långiver (staten) at driftsinntektene og effektiviteten skal øke mens det bores og sprenges i og rundt Rikshospitalet.

Det er mer sannsynlig at utgifter til provisoriske løsninger, lav produktivitet, driftsstopp, ulempekostnader og reduserte driftsinntekter, lett kan koste mer enn gevinsten av salget av Ullevåltomten over en 15-års periode.

Det er en god grunn til at store sykehusprosjekter sjelden skjer ved om-



og utbygging av det eksisterende sykehuset. Dette ble utredet før Rikshospitalet flyttet til Gaustad, de senere årene er det også utredet og forkastet i byer som Drammen, Molde og Stavanger.

Nye Aker sykehus kan bygges uten å forstyrre virksomheten i det gamle sykehuset. Det er skaffet en ledig tomt samme sted, men Helse sørøst er tvunget til å betale milliarder til et eiendomsselskap for å få det til.

På Ullevål kan sykehuset realiseres på samme måte, men her eier sykehuset tomten. Den er stor nok til at sykehuset kan bygges ut så praktisk som nødvendig, i all fremtid og uten å forstyrre driften av sykehuset i byggeperiodene.

Tomteområdet på Gaustad er avgrenset av turveien langs Sognsvannsbekken og landskapet rundt Gaustad sykehus. Det ligger på kanten av en åsrygg som stiger mot nord og faller bratt ned mot Ring 3 i syd. Tomtereserven er uegnet for sykehus, det hadde den også vært om kunnskapsbyen over Ring 3 var realisert.

Både kommunen og antikvariske myndigheter satte krav til at dagens Rikshospital skulle underordne seg det nasjonale kulturminnet Gaustad sykehus. Det resulterte i en restriktiv reguleringsplan som tar vare på både bygninger og landskap. Alt forkastes nå for pengenes skyld. Ullevål sykehus skal skaffe Helse sørøst egenkapital.

Utbyggingsmulighetene for Rikshospitalet er ubrukelig. Det forutsettes at halve universitetsbebyggelsen må rives og at parkeringshuset nede i bakken mot Ring 3, langt fra hovedinngangen bygges på i høyden. I tillegg blir det frittliggende avdelinger i skogen nord for Gaustad sykehus, høyt i terrenget og i kjøreavstand fra hovedinngangen. Anlegget skal forbindes med kulverter som blir for bratte for effektiv transport.

Mister Oslo Ullevål sykehus, er ikke storbyområdet sikret en langsiktig og pålitelig sykehustjeneste.

Rikshospitalet kan opprettholdes som et stort spesialsykehus, det er fornuftig og mer effektivt enn å blande avtalt behandling og akuttberedskap i samme sykehus. Da blir også en Ullevålløsning vesentlig billigere og langt mer fremtidsrettet.

For Redd Ullevål sykehus

Tor I. Winsnes
Arkitekt og sykehusplanlegger

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?	Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret	
Organisasjonsnr.	920907091
Firmanavn	Redd Ullevål Sykehus



E-post

lene.c.haug@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 24.06.2021 kl.22:41
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RVDZ
Innsendt av: Lene Christine Sundfær Haug
E-postadresse: lene.c.haug@gmail.com
Mobilnummer: 91697833

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning - Rikshospitalet

Uttalelse

Uttalelse

Til Plan- og bygningsetaten

Ledermøtet i Klinikk for psykisk helsevern og avhengighet vedtok på sitt ledermøte 14. juni følgende.

"Klinikk psykisk helse og avhengighet anbefaler ikke at klinikkens aktiviteter etableres på Nye OUS Aker."

PBE har bedt om innspill knyttet til det helsefaglige ved sykehusløsningene som planlegges i Nye OUS. Som dere er kjent med planlegges pasientvirksomheten på Gaustad Sykehus innen psykiatri og rus avvirket, det samme gjelder for denne virksomheten (og all øvrig virksomhet på Ullevål). Hoveddelen av psykisk helsevern (med unntak av regional sikkerhetsavdeling) planlegges lokalisert til Nye Aker.

Nå har imidlertid hele klinikken sagt nei til disse planene med en rekke begrunnelser - både i en rapport fra en stor arbeidsgruppe og i sitt ledermøte. Både rapporten og og saksfremlegget med vedtaket i ledermøtet er vedlagt.

I saksfremlegget står blant annet:

"I rapporten understrekes at fagområdene psykisk helse (PHVV og BUP) og tverrfaglig spesialisert behandling av avhengighet (TSB) er i klar vekst. Det er usikkert om framskrivingen av kapasitetsbehovene i Nye OUS-prosjektet er realistiske. Utbyggingsmulighetene innenfor Akertomten etter utbygging 2030 vil være svært begrenset. Risiko for underdimensjonering på kort og lang sikt antas å være høy...

De mest sentrale utfordringene med Aker-tomten er følgende:

- Ikke tolererbar støy for pasientbehandling



- Manglende ekspansjonsmuligheter
- Fravær av tilgjengelige funksjonelle uteområder for pasientene"

Dette er en rapport og et vedtak som angår hele planen for Nye OUS. Hvor skal psykisk helsevern og avhengighet lokaliseres dersom tomten på Aker ikke kan benyttes?

Manglende kapasitet og usikkerhet knyttet til framskriving av behov er gjennomgående i uttalelsene i saken og denne bekymringen er stor både i klinikkene, hos de tillittsvalgte, i bydelene og hos oss.

Vi har i vår uttalelse tidligere pekt på fragmenteringen både av prosessen og planene - noe som gjør en samlet og overordnet vurdering av konsekvensene krevende. Dette peker også ledermøtet på de skriver:

"Arbeidsgruppen har ikke funnet at det til nå er gjort helhetlige eller helsefaglige vurderinger av tomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter på Aker."

Vi mener det er viktig at regulerings sakene for både Aker og Gaustad sykehusområder sees i sammenheng og i et helhetlig perspektiv på alle områder.

Vedlagt er:

- "Rapport funksjonsplassering KPHA Nye Aker" som ble levert av arbeidsgruppen «Organisasjonsutvikling Nye OUS – Klinikkk psykisk helse og avhengighet, trinn 2» etter mandat fra klinikkens ledergruppe 8. juni.
- Saksfremlegg Sak 161/2021 Klinikkk psykisk helse og avhengighet ledermøte 14.juni 2021 - med vedtak.

Med vennlig hilsen
Redd Ullevål Sykehus

Lene Haug

Last opp eventuelle vedlegg

- Rapport funksjonsplassering KPHA Nye Aker (Rapport funksjonsplassering KPHA Nye Aker (002).pdf)
- Saksfremlegg ledermøte 4.6.21 (Saksfremlegg ledermøtet 14.6.21 (002).pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i

Organisasjon du representerer

Organisasjonsnr.

920907091

Firmanavn

Redd Ullevål Sykehus

E-post

lene.c.haug@gmail.com

Rapport:

KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET (KPHA) I NYE OUS - ANBEFALING OM OVERORDNET FUNKSJONSPLOSSERING PÅ AKER, ILA OG DPS

8.juni 2021

Sammendrag

Rapporten redegjør for Klinikk for psykisk helse og avhengighet (KPHA) sitt arbeid med og anbefaling om beslutning om overordnet funksjonsplassering i Nye OUS – herunder på Ila, Aker og lokale DPS. Arbeidet og forslaget til funksjonsplassering er gjort på grunnlag av styrevedtak i HSØ og OUS knyttet til Nye OUS, kvalitetssikrede kapasitetsberegninger, fastlagte arealrammer og foreløpige skisser, og er gjennomført i dialog med klinikkens representanter i medvirkningsgruppene i Nye OUS prosjektet.

Arbeidet er gjennomført som en samlet og helhetlig analyse med bred intern medvirkning. I henhold til framdriftsplan for Nye OUS prosjektet, skal overordnet funksjonsplassering besluttes i juni 2021. Arbeidet med og forslaget til funksjonsplassering er gjort på et grunnlag som til dels inneholder vesentlige uklarheter og usikkerheter. Disse er det søkt redegjort for i rapporten.

Rapporten beskriver bakgrunn, arbeidsmetoder og resultater i Arbeidsgruppe «Organisasjonsutvikling Nye OUS – Klinikk psykisk helse og avhengighet, trinn 2» som har mandat fra klinikkens ledergruppe. Den bygger videre på det arbeidet som ble gjort av Organisasjonsutvalget i trinn 1 våren 2020 med tilhørende rapportering til klinikkens ledergruppe.

I trinn 2 har i alt 27 ansatte i klinikken medvirket i 3 strategisamlinger, i tillegg til arbeidsgruppens 6 medlemmer. Disse inkluderer ledergruppen i klinikken, fagpersoner fra ulike avdelinger, klinikk-tillitsvalgte og verneombud, og representanter for medvirkningsgruppene i Nye OUS prosessen.

Oslo universitetssykehus (OUS) ønsker med Nye OUS å samle store deler av KPHA sin virksomhet i nye felles bygg. KPHA har tre store fagområder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern voksen (PHV). Hvert av fagområdene er i dag spredt på svært mange lokaliteter over et stort geografisk område i Oslo og Viken. Samlingen av KPHA er foreslått lagt til Aker. Regional sikkerhetsavdeling skal til Ila og DPSene på Mortensrud og i Nydalen skal opprettholdes. KPHA overtar også aktiviteter på Grorud fra AHUS.

Grunnlagsdata for arbeidet er beheftet med mange forbehold og usikkerheter, men det er lagt til grunn at de er tilstrekkelige for det formål rapporten skal gi anbefaling om på dette stadiet i Nye OUS-prosessen. Arbeidsgruppen understreker at området psykisk helse og avhengighetsbehandling er i klar vekst. Det er uklart om framskrivningen av kapasitetsbehovene er realistiske. Det er lite eller intet rom for å øke kapasiteten på Aker etter gjennomføring av utbyggingen i 2030. Risiko for underdimensjonering på kort og lang sikt antas å være høy.

Det er lagt til grunn at døgnplasser ved DPS blir der de er og ikke overføres til Aker. Det er også lagt til grunn at poliklinikker for Seksjon tidlig psykosebehandling og Seksjon personlighetspsykiatri skal være på Aker.

Anbefalinger:

- 1) Akertomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter

Arbeidet har gitt grunnlag for og anledning til å vurdere utfordringer og risikoer knyttet til å benytte Akertomten til formålet. Arbeidsgruppen har ikke funnet at det til nå er gjort helhetlige og/eller helsefaglige vurderinger av tomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter der.

Gitt løsninger som oppnås ved samling på Aker synes det - etter en totalvurdering - som ingen av de foreslåtte alternativene synes å være hensiktsmessige framtidsrettede løsninger for KPHA. Dette må sees i sammenheng med de særlige behov pasienter i psykiatri og rusbehandling har og karakteren av den behandlingen som gis.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor klinikkledelsen å ta denne problemstillingen og de vurderinger rapporten redegjør for på dette punkt, opp med sykehusledelsen slik at det evt. kan løftes til OUS porteføljestyre og HSØ.

2) Funksjonsplassering av KPHAs hovedaktiviteter på Aker

KPHA tilbys en blanding av nye og gamle bygg på Aker. Dette vil medføre løsninger på kvalitativt lavere nivå for enkelte av KPHAs funksjonsområder. Arbeidsgruppen har søkt etter beste evne å finne fram til en helhetlig løsning som minimerer utfordringene med gjenbruk av gamle bygg. Især er Bygg 12 en utfordring. Ingen av fagavdelingene ser for seg at det kan bli en funksjonell løsning for deres aktiviteter. Det er en entydig konklusjon at alle alternative funksjonsplasseringer vil kreve betydelige tilpasninger og oppgraderinger av bygg og uteareal i og rundt Bygg 12.

Arbeidsutvalget og deltakerne i strategisamlingene har arbeidet seg fram til tre alternative funksjonsplasseringer som er analysert, diskutert og vurdert opp mot hverandre. Utfordringene utover de som knytter seg til Akertomten, er især følgende:

- 1) Sør-bygget får et stort antall pasienter og ansatte med dertil store utfordringer knyttet til bruk av felles funksjoner, flyt av pasienter og ansatte og annen logistikk, med uro rundt dette. Dette er søkt løst ved en tydelig funksjonsdeling mellom østre og vestre del av bygget og ved å begrense poliklinisk og annen aktivitet i bygget. Det legges til grunn at maksimalt antall sengerom i Sør-bygget under disse forutsetningene kan økes til 200 fordelt på 10 avdelinger.
- 2) Bygg 12 forutsetter bruk av Bygg 11. Disse er lite egnede til behandlingsopphold av lengre varighet eller familierom. Samtidig er det et sterkt behov for å samle akuttfunksjoner i Sør-bygget for å utnytte synergier og nærhet til somatikk. Bygg 12/11 må derfor brukes til andre døgnplasser.
- 3) Det er svært usikkert om Refstad på hensiktsmessig måte kan brukes til døgnplasser. Det er flere årsaker til det. En samlet vurdering peker i retning av at bygget bør brukes til andre funksjoner og at det bør ha en relativt åpen flerbruksprofil, mens døgnplasser prioriteres i nye bygg.

Rapporten redegjør nærmere for hvilke overordnede prioriteringer som er lagt til grunn, og for utfordringer og uavklarte behov med noen grad av detaljering.

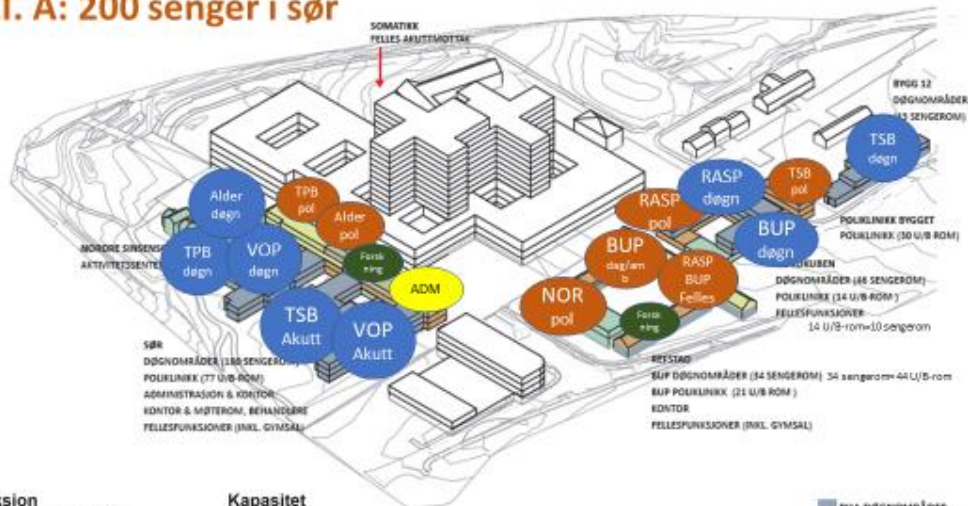
Arbeidsgruppen anbefaler det beskrevne alternativ A som gir følgende hovedfordeling av KPHAs aktiviteter på Aker:

- Felles akuttmottak for PHV og TSB sammen med somatikk i somatikk-sykehuset
- PHV og TSB akutt inkl. KPHA akuttmottak i Sør-byggets østre del (120 sengerom)
- PHV døgn (Alder, VOP og TPB) sammen med tilhørende poliklinikker i Sør-byggets vestre del (80 sengerom)
- TSB voksen og ung, døgn i Bygg 12/Bygg 11 (43 senger)
- TSB poliklinikker i nytt poliklinikkbygg plassert nær Bygg 12
- BUP akuttmottak og døgn i Nordkuben, østlig del med sengerom avdelinger i 1. og 2. etasje (34 sengerom, inkludert RASP-senger for barn og unge)
- BUP dagbehandling og poliklinikk i Refstad nord og øst
- RASP døgn og sentrale funksjoner i Nordkuben, vestlig del med sengerom avdelinger i 3. og 4. etasje (25 sengerom)

- BUP og RASP fellesfunksjoner i Nordkuben / (gysal mv) og i Refstad nord (skole mv)
- Nasjonale og regionale spesialklinikker (NOR) i Refstad sør-vest
- Forskningstorg (UiO areal). Ett forskningstorg for PHV og TSB i Sør-bygget og ett forskningstorg i Refstad sør-øst, for BUP, RASP og NOR
- Klinikkledelse, stab (Fase 2) og administrasjon i Sør-bygget vestre del

Det anbefales også at arealer til forskningskontorer (fase 2) planlegges innarbeidet i Sør-bygget og i 2. etasje i Refstad i den grad det kan finnes praktisk tilgjengelig areal for det

Funksjonsfordeling PHA ALT. A: 200 senger i sør



Funksjon	Kapasitet
Døgnområder PHA	269
Døgnområder BUP	34
Poliklinikk og Dagbehandling PHA	85
Poliklinikk og Dagbehandling BUP	21

PHA DØGNOMRÅDER
PHA POLIKLINIK
PHA KONTOR
PHA FELLESPUNKSJONER
PHA ADMINISTRASJON
TEKNIKK

1. Innledning

Denne rapporten redegjør for det som er lagt til grunn i Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) sitt arbeid med og beslutning om forslag til overordnet funksjonsplassering i Nye OUS – herunder på Ila, Aker og lokale DPS. Arbeidet og forslaget til funksjonsplassering er gjort på grunnlag av hittidige styrevedtak i OUS knyttet til Nye OUS, kvalitetssikrede kapasitetsberegninger, fastlagte arealrammer og foreløpige tegninger, og er gjennomført i dialog med klinikkens representanter i medvirkningsgruppene i Nye OUS-prosjektet.

Klinikken har sett det som sitt ansvar å medvirke til en samlet og helhetlig analyse med bred intern medvirkning, og til å få fram et samlet forslag til overordnet funksjonsplassering for KPHA. I henhold til framdriftsplan for Nye OUS prosjektet, skal overordnet funksjonsplassering besluttes i juni 2021.

Arbeidet med og forslaget til funksjonsplassering er gjort på et grunnlag som til dels inneholder vesentlige usikkerheter. Disse er det søkt redegjort for i rapporten.

Rapporten beskriver bakgrunn, arbeidsmetoder og resultater i Arbeidsgruppe «Organisasjonsutvikling Nye OUS – Klinikk psykisk helse og avhengighet, trinn 2» (heretter Arbeidsgruppen). Denne er opprettet og har mandat fra klinikkens ledergruppe. Den bygger videre på det arbeidet som ble gjort av Organisasjonsutvalget i trinn 1 våren 2020 med tilhørende rapportering til klinikkens ledergruppe.

Oslo universitetssykehus (OUS) ønsker med Nye OUS å samle store deler av KPHAs virksomheten i nye felles bygg. KPHA har tre store fagområder: tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern voksen (PHV). Hvert av fagområdene er i dag spredt på svært mange lokaliteter over et stort geografisk område i Oslo og Viken. Samlingen av KPHA er foreslått lagt til Aker. Regional sikkerhetsavdeling skal til Ila og DPSene på Mortensrud og i Nydalen skal opprettholdes. Dette er lagt til grunn som premiss for klinikkens arbeid.

Arbeidet med å utrede forslag til en best mulig funksjonsplassering av KPHAs enheter på Aker har også gitt grunnlag for og anledning til å vurdere sentrale utfordringer og risikoer knyttet til det å benytte Akertomten til dette formålet. Noen av disse gir saklig grunnlag for bekymringer som bør søkes ivarettatt i det videre arbeidet med Nye OUS.

1.1. Bakgrunn i styrevedtak i Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF

Bakgrunn og prosjektutløsende behov, samt rammer for prosjektet er forankret i følgende styresaker i Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF med tilhørende vedtak:

- Styresak 08-2016 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 28-2016 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 39/2017 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 39/2019 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 55/2020 i Oslo universitetssykehus HF
- Styresak 79/2020 i Oslo universitetssykehus HF

- Styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 072-2017 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 088-2017 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 006-2019 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 050-2019 i Helse Sør-Øst RHF

- Styresak 063-2020 i Helse Sør-Øst RHF
- Styresak 124-2020 i Helse Sør-Øst RHF

Vi viser bl.a. til følgende vedtak med særlig relevans for arbeidet:

I Styresak 08-2016 i Oslo universitetssykehus HF 28.01.16 «*Idefase OUS HF, konkretisering etter høring*» blir det beskrevet tre alternative fremtidige målbilder for bygningsmassen i OUS HF: 0-alternativet samt alternativene 2 og 3. I alternativene 2 og 3 er psykisk helsevern og rusbehandling samlet på henholdsvis Ullevål og Aker.

I Styresak 28-2016 i Oslo universitetssykehus HF 28.04.16 «*Idefase OUS HF – oppfølging av risiko*», blir alternativet deling mellom Gaustad og Aker foretrukket (alternativ 3), men ingen alternativer legges vekk.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 16.06.2016 sak om utvikling av Oslo universitetssykehus HF (*sak 053-2016*). Styret ga sin tilslutning til et framtidig målilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24.06.2016 bekreftet dette framtidige målilde for Oslo universitetssykehus HF.

I styresak 053-2016 Helse Sør-Øst RHF ble det lagt til grunn at det skal arbeides videre med å avgrense og konkretisere innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad før det tas beslutning om oppstart konseptfase og videre fremdrift. Det ble videre lagt til grunn at Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus skal øke graden av egendekning av lokalsykehusfunksjoner innenfor sine opptaksområder innen somatikk og voksenpsykiatri, samt at de skal håndtere vekst innenfor de opptaksområdene sykehusene har per i dag.

I Styresak 39/2017 i Oslo universitetssykehus HF 24.05.17 «*Oppstart av konseptfaseutredning for Aker og Gaustad*» blir HSØ anbefalt oppstart av konseptfase for Aker og Gaustad.

I styresak 72/2017 Helse Sør-Øst RHF 13.06.17 blir OUS gitt fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfase Aker og Gaustad der det ligger som en forutsetning at Psykisk helsevern og TSB i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF samlokaliseres på Aker. Regional sikkerhetsavdeling er en egen sak, og plassering av lokal sikkerhet og avdeling for psykisk utviklingshemming skal fremmes som egen sak.

I styresak 6/2019 Helse Sør-Øst RHF 31.01.19 «*OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD*» blir det beskrevet gevinster ved samling av psykisk helse- og avhengighet på 197 millioner kroner og at dette området har den mest detaljerte økonomiutredningen i konseptfasen. Det vil være et vesentlig element av samlokalisering og mer effektiv drift i framtidig bygningsmasse.

I Hovedprogram Del I Funksjon 15.11.18 (*vedlegg til konseptrapporten*) beskrives samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling for pasienter med psykiske lidelser. *En samlokalisering vil gi denne pasientgruppen en mer helhetlig oppfølging og en bedret pasientsikkerhet.* I del 8.3.1 «Generelle funksjonskrav» beskrives krav til utforming av KPHAs arealer.

1.2. Arbeidsgruppens mandat

Ledergruppen i KPHA ga den 3.3.21 oppdrag om å danne Arbeidsgruppen KPHA Organisasjonsutvikling med følgende mandat:

Arbeidsgruppens oppgaver og ansvar

Prosjekt «Revidert utredning av psykisk helsevern og avhengighetsbehandling i Nye OUS» var utformet som en arbeidsgruppe som skal levere anbefaling om funksjonsplassering på Nye OUS Aker i juni 2020. Dette arbeidet ble startet opp i et «Trinn 1» våren 2020. Prosjektet er videreført i et «Trinn 2», som omfatter følgende:

- Trinn 2, Del A: Utarbeide forslag til funksjonsplassering av Klinikk psykisk helse og avhengighets funksjoner i Nye OUS. Arbeidet gjøres med medvirkning fra og i fortløpende dialog med klinikkens ledergruppe samt med klinikkens kontakter i Nye OUS bl.a. gjennom tre strategiske samlinger og fast sak i klinikkens ledermøter. Forslag til vedtak for ledergruppen bør utformes med involvering av tillitsvalgte og verneombud. Tidsfrist: 9.juni 2021
- Trinn 2, Del B: Med bakgrunn i funksjonsplasseringen av framtidig virksomhet innen Klinikk psykisk helse og avhengighet på Nye OUS Aker, Nye OUS RH og Ny Sikkerhetspsykiatri, forberede forslag til overordnet prosess i arbeidet med framtidig organisasjonsmodell for KPHA. Konkret er det aktuelt at KPHA får opprettet et eget program for organisasjonsutviklingen. Arbeidsgruppen vil i tilfelle ha ansvar for å forberede og sende søknad om dette høsten 2021. Arbeidet ferdigstilles som en anbefaling til klinikkens ledergruppe i rapporters form. Tidsfrist: 8.desember 2021

Arbeidsgruppens sammensetning

- leder for arbeidsgruppen – avdelingsleder Petter Andreas Ringen PHA
- assisterende seksjonsleder C3 – professor Per Ingvar Olsen BI/Handelshøyskolen
- hovedverneombud Christian Smestad Torp
- klinikktillitsvalgt PHA NSF Berit Averstad
- prosjektkoordinator Nye OUS KPHA - Thor Børre Sangesland
- spesialrådgiver Aslaug Fagernes, Stab Fag og Kvalitet PHA (sekretariat)
- spesialrådgiver Kari Hengebøl, Stab Fag og Kvalitet PHA (sekretariat)

Rapportering

Arbeidsgruppeleder rapporterer til klinikkens ledergruppe. Det forutsettes at arbeidsgruppen har god informasjonsflyt til klinikkens tillitsvalgte og hovedverneombud (Klinikkforum), samt til klinikkens Brukerråd og programlederne for Nye OUS Aker og Ny Sikkerhetspsykiatri OUS. Hvis Arbeidsgruppen skal gå inn i saker som har prinsipiell betydning for de andre sykehusprosjektene i Nye OUS, eller i saker som har prinsipiell betydning for sykehuset fremover, skal OUS Porteføljestyring orienteres.

I enkelt saker som berører OUS virksomhet ut over Nye OUS Aker og Ny Sikkerhetspsykiatri, men som krever beslutning raskere enn porteføljestyrets møtefrekvens tilsier, rapporter Arbeidsgruppens leder til klinikkleder.

Mandatet er gitt for 2021. Styringsgruppen kan gi mulighet for forlengelse.

1.3. Kort om arbeidsprosessen i trinn 2

Arbeidsgruppen startet arbeidet 11.3.21 med å få oversikt over premissgrunnlaget og planlegge møtevirksomhet inkludert strategisamlinger utover mot oppgitt rapportfrist. Det ble avholdt 3 strategisamlinger (26. april, 10. mai og 7. juni). Deltagerne i strategisamlingene ble bestemt i klinikkens ledermøte. Sammensetningen bestod av avdelings- og stabsledere, klinikktillitsvalgte, verneombud, fagpersoner fra de større fagområdene, representanter fra medvirkningsgruppene i Nye OUS-organisasjonen samt de øvrige medlemmene i arbeidsgruppen. For deltager se tabell 1.

Tabell 1: Deltakere i strategisamlinger

Ledergruppen i klinikken (14)	<ul style="list-style-type: none">• Marit Bjartveit (klinikkleder)• Erlend Hangaard (avd.leder Nydalen DPS)• Anne Beate Sætrang (avd.leder ARA)• Thor Børre Sangesland (avd.leder DØGN)• Trond Noddeland (avd.leder NOR)• Morten Ørbæk (avd.leder BUPA)• Erik Ganesh Sjøgaard (avd.leder Søndre Oslo DPS)• Thorbjørn Sundin (avd.leder Akuttavd.)• Petter Andreas Ringen (avd.leder FIA)• Cecilie B Hartberg (Fag- og kvalitetsleder)• Karin Erlimo (HR-leder)• Jon Kristiansen (økonomi-leder)• Suraj Thapa (forskningsleder)• Mona Søråsdekkan
Fagpersoner (6)	<ul style="list-style-type: none">• Anne Kristine Nesje Walseth (NOR + DØGN)• Pia Wiik (Nydalen)• Ruth Kari Ramleth (BUPA)• Guri Spilhaug (ARA)• Kari Bussesund (ARA)• Martin Sand (SODPS)• Morten Selle (Akutt)
Klinikktilitsvalgte og verneombud (6)	<ul style="list-style-type: none">• Berit Averstad (NSF)• Ellinor Lønnå (Fagforbundet)• Birgit Anderaa (NPL)• Thomas Small (overlegeforeningen)• Beate Heggheim (FO)• Christian Smestad Torp (HVO)
Representanter fra medvirkningsgrupper (4)	<ul style="list-style-type: none">• Lisbeth Nilsen (PHA)• Merete Jørstad (PHA)• Andreas Anker Hviid (PHA)• Asle Enger (Akutt)
Arbeidsgruppe/Sekretariat (3)	<ul style="list-style-type: none">• Per Ingvar Olsen (C3/BI)• Kari Hengebøl (Fagstaben)• Aslaug Fagernes (Fagstaben)

I forkant av strategisamlingene hadde arbeidsgruppen forberedt presentasjoner av premissgrunnlag og funksjonsplasseringsalternativer. Strategisamlingene ble gjennomført som 3,5 timers møter på Norsk Helsenett (NHN), med bruk av gruppearbeid og plenumsdiskusjoner. Grupper ble inndelt både etter fagområde/funksjon og satt sammen på tvers. Gruppearbeidene ble ledet av en avdelingsleder og foregikk i egne NHN-rom. I **samling 1** ble dimensjoneringsgrunnlag og tilgjengelige tegninger gjennomgått, og det ble

presentert et grovkast til en funksjonsplassering som gruppene skulle vurdere. I **samling 2** ble det gjort en videre utprøving. Til **samling 3** ble det utarbeidet en nøyere dimensjoneringsberegning, der klinikkens tildelte sengerom og B/U-rom ble fordelt innbyrdes i de tre fagområdene. Basert på innspill i de to første samlingene ble det utarbeidet tre konkrete alternativer for funksjonsplassering av seksjoner/enheter i byggene på Nye Aker. Til dette fikk arbeidsgruppen støtte fra Siri Moe Lundquist i analyseenheten i klinikkstaben. I samling 3 ble tre konkrete alternativer vurdert opp mot hverandre og endelig anbefaling utarbeidet. Arbeidsgruppen har i prosessen vært i dialog med Nye OUS-organisasjonen ved behov og tatt inn informasjon delt ut i medvirkningsgruppene. Arbeidsgruppens leder har gitt en oppdatering av arbeidet i de ukentlige ledermøtene i klinikken. Etter siste strategisamling gjorde arbeidsgruppen en totalvurdering av mulighetene ved tilgjengelige alternativer og ferdigstilte konklusjoner til rapport.

2. Premisser og rammer for plassering av KPHA i Nye OUS med samling av hovedaktiviteten på Aker

Først presenterer og drøfter rapporten overordnede forhold og problemstillinger knyttet til valget om å samle hoveddelen av KPHA på Aker. På bakgrunn av de mange innspill og vurderinger som er kommet fram i dette arbeidet, har arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig å gi en samlet presentasjon av dette temaet innledningsvis. Dette gir samtidig et overordnet bilde av de ytre rammene og premissene for diskusjonen om og forslag til overordnet funksjonsplassering av KPHAs avdelinger på Aker.

Vi vil også innledningsvis redegjøre for hva som ønskes lagt til Aker og hva som bør plasseres andre steder.

2.1. Premisser og argumenter knyttet til gjeldende beslutninger om samling av KPHA på Aker

Det er ikke funnet noen enhetlig drøfting av KPHAs plassering på Aker i tilgjengelige styresaker eller prosjektrapporter. Det kan synes som om den mest sentrale føringen for plassering av KPHA er knyttet til at klinikken skal samlokaliseres med det planlagte lokalsykehuset. I den første planen om samling på Gaustad lå KPHA plassert på Gaustad øst/nord. Da denne planen ble forlatt, ble KPHA flyttet med lokalsykehuset til alternativene Ullevål eller Aker. Da Aker ble valgt som lokalsykehusløsning, ser dette ut til å ha bestemt KPHAs plassering. Vi har heller ikke funnet at det er gjort spesifikt helsefaglige utredninger av Akertomtens egnethet for behandling av pasienter innen psykisk helse og avhengighet som del av beslutningsprosessen.

Det følgende er den mest relevante dokumentasjonen som underbygger plasseringsbeslutningen.

- 1) *Framtidens OUS – Idefaserapport, versjon 2.0 mai 2015* beskriver nybygg for psykiatrien nord og øst for dagens Gaustad sykehus i alternativene Gaustad Øst og Gaustad Sør der det fastslås at «*Pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i sykehuset*». I idefaserapporten skrives det om KPHA (kap 3.5.3) bl.a følgende:

«Sykehusfunksjonene innen psykisk helse og avhengighet har behov for særlig høy bemanning, tverrfaglig kompetanse og tett integrasjon med forskning og utdanning, og forventes i fremtiden å bli enda mer spesialisert. Døgnbehandling og spesialiserte poliklinikker innen psykisk helsevern og rusbehandling bør samles. Det er solid faglig hold for at pasientgruppen bør behandles utenfor sykehus når det er mulig. Derfor bør DPS-virksomhet, BUP-poliklinikker og ruspoliklinikker fortsette å ligge desentralt, og en økende andel av pasientene bør få sin behandling der».

«Akutttilbudet innen psykisk helse og avhengighet er tredelt: Psykiatrisk legevakt i Storgata 40, psykiatrisk akuttmottak og et eget rusakuttmottak. Psykiatrisk legevakt bør være plassert som i dag, dvs. sammen med den kommunale legevakten i den framtidige Storbylegevakten. Psykiatrisk akuttmottak ved OUS bør være forbeholdt psykiatri, med mulighet for rask videreføring til

fagdifferensierte døgnenheter. Dette akuttmottaket vil ha større behov for skjerming enn for nærhet til det somatiske akuttmottaket, og kan gjerne ligge for seg selv. Rusakuttmottaket kan også ligge for seg selv, men bør ligge nær både psykiatrisk og somatisk akuttmottak. Det siste for å sikre tilgang på medisinsk spesialkompetanse ved behov. Samfunnsutviklingen tilsier at det må forventes et økt behov for kompetanse innen psykisk helse og tverrfaglig rusbehandling i det somatiske mottaket, og det må legges til rette for en slik tilstedeværelse og løsning».

«Tilnærmingen til de unge bør skje i tett samarbeid med førstelinjetjenesten og gjennom ambulante team. Nye teknologiske løsninger vil gi nye muligheter til å komme i kontakt med og holde kontakt med de unge pasientene. Samling av hele sykehusstilbudet for barn i OUS i et barnesykehus er et viktig prinsipp i idéfasen og omfatter også barn og unge med behov for BUP døgntilbud. BUP-senger i barnesykehuset vil gi den nødvendige tilgang til somatiske servicefunksjoner (MR/radiologi/lab), en stadig viktigere del av utredningen ved alvorlige og sammensatte lidelser hos barn og unge».

«Pasienter med alvorlige eller kroniske rus og avhengighetstilstander har ofte behov for langvarig behandling som veksler mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Dette forutsetter samarbeid mellom døgn- og dagbehandling, poliklinikk og arenafleksibelt tilbud for å gi et mest mulig helhetlig pasientforløp i samarbeid med kommune eller bydel.»

Om lokalsykehusfunksjonen står det i kapittel 3.7.4 bl.a. følgende:

«Det legges til grunn at de distriktpspsykiatriske sentrene (DPSene) også i framtiden skal være lokalisert i pasientens nærmiljø. DPS samlokalisert med BUP-poliklinikk og ruspoliklinikk, etter modell av virksomheten på Mortensrud, er lagt til grunn for alle virksomhetsmodellene. Disse virksomhetene ville dessuten ha nytte av samlokalisering med sykehusenheter som ivaretar et alminnelig somatisk behandlingstilbud.»

2) Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 053-2016 følgende føringer for plassering:

«Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomisk handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring».

Om samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus:

«Samarbeidet om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige roller i ivaretagelse av ansvaret for og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde».

Om overføring av regionfunksjoner fra Ullevål til Gaustad:

«Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad».

Om at Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus:

«Aker sykehus skal ivareta de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder. Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.»

Om avgrensning, dimensjonering og framtidig utvikling av Akertomten over tid:

«Med utgangspunkt i det gjennomførte idefasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehustomtene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.»

2.2. Fysiske rammer på Aker¹

2.2.1. Akertomtens geografi

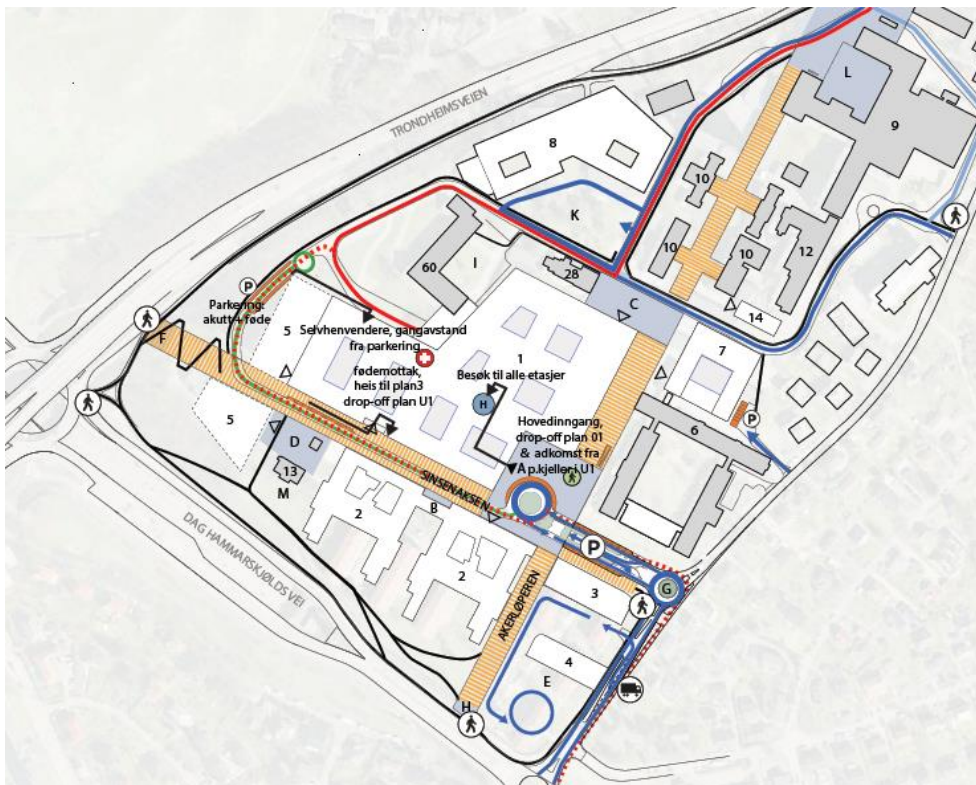
Aker sykehus ligger nordøst for Sinsenkrysset, på de historiske arealene til Tonsen gård i nord og Nordre Sinsen gård i sør, avgrenset av Rv 4/Trondheimsveien mot nord og vest, Ring 3/Dag Hammarskjølds vei mot sørvest og Sinsenveien mot øst. I nord/øst er sykehusområdet omsluttet av boligbebyggelse i form av lave blokker og eneboliger. Området er totalt ca. 200 000 m² stort, trekantformet med en lengde i nord-sør retning på ca. 700 meter og en bredde i øst-vest retning på ca. 420 meter, med størst øst-vest bredde i sør mot Ring 3.

Trondheimsveien og Dag Hammarskjølds vei /Ring 3 er massive barrierer som hindrer god kontakt til og fra området mot tilstøtende arealer. Nordvest for tomten på andre siden av Rv4/Trondheimsveien ligger Muselunden som et større grønt-drag opp mot bebyggelsen ved foten av Grefsenkollen.

Utad preges topografien på tomten av den markante skrenten mot RV4/Trondheimsveien i vest, som på sitt høyeste er ca. 12 meter, i hjørnet av tomten mot Sinsenkrysset. Inne på selve området er det betydelige høydeforskjeller med i all hovedsak et terreng som faller mot sør med en høydeforskjell på ca. 23 meter fra nord til sør. I tillegg faller terrenget også av mot vest i nederste del av tomten. På grunn av tomtenes størrelse oppfattes topografien som relativt rolig. På grunn av all bebyggelsen på tomten er det begrenset med utsikt, men fra et område sør på tomten er det utsikt mot bylandskapet med Ekebergåsen og fjorden i det fjerne.

Figur 1. Oversikt Akertomten med eksisterende og planlagte bygninger

¹ Delvis hentet fra Skisseprosjektet 2018



2.2.2. Bygninger og utearealer for KPHA på Aker

Det valgte konseptet for nybygg har hovedtyngden av bygningsmassen plassert sentralt på tomten og har en base med behandlingsfunksjoner med døgnområder somatikk i høyhus over basen. Psykisk helsevern og TSB foreslås i egne bygninger syd og øst på tomten. Dette gjelder bygningene merket 2, 13, 6, 1, 14 og 12 på tegningen over. Av disse er 2, 1 og 14 t nybygg, mens 13, 6 og 12 er eldre bygg (henholdsvis 1800-talls, 1942 og 1999). Bygg 6 (Refstad) og 13 (Nordre Sinsen gård) er omfattet av fredningsvern.

I det sør-østre hjørnet av tomten planlegges logistikk-senter for hele Aker Sykehus (byggene 3 og 4) mens hovedinngang til sykehuset for både gående og kjørende også ligger i sør-øst – med garasjeanlegg osv. Hovedinngangen og hoved-trafikken til og fra Aker Sykehus ligger dermed mellom det som er planlagt for KPHA i sør og det som skal ligge i sør-øst.

Grøntstrukturen følger i all hovedsak topografien med en markant randvegetasjon i tilknytning til skrenten mot sørvest. Denne vegetasjonen er viktig som en buffer mot Trondheimsveien. Den vernede gamle alléen sentralt på tomten ved paviljongen har historisk verdi. Det er ellers mindre grøntarealer spredt på området, bl.a. knyttet til det eldre gårdstunet og Refstad.

Som det også kommer frem av tegningen, planlegges det for en høy utbyggingsgrad med svært begrensede utearealer. I sør er det i hovedsak området sør for bygg 2 og mot og rundt bygg 13, mens det i øst i hovedsak er i ariet i bygg 6 (Refstad). Uteareal ved Bygg 12 er i dag svært begrenset, men kan formodentlig utvides noe.

2.2.3. Transport, trafikk og adkomst til Aker Sykehus

Sinsenveien er adkomstvei for motoriserte kjøretøy til planlagte fasiliteter med adkomst fra Ring 3 nær Sinsenkrysset. Sinsenkrysset er sterkt trafikkert og har avviklingsproblemer i flere retninger i rushperioden. Sinsenkrysset er også et knutepunkt i sykkelveinettet i Oslo. Her møtes sykkelveiene langs Rv. 4 med sykkelveier langs Ring3. Det planlegges for bygging av sykkelfelt i Sinsenveien sør for Ring 3.

For fotgjengere er området tilgjengelig fra Ring 3 / Sinsenveien, samt gang-sykkelvei fra Sinsenkrysset. I nord er området tilgjengelig på tvers av Trondheimsveien via kulvert. Området er vanskelig å lese, og man skal være godt kjent for å finne frem til området. Det antas at gjennomfartstrafikken for myke trafikanter er relativt lav.

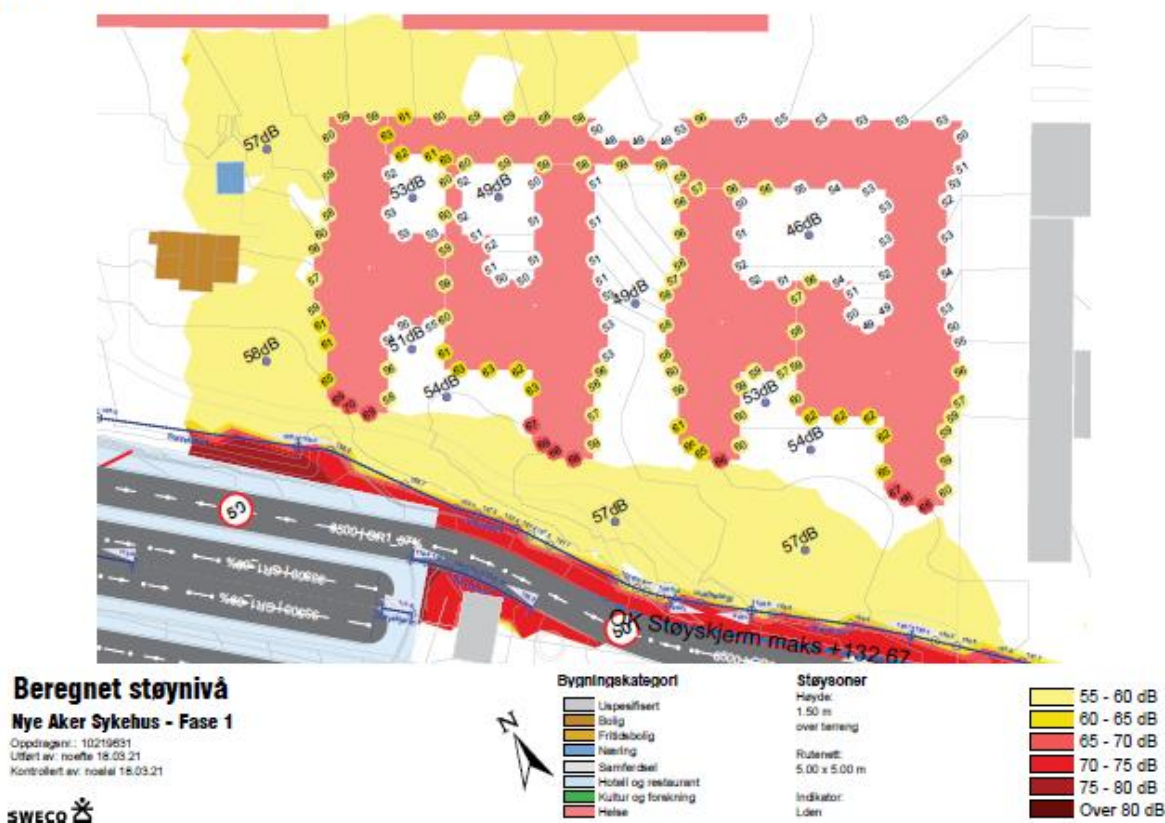
Adkomst med kollektive transportmidler planlegges med buss i Trondhjemsveien og i Dag Hammarskjølds vei. Nærmeste T-bane stasjoner er på Sinsen og på Løren.

2.2.4. Støy

Det er gjennomført støymålinger for området rundt det planlagte bygg 2 (Sørbygget) datert 18/3 2021. Disse viser at det er til dels betydelige utfordringer med støy – især mot sør der de viktigste utearealene for KPHAs pasienter er planlagt. Målingene synes til dels å ligge et godt stykke over tillatte grenseverdier.

Figur 2: Støyanalyse for Sørbygget

PHA SØR - STØYANALYSE



3. Fordeler og ulemper knyttet til samling av KPHA på Akertomten

Det følgende er korte punktvisse oppsummeringer av de viktigste fordelene og ulempene knyttet til planen om en samlokalisering av KPHAs hovedaktiviteter på Akertomten, som er kommet fram gjennom arbeidsgruppens arbeid. Disse gir også innsikt i en del av de utfordringer og dilemmaer arbeidsgruppen har stått overfor i arbeidet med å komme fram til et omforent forslag til funksjonsplassering – gitt premisset at KPHA skal samles på Akertomten.

3.1. De viktigste fordelene og argumenter for lokalisering av KPHA på Akertomten

- Lokalisering på Aker gir muligheter for samlokalisering av KPHAs aktiviteter på alle tre hovedområder
- Aker er sentralt i opptaksområdet og lokalisering av KPHA på Aker er et godt utgangspunkt for samarbeid med Storbylegevakten, med øvrige helsetjenester i Oslo og med DPSene
 - Aker er nærmere sentrum for befolkningskonsentrasjon enn Ullevål (10 min) og Gaustad (10 min)
 - Aker er lokalisert ved Ring 3, som gir antatte tidsbesparelser utenom rushtidene.
- Samlokalisering tett til det somatiske sykehuset på Aker gir muligheter for synergier og effektiv samhandling mellom somatikk og psykiatri
 - Felles akuttmottaksfunksjoner (raskere og bedre avklaring og behandling av somatiske tilstander og koordinering av videre behandlingsforløp)
 - Nærhet til sentral utredningsinfrastruktur; lab og radiologi (tidsbesparelse/ressursbesparelse)
 - Nærhet til anestesi for ECT-behandling (tidsbesparelse/ressursbesparelse, lavere terskel/flere i behandling)
 - Nærhet til K-L aktivitet i somatisk bygg (tidsbesparelse/ressursbesparelse, bedre integrering)
 - Potensielle faglige gevinster med tettere samarbeid og bedre kjennskap på tvers psykiatri-somatikk

Samlet sett er fordelene ved lokalisering først og fremst geografisk sentralitet og effektiv kommunikasjon/samhandling med andre deler av helsetjenesten i Oslo.

Disse og øvrige fordeler nevnt over kan formodentlig også oppnås ved samlokalisering av hovedaktiviteten ved KPHA med somatisk sykehus på Ullevål eller Gaustad.

3.2. De viktigste utfordringene ved og argumentene mot lokalisering av KPHA på Akertomten

- Utearealene er svært små med begrenset anvendelighet. Stor avstand til større utearealer/natur
 - Svært begrensede muligheter for utendørs trening/rehabilitering. Dette er en sentral og helt kritisk del av behandlingen av pasienter innen psykisk helse og avhengighet – til forskjell fra andre pasienter
 - Svært begrensede muligheter for lengre utganger, især på egen hånd
 - Ikke mulighet for hestestall e.l.
 - Behov for transport/logistikk/organisasjon for å fortsette drift av slike aktiviteter på Gaustad og/eller andre steder
- Liten tomt ift bygningsmasse. Høy utnyttelsesgrad
 - Liten fleksibilitet i plassering av og utforming av nybygg og eldre bygg med hensyn til å optimere KPHA organisasjonsdesign
 - Svært liten fleksibilitet dersom det i fremtiden blir behov for å utvide aktivitetene utover det kapasitetsbehovet som er predikert per 2030. Med en stram kapasitetsplanlegging er det ikke ubetydelig risiko for underdimensjonering
 - Høy konsentrasjon av pasienter med spesielle behov for skjerming og av pasienter som ikke bør være nær eller omgås hverandre.
- Nærhet til veitrafikk (støy, støv) Ring 3, Sinsenkrysset og Rv 4. Dette gjelder spesielt det prosjekterte Sørbygget som vender mot Ring 3, der støynivåer er beregnet opp mot 70dB (se støyanalyse)
- Stort behov for støyskjerming kan ytterligere redusere kvaliteten av utearealer – for eksempel takterrasser for avdelinger og ansatte uten direkte adgang til andre utearealer
- Stor mennesketetthet i utearealer (stressfaktor)

- Stor trafikk av pasienter, publikum og ansatte til og fra hele sykehuset tett på og imellom KPHAs lokaler (hovedinngang og parkering til hele Aker Sykehus mellom Sørbygget og øvrige KPHA-bygg)
- Utfordrende å sikre skjerming av pasienter og pårørende i uteområder og til og fra KPHA akuttmottak og avdelinger
- Nærhet til helikopterlandingsplass (støy)
- Stor andel pasientrom uten direkte tilgang til bakkeplan
- Trangere fasiliteter for behandlere/personale med risiko for mindre gunstige løsninger som kan gå ut over trivsel og effektivitet – og redusere KPHAs evne til å konkurrere om kvalifisert arbeidskraft i framtiden
- Kombinasjon av nye og gamle bygg
 - Gjenbruk av eldre bygg med mindre effektiv driftsstruktur både på kort og lang sikt
 - Behov for logistikk integrasjon med gamle bygg for å sikre enhetlig logistikkløsninger for hele KPHA på Aker (Tekniske kulverter mv.)
- Byggetrinn 2 for klinikkledelse og forskning
 - Uklarhet om hvordan dette skal løses er lite hensiktsmessig i utviklingen av et godt organisasjonsdesign for KPHA.

3.3. Overordnet vurdering av Aker tomtens egnethet for KPHAs virksomhet

Samlet sett er noen viktige fordeler, men også en rekke kritiske problemer og utfordringer ved en plassering på Aker knyttet til de arealmessige og kvalitative begrensningene ved tomtene. Dette må ikke minst sees i sammenheng med de særlige behov pasienter i psykiatri og rusbehandling har og karakteren av den behandlingen som skal gis. Det gir samlet sett vesentlige grunner til bekymringer med hensyn til om dette er en hensiktsmessig lokalisering av KPHA i Nye OUS, når man nå skal gjøre store og framtidsrettede investeringer.

4. Lokalisering av KPHA på Aker – grunnlaget for dimensjonering og funksjonsplassering

I det følgende legges det til grunn at KPHAs hovedaktivitet skal lokaliseres på Aker. Vi presenterer først kunnskapsgrunnlaget i form av kapasitetsberegninger, gitte kapasitetsrammer og foreløpige tegninger/skisser. Deretter presenteres hva som foreslås lagt til Aker og hva som bør lokaliseres andre steder. Deretter presenteres og diskuteres forslag til funksjonsplassering på Aker i kapitlene 5 og 6.

4.1. Grunnlagsdata og beregning av dimensjonering av sengerom og polikliniske behandlingsrom

Klinikkens arealer og kapasiteter på Aker er dimensjonert i henhold til den nasjonale framskrivingsmodellen for aktivitet og kapasitetsberegning.

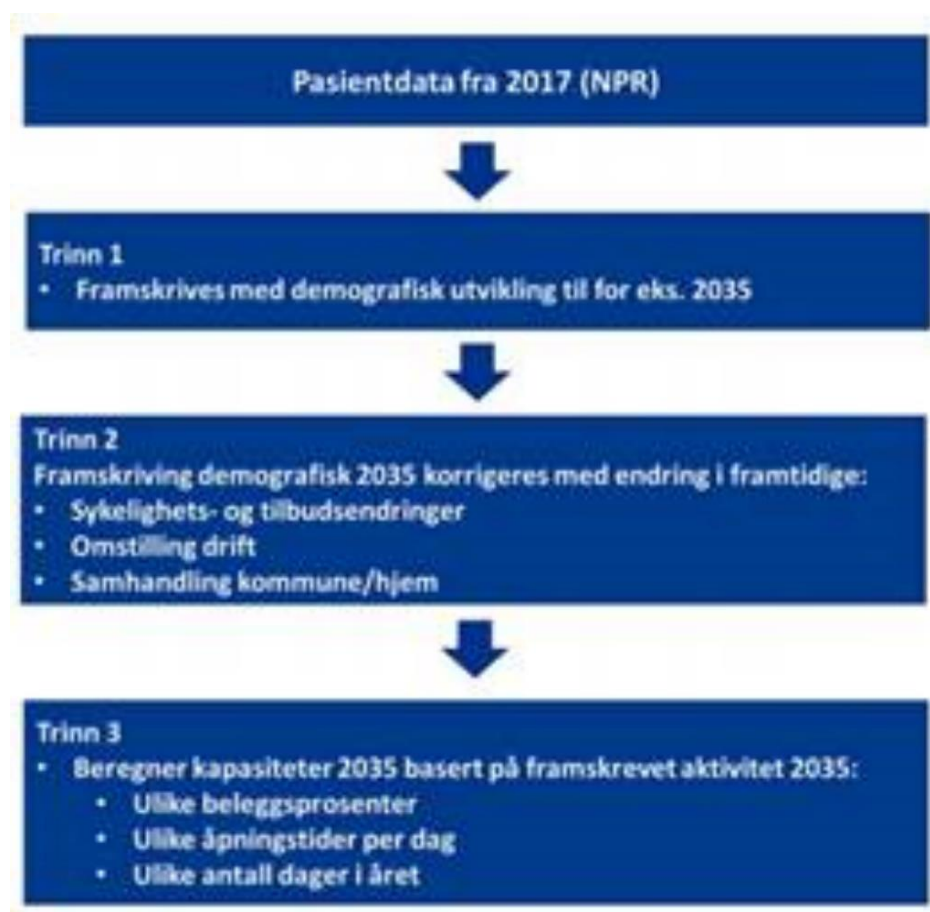
I framskrivingen er det benyttet aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2017. Modellen har i tillegg til den demografiske framskrivingen noen skjønsmessige fastsatte standard endringsfaktorer knyttet til ulike omstillingstiltak og sykdomsutvikling framover i tid. Framtidig prognose skal ivaretas gjennom dimensjoneringen, men vil ha svakheter ved å ikke kunne ta inn demografiske endringer i perioden som vil kunne påvirke behovet for KPHAs tjenester i tiden etter innflytting i nye bygg.

Følgende endringsfaktorer utover demografisk vekst gjelder for PHV og TSB:

- Døgnopphold og oppholdsøgn
 - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet

- Samhandling med kommune
- Reduksjon i oppholdstider
- Dagopphold og poliklinikk
 - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
 - Samhandling med kommune

Kapasitetsgrunnlaget som er brukt i denne analysen er basert på framskrivning i alle tre trinn i modellen under.



Figur 3: Trinnene i framskrivingsmodellen

4.1.1. Kapasiteter og fordeling mellom fagområder og funksjoner

Kapasitet på poliklinikk og dagbehandling er beregnet med grunnlag i episoder, og inkluderer all aktivitet registrert i DIPS og overført til NPR (Norsk pasientregister). Liggedøgn inkluderer permisjonsdøgn.

Resultatet av framskrivningen ble totalt 106 behandlingsrom for poliklinikk og 303 rom for sengepost. Dette er avstemt og kontrollert mot kapasitet i forprosjektet. Det kan bemerkes at det totale antallet senger er i henhold til dimensjoneringsgrunnlag, men det er et avvik i 7 sengerom i fordelingen mellom VOP og BUP. Disse er nå lagt til BUP.

Tabell 2. Planlagte U/B-rom

Antall behandlingsrom 2035

VOP	41,00
BUP	21,00
TSB	44,00
Totalt	106,00

Tabell 3. Planlagte døgnbehandlingsrom/sengerom

	Antall senger fra dimensjonering	Antall senger fra forprosjekt	Avvik
VOP	177	269	-7
TSB	99		
BUP	27	34	7
Totalt	303	303	-

De 106 polikliniske behandlingsrommene er først fordelt mellom fagområdene i henhold til fordeling gjort av Sykehusbygg. For videre fordeling mellom poliklinikker (behandlingsenheter) er det lagt til grunn den enkelte enhetens andel av behandlerstillinger av fagområdets totale antall behandlingsstillinger.

En alternativ nøkkel kunne vært andel av aktivitet, men både poliklinikkenes store ulikheter både med hensyn til ulike aktivitetstyper og andel registrerbare aktiviteter talte imot denne løsningen. For aktivitet fra AHUS (Groruddalen) forutsettes andelsvis samme produktivitet som i OUS.

For sengeposter er dimensjonering for voksenpsykiatrien gjort utfra et gjennomsnittlig belegg på 85%. I intern fordeling av senger er dette omregnet slik at antall senger ved Akuttpsykiatrisk avdeling er beregnet utfra belegg på 75%, mens psykoseposter og alderspsykiatri er beregnet til 93% belegg.

Det presiseres at klinikken er uenig i at behov for tjenester kan sees alene gjennom forbruksdata. I våre fagområder er det for eksempel mange mennesker med psykiske lidelser som ikke ønsker hjelp grunnet manglende innsikt i egen lidelse, eller at de selv ikke opplever at de trenger hjelp. I en storby (Oslo) vil pasientgrupper som enten ikke har innsikt eller ønske om hjelp lettere kunne unndra seg hjelpetiltak (aktivt eller passivt). Dette gjelder både for psykisk lidelse og rusavhengighet. Det er videre store ulikheter mellom kulturelle-/etniske grupper på hvem som oppsøker helsehjelp for psykiske lidelser. Disse kan bli aksentuert i visse miljøer av en viss konsentrasjon slik som man finner i storbyer. Samtidig styres forbruk av nåværende kapasiteter. Framtidig behov bestemmes derfor av mange forhold som kan endre seg i årene som kommer, som ikke reflekteres i en enkel framskriving fra det forbruksnivået vi nå har.

Klinikken stiller derfor spørsmål til bruken av forbruksdata som grunnlag for dimensjoneringen.

I tillegg er forbruksdata kun innhentet for ett år (2017). Det begrensede datamaterialet gjør i seg selv behovsindeksen sårbar for utilsiktet og tilfeldig variasjon grunnet for eksempel ulik registreringspraksis, intern organisering, struktur og tilbud. 2017 var også det første året med endret rapporterings- og registreringspraksis som følge av innføringen av ISF i poliklinikk.

Tabell 4. Kapasitet og areal i henhold til konseptrapport (kapasitet angitt som sengerom (døgn) eller «U/B»-rom (poliklinikk/ikke-døgn))

Funksjon	Kapasitet	Nettoareal
Døgnområder PHA	269	9417 m ²
Døgnområder BUP	34	1462 m ²
Poliklinikk og Dagbehandling PHA	85	2096 m ²
Poliklinikk og Dagbehandling BUP	21	524 m ²
Kontorarbeidsplasser (Behandlere)		1556 m ²
Administrasjon og ledelse		604 m ²
Fellesfunksjoner		1772 m ²

Tabell 5. Fordeling av 106 U/B-rom basert på andeler av bemanningsnøkkel 2021 med tillegg av aktivitet for Groruddalen

Avdeling	Seksjon	Enhet	Total sum OUS 2021	Tillegg for aktivitet Groruddalen	Totalt antall behandlere	Andel av rom	Antall rom fordelt	
PHL Nor	Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, NBHP	Barne- og ungdomsenheten	10		10,0	0,1	3,9	
		Voksenenheten	12		12,0	0,1	4,7	
		<i>Synshemmede</i>					5	
	Personlighetspsykiatri, seksjon	Angst- og tvangslidelsespoliklinikken	8		8,0	0,1	3,2	
		Personlighetspoliklinikken	11		11,0	0,1	4,3	
		Spiseforstyrrelsespoliklinikken	7,5		7,5	0,1	3,0	
	Regional seksjon spiseforstyrrelser	Regional poliklinikk	12,6		12,6	0,1	5,0	
Totalt PHL Nor			61,1		61,1	0,6	24,1	
PHV døgn	Alderspsykiatrisk seksjon	Alderspsykiatrisk poliklinikk	23,4	8,8	32,2	0,3	12,7	
		Tidlig psykosebehandling, seksjon	10,6		10,6	0,1	4,2	
Totalt PHV D			34		42,8	0,4	16,9	
Totalt PHV			95,1		103,9	1	41	
ARA	Rus- og avhengighetsbehandling ung, seksjon	Poliklinisk enhet Gaustad (stallen, uteteam)	8	3,0	11,0	0,1	4,5	
		Rusakuttmottak og avgiftning, seksjon	11,46	4,3	15,8	0,1	6,5	
		Ruspoliklinikker, seksjon	Ruspoliklinikk 1 (LAR)	19,5	7,3	26,8	0,3	11,1
			Ruspoliklinikk 2 (LAR)	20	7,5	27,5	0,3	11,4
			Ruspoliklinikk 3 (spesial)	13	4,9	17,9	0,2	7,4
Ruspoliklinikk LAR (LM utl)	5,5	2,1	7,6	0,1	3,1			
Totalt TSB			77,46	29,0	106,5	1	44	
PHBU	Barneseksjonen, psykisk helse	Barn enhet B					11	

Tabell 6. Fordeling av 303 døgnplasser

	Andel liggedøgn 2017	Fordeling senger Aker	Beregnet aktivitet 2035	Belegg	Antall senger re-beregnet
Akuttpsykiatri	43 %	63	19 546	75 %	70
Psykose inkl TPB	39 %	57	17 684	93 %	52
Alder	17 %	25	7 756	93 %	23
<i>Delsum PHV-voksen eks RASP</i>	<i>100 %</i>	<i>145</i>	<i>44 986</i>		<i>145</i>
RASP (VDP)		25			
RASP (BUP)		7			
Øvrig BUP		27			
TSB		99			
Totalt		303			

4.2. Hva bør være på Aker og hva bør lokaliseres andre steder?

Arbeidsgruppe Organisering, Trinn 1 i prosjekt «Revidert utredning av psykisk helsevern og avhengighetsbehandling i Nye OUS» arbeidet våren 2020 med å prioritere hvilke av klinikkens funksjoner som skal inn på Nye Aker og hvilke som skal plasseres andre steder.

I arbeidet ble det konkludert med følgende:

Aktiviteter på Nye OUS Aker (nødvendig behov):

- Sykehus døgnbehandling PHV inkludert alderspsykiatri
- TPB (døgnbehandling unntatt sikkerhetspsykiatri og Regional avdeling for psykisk utviklingshemming og autisme (PUA) i dagens avdelinger for akuttpsykiatri, døgnbehandling og NOR)
- Poliklinikk Alder
- Nasjonale og regionale poliklinikker
- Døgn TSB, Poliklinikk TSB ung + spesialpoliklinikk
- Døgn PHBU og områdefunksjoner PHBU
- Forskning/Forsknings- og innovasjonsavdelingen
- Administrasjon
- ECT
- Kompetansesentra
- Simuleringslab og fasiliteter for nye metoder

Alle aktiviteter/funksjoner ble ikke omtalt i scenariene. Det vil være klart ut fra diskusjonen at psykosomatisk og liaison/K-L-funksjonene skal ligge på Nye OUS (Rikshospitalet og/eller Aker, men dette omtales ikke). Det er også en klar anbefaling at det må være tilstrekkelige gruppe- og møterom på Nye OUS Aker.

I siste møte 15.6.2020 gjenstod to hovedscenarier. Det ble enighet om at LAR poliklinikker anbefales lagt til Nye OUS Aker, men deretter fases ut til sektorpoliklinikker så raskt som hensiktsmessig. Det ble orientert om at tre nye polikliniske tilbud rettet mot seksualovergrepere organisert under Avdeling NOR (Stop, Det finnes hjelp, Basis) nå organiseres på Gaustad, men det ble ikke endelig konkludert rundt plassering av disse i Nye OUS.

Arbeidsgruppen stod igjen med to hovedalternativer som det i møtet ikke ble oppnådd konsensus om (Tabell 7).

Tabell 7. To hovedalternativer etter Trinn1 i organisasjonsprosjektet.

Funksjon	Alternativ A	Alternativ B
Døgn DPS	DPS (inkl TPH)	Aker
Poliklinikk TPB	Aker	DPS
Poliklinikk PF	Aker	DPS

I en avstemming i arbeidsgruppen fikk Alternativ A flest stemmer. Konklusjonene ble oversendt klinikkleidelsen i rapportens form med anbefaling om risikovurdering. Dette innebærer at døgnplasser som nå er ved DPS foreslås å fortsatt være der, mens de to poliklinikkene foreslås lagt til Aker, da disse bør ligge sammen med sine respektive fagmiljøer der.

5. Helhetlig og overordnet om funksjonsplassering av KPHA

5.1. Overordnet om funksjonsplassering av KPHA 2030/2035 på Aker, Ila og DPSene

Ved overtagelse av nye og gamle bygg på Aker og nye bygg på Ila, vil klinikken konsentrere sine sentrale sykehusfunksjoner på to steder. Regional sikkerhetsavdeling vil legges på Ila (sannsynligvis sammen med lokal sikkerhetsavdeling og etter klinikkens anbefaling også regional avdeling for psykisk utviklingshemming og autisme). Resten av dagens pasientbehandling på Ullevål, Gaustad, Sogn og Dikemark vil samles på Aker sammen med det somatiske lokalsykehuset der. På det sentrale sykehusområdet på Aker prioriteres sentraliserte døgnfunksjoner, deretter de poliklinikk- og dagbehandlingsfunksjonene som har størst synergier med døgnfunksjonene og det somatiske sykehuset. DPSene vil fortsette i samme områder med eksisterende funksjoner samt enkelte nye funksjoner som har viktige synergier med bydelene.

Det planlagte lokalsykehuset på Aker fremstår i økende grad som et universitetssykehus med lokalsykehusfunksjoner ved at Aker også skal ivareta en vesentlig andel av forskning, undervisning og spesialiserte funksjoner for KPHA. KPHA er OUS sin største klinikk, og forskning, undervisning og de mest ressurs- og spesialistkrevende funksjonene innen psykiatri/psykisk helsevern og rusbehandling/TSB vil med dette i hovedsak høre til Aker. Det synes åpenbart at planleggingen av nye Aker sykehus til nå i begrenset grad har lagt dette til grunn. Vesentlige funksjonelle forutsetninger for et velfungerende universitetssykehus er så langt ikke inkludert i plantegning og kapasitetsrammer, og er således i det vesentlige ikke tatt med i klinikkens arbeid med funksjonsplasseringen. En gradvis glidning av planleggingen «fra lokalsykehus til universitetssykehus» over tid innebærer betydelig risiko for lite hensiktsmessige følgekonskvenser av hittidige beslutningsprosesser for virksomhetsarkitekturen – ikke minst for KPHA som har spesielle

funksjonelle behov, og som er og fortsatt vil være «lillebror» i relasjon til somatikken. I et trangt konsept på Aker er det risiko for at KPHAs behov over tid vil bli marginalisert i møtet med andre tunge behov.

Det skal også her bemerkes at psykisk helse er eksplisitt prioritert av både nåværende og tidligere regjeringer. En helhetlig løsning for psykisk helse i Nye OUS som ikke har betydelig helsefaglig støtte, kan synes å være et politisk usikkert prosjekt.

Som beskrevet i kapittel 2, har det gjennom arbeidet med funksjonsplasseringsalternativer kommet fram betydelige betenkeligheter med hensyn til om Akertomten med den planlagte kompakte utbyggingen og intensive arealutnyttelsen, er et godt egnet sted for KPHAs virksomhet i fremtiden. Det ligger utenfor Arbeidsgruppens mandat å vurdere dette nærmere.

Med disse overordnede bemerkninger in mente og med de beslutninger og rammer for plassering av KPHA på Aker som vi har beskrevet, skal vi nå gå nærmere inn på den konkrete overordnede funksjonsplasseringen.

5.2. Funksjoner som bør plasseres i det somatiske sykehuset

Alle sentrale tjenester som også deles med somatikken bør plasseres i det somatiske sykehuset. Dette omfatter spesielt sentrale laboratorietjenester og radiologi.

Det forutsettes at det blir et felles akuttmottak i det somatiske sykehuset – med kulvert til KPHAs akuttmottak for PHV og TSB.

Konsultasjons- og liaisontjenesten vil være plassert i somatisk bygg.

Psykosomatisk avdeling vil fordeles i somatisk areal på RH og Aker.

5.3. Spesielle behov knyttet til behandling av pasienter innen psykisk helse og avhengighet som må ivaretas

Det er vesentlig større arealbehov per pasient i KPHAs fagområder enn det er for pasienter i somatisk behandling. Pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser som mottar døgnbehandling ligger ikke til sengs. De trenger oppholdsareal både for seg selv (privat sone), sosiale arealer samt varierte aktivitetsarealer både innendørs og utendørs.

- Stressreducerende tiltak er viktig både for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. En moderat tetthet av mennesker i miljøene en beveger seg i samt muligheter for relativ avskjerming av menneskelig kontakt er svært viktige tiltak for stressreduksjon
- Andre viktige stressreducerende/-forebyggende tiltak:
 - Lav grad av støy
 - Utsyn til, opphold i og aktivitet i grøntarealer
 - Naturlig dagslys og utsyn til rolige, harmoniske omgivelser
 - Miljøer å kjenne seg igjen i og finne tilhørighet i («sikker base»)
 - Harmonisk arkitektur

Akuttbehandling/psykiatrisk intensivbehandling:

- Behov for skjermingsarealer
- Behov for forebyggende sikkerhetstiltak mot skadelig adferd
- Behov for høy bemanningstetthet med mulighet for rask oppbemanning ved krise
- Oversiktlige arealer og ellers som i punktene over

Langtidsbehandling:

- Behov for døgnbehandling over tid, flere pasienter vil trenge døgnbehandling i flere måneder
- Behovene for arealer inne og ute som beskrevet i punktene over
- Spesielle behov for variert aktivisering inne og ute
- Behov for spesialrom av ulike slag, treningskjøkken, treningsrom, gymsal, mv.

Økning i arealbehov for dagbehandling og poliklinisk behandling, avstandsoppfølging og samhandling med kommunene:

Det er en langsiktig sterk trend at disse aktivitetene øker år for år både som følge av økte behov og større krav og forventninger fra befolkningen og politikken, og som følge av teknologisk utvikling og endringer i behandlingsformer.

- Økende behov for rom for behandlingssamtaler/terapi (lydtett, egnet utforming)
- Økende behov for arealer som kan nyttes til gruppesamtaler eller samarbeidsmøter evt per telefon eller skjerm
 - Behov for egnede arealer for avstandsbehandling via telefon eller skjerm
 - Behov for teammøterom adskilt fra arbeidsplasser
 - Behov for kontinuerlige/fleksible skift mellom roller/arbeidsoppgaver

Denne utviklingen og disse behovene peker i retning av et markant behov for kombinerte arbeidsplasser og behandlingsrom (trad. «kontor/behandlerrom»)

5.4. Funksjonsplassering på og utenfor «Nye Aker Sykehus»

Det følgende gir en oversikt over den fordeling av avdelinger mellom Aker, Ila og DPSene som er blitt avklart gjennom organisasjonsprosessen. Funksjoner som blir på Gaustad og Ullevål fram til Fase 2 er også med i oversikten.

Tabell 8. Funksjonsplassering på og utenfor «Nye Aker Sykehus»

Aker	<ul style="list-style-type: none">• PHV akuttpsykiatri, døgn og evt. poliklinikk• PHV lukket psykosebehandling, døgn og evt. poliklinikk• PHV alderspsykiatri, døgn og poliklinikk• PHV tidlig psykose, døgn og poliklinikk• PHV nasjonale poliklinikker (NBHP)• PHV regionale poliklinikker (PP)• PHV ECT og TMS etc.• PHV K-L• PHV/PHBU regional spiseforstyrrelsesbehandling, døgn og poliklinikk• PHBU akutt ungdom, døgn• PHBU intermediær ungdom, døgn• PHBU nevropsykiatrisk enhet• PHBU front-team (barnesykehus)• TSB rusakuttmottak/avgiftning• TSB voksen døgnbehandling• TSB ung døgn behandling• TSB LAR-poliklinikk
-------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • TSB ruspoliklinikk • Kliniske forskningsarealer
Ila	<ul style="list-style-type: none"> • PHV regional sikkerhet, døgn og evt. poliklinikk • PHV lokal sikkerhet, døgn og evt. poliklinikk • PHV/PHBU utviklingsforstyrrelser, døgn og poliklinikk
DPSene	<ul style="list-style-type: none"> • PHV allmennpsykiatrisk, døgn, poliklinikk, dag og ambulant • PHV psykose poliklinikk, dag og ambulant • PHBU allmenn, poliklinikk, dag og ambulant • TSB?
Ullevål (fase 1), deretter Aker	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikadministrasjon • Forskningsmiljøer/kontorer for forskere (NORMENT/SFF, C3)
Gaustad (fase 1²), deretter Aker	<ul style="list-style-type: none"> • Forskningsmiljøer/kontorer for forskere (SEB, TIPS-sør øst, PHBU-forskning, RUS-forskning)

5.5. Funksjoner som bør plasseres på Aker, men som det så langt ikke foreligger arealrammer eller tilstrekkelige retningslinjer for

Arealer til KPHA forskning og til klinikledelse er ikke tatt med i Fase 1 av utbyggingen på Aker. Begge er med i Fase 2 (tentativt realisert i 2035). Det er et sterkt og samstemt ønske fra KPHAs side at forskningen bør plasseres tett på de kliniske miljøene. I et framtidig kunnskapsbasert universitetssykehus er det viktig at forskere og klinikere har mange og tette kontaktflater.

Arealer til det nyopprettede tilbudet for forebygging av vold og overgrep («STOP», Det finnes hjelp» og «Basis») er ikke tatt med.

5.5.1. Forskning og universitetsfunksjoner (delvis hentet fra fokusgrupperapport 2018)

KPHA OUS/Universitetet i Oslo (UiO) har om lag 180 forskerårsverk/250 personer. Halvparten av disse er organisert i Forsknings- og innovasjonsavdelingen (FIA). Aktive forskningsmiljøer ved nytt sykehus på Aker vil være svært viktig både for OUS og UiO, blant annet for å kunne rekruttere dyktige fagfolk, både til den kliniske virksomheten og til forskning og undervisning.

Også i nye OUS vil man anta at det vil være behov for areal til spesifikke forskningsenheter som opprettes midlertidig etter store forskningsbevilgninger av typisk 4-10 års varighet, som SFF, SFI, KG Jebsen og EU-prosjekter. Det må planlegges areal til denne typen forskningsenheter.

KPHA har lavest forskningsandel og har størst utviklingspotensial av OUS sine klinikker. Det er derfor god grunn til å anta at arealbehovet til forskning vil gå opp og ikke ned i årene som kommer. Nye aktiviteter vil i stor grad være basert på politisk initierte oppdrag og ekstern finansiering. For å kunne påta seg slike oppdrag, må klinikken ha tilgjengelige, fleksible lokaler utover ordinær drift. Forskning innenfor psykisk helse og rusbehandling vil på sikt ha sin hovedbase ved nytt sykehus på Aker, med høyt renommerte forskningsgrupper med stor bredde og omfang.

Samlet arealbruk i 2021 er om lag 2700 m². Det er her ikke medregnet forskningsareal innlemmet i regionale og nasjonale kompetansetjenester (SIFER, NAPP, RASP). I tillegg kommer areal som SFF NORMENT bruker i Laboratorieklinikken og i Klinik for radiologi. Her vil de aktuelle samarbeidspartnerne sannsynligvis ikke lokaliseres på Aker. Dette må erstattes. I idefaserapport 2.0. pkt 5.5. tabell 27 kommer det frem et beregnet behov for areal til forskningen innen Psykisk helsevern og avhengighet på 7000 m² i fremtidig OUS. FoU er ikke

² Status for disse aktivitetene er ikke klarlagt

nevnt i Kvalitetssikring av kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker, Oslo universitetssykehus HF (Styremøtet 20. juni 2019).

Det er i Nye OUS forprosjektfases medvirkningsgrupper meldt behov for 24/7 tilgang til egen 3T forsknings-MR på Aker for KPHA-forskning. Forskningen i PHA har videre bruk for nevropsykologiske testrom og elektrofysiologiske laboratorier samt serverrom for behandling av imaging/genetikdata.

Forskningsmiljøene i KPHA har vært samstemte om prinsipper for areal til forskning, undervisning og innovasjon i nytt sykehus på Aker:

- Integrerte arealer i de kliniske områdene til forskning og undervisning (grupperom, undersøkelsesrom kliniske studier, simulering)
- Mindre forsknings- og undervisningsarealer spredt i de kliniske områder (f.eks. undervisning i større grupper, mindre laboratorier, etc.)
- Forskningsbygg i nærhet til laboratorium og forskningsareal på nytt sykehus på Aker
- Auditorier og større undervisningsrom sentralt plassert i sykehuset.

Med de arealrammene som er på Akertomten for nye og gamle bygninger til KPHA, er det ikke lett å forstå hvordan Fase 2 kan gjennomføres på en måte som gjør at forskning kan plasseres slik at dette gir en hensiktsmessig helhetlig virksomhetsarkitektur for KPHA.

Det er uheldig at planleggingen av disse funksjonene ikke er med i en helhetlig planlegging og funksjonsplassering i Fase 1 – selv om selve byggingen av disse arealene skyves ut til en Fase 2. Med en forskyving av disse funksjonsplasseringene til Fase 2, er det også betydelig risiko for videre utsettelse utover 2035.

6. Funksjonsplassering av KPHA på Aker

På den bakgrunn og med det grunnlaget som er beskrevet, har vi utarbeidet tre alternative forslag til funksjonsplassering. Det ene av disse er et hovedalternativ A. For å illustrere alternativene har vi benyttet den av de foreløpige skissene fra arkitektene som gir best oversikt over byggene KPHA er tiltenkt. Disse er angitt i farger i figur 2 under.

Fra venstre mot høyre i tegningen har vi da:

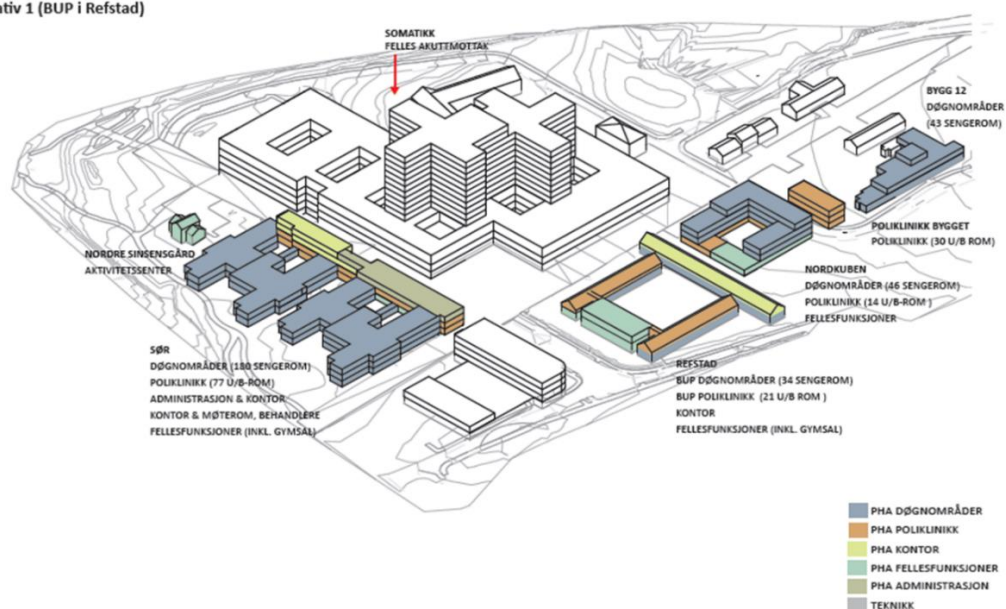
- **Nordre Sinsen gård** (aktivitetssenter) (bygg 13)
- **Sør** (bygg 2) (også benevnt «**Sør-bygget**»). Dette består av to delvis atskilte bygg: vestre del til venstre og østre del til høyre
- **Refstad** (bygg 6) Her er det tegnet inn et mindre nybygg i sør (grønt)
- **Nordkuben** (bygg 1). Dette har i mindre grad vært bearbeidet av arkitektene, og vi legger til grunn at det er betydelig fleksibilitet med hensyn til konkret utforming
- **Poliklinikkbygget** (bygg 14). Lite nybygg på antatt under 1000 m²
- **Bygg 12**. Dette henger sammen med et Bygg 11 som ikke er i figuren. Gjenbruk av Bygg 12 forutsetter at Bygg 11 også kan benyttes

Figur 4. Planskisse for bygg tiltenkt KPHA på Aker

(Alternativ 1 i planskissen er ikke ett av alternativene i vår utredning)

Funksjonsfordeling PHA

Alternativ 1 (BUP i Refstad)



6.1. Forhold som har vært veiledende i utarbeidelsen av funksjonsplasserings-alternativene

Det følgende har vært retningsgivende:

- Det er en målsetting å få til et helhetlig organisasjonsdesign for KPHA som gir en tydelig og god inndeling i funksjonelle enheter, som søker å optimere bruken av tomten og bygningene, som søker å begrense konsekvensene av utfordrende sider ved Aker tomten og det planlagte sykehuset, og som gir rimelig balanserte kvalitative forhold for de ulike fagmiljøene/aktivitetene.
- Det er en målsetting å samle fagområder i funksjonelle enheter der døgnområdene plasseres. Dag- og polikliniske behandlingsrom, kontorer og sosiale funksjoner for ansatte bør i størst mulig grad høre til slike samlede fagområder.

- Det er en målsetting å utnytte synergier med somatisk sykehus og mellom avdelinger der slike antas å foreligge. Samling av akuttfunksjoner for VOP og TSB med tilknytning til felles akuttmottak i somatisk sykehus har spesielt vært vektlagt.
- Det er en målsetting å utnytte mulige fellesarealer og fellesfunksjoner i hensiktsmessig avgrensede enheter. Disse bør ikke omfatte for få, men heller ikke for mange pasienter da det er behov for å holde behov for flyt av pasienter og aktiviteter på tvers av avdelinger på et lavt nivå. Enhetene bør derfor være «funksjonelt komplette» hver for seg.
- Det bør prioriteres å ha døgnplasser i nybygg da dette gir bedre muligheter for riktig utforming og for å legge til rette for mer effektiv drift
- TSB og BUP bør være tydelig atskilt
- Aktiviteter som ikke har synergier med hverandre bør holdes atskilt
- Det er spesielt en målsetting at Refstad-anlegget skal benyttes på en mest mulig hensiktsmessig måte, gitt de særlige kvaliteter og de spesielle utfordringene det har – både med hensyn til utforming, og effektiv logistikk og drift

6.2. KPHAs overordnede faglige enheter/funksjoner

Arbeidet har vært basert på at følgende funksjonelle hovedenheter skal funksjonsplasseres:

- PHV og TSB felles akuttmottak med somatikk
- PHV døgn (akutt- og døgn med tilhørende poliklinikker)
- TSB akutt
- TSB døgn og poliklinikker
- RASP
- PHBU
- Spesialpoliklinikker (Nasjonale/Regionale (Avdeling NOR))
- Forskning (mindre andel)
- Administrasjon og øvrige felles organisasjonsressurser (Klinikkledelse og stab ikke inkludert)

6.3. Funksjonsplassering, tre alternativer A, B, C

De tre alternativene tar utgangspunkt i marginalt forskjellig antall sengerom i Sør-bygget. Dette bygget er p.t. planlagt med 180 sengerom fordelt på 9 avdelinger (9 x 2 x 10 senger). Det foreligger også en skisse med alternativt 10 avdelinger hvorav to «halve» som i alt også gir 180 sengerom (8 x 2 x 10 senger + 2 x 10 senger).

Vi har lagt til grunn at Sør-bygget kan ha inntil 200 sengerom fordelt på 10 avdelinger. Av disse er 4 i vest-delen av bygget, og 6 i øst-delen.

Alternativ A legger til grunn at det kan være 200 sengerom i Sør-bygget.

Alternativ B legger til grunn at det bare kan være 190 sengerom der. Det medfører behov for å flytte rundt på avdelinger relativt til alternativ A.

Alternativ C legger til grunn at det bare kan være 180 sengerom i Sør-bygget. Dette alternativet viser en annen løsning der avdelinger har byttet plass relativt til i alternativ A.

Dernest har vi sammenlignet alternativ A med alternativ B ved en oppstilling av fordeler og ulemper for hvert av alternativene. Tilsvarende er alternativ A og C sammenlignet.

Spørsmålet om hvilket av de tre alternativene som bør anbefales har vært gjenstand for brede diskusjoner gjennom tilrettelagte strategisamlinger og ved muntlige og skriftlige innspill til arbeidsgruppen.

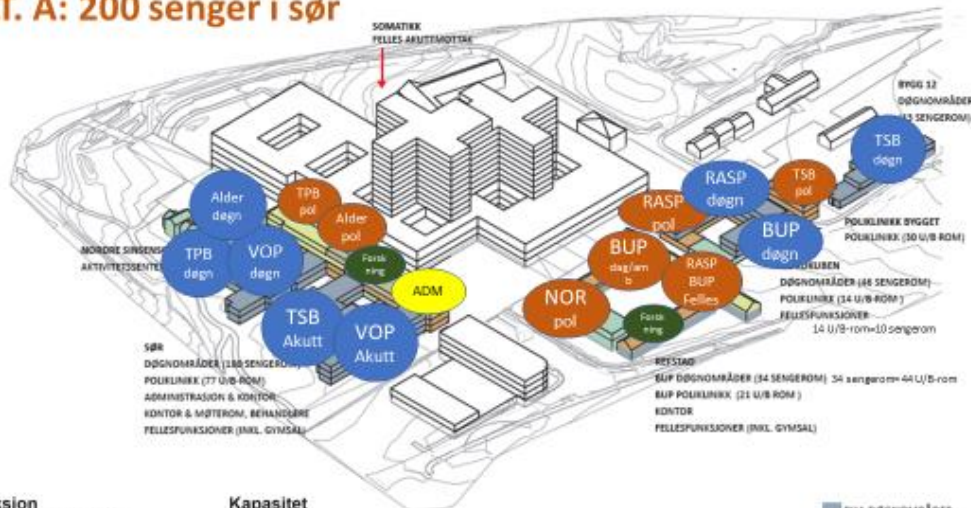
Alternativ A. 200 senger i Sør-bygget.

- Hovedalternativet (A) plasserer VOP akutt og TSB akutt i et felles Akutt-bygg» i Sør-byggets østre del. Disse har behov for 126 sengerom til sammen. Her legges også KPHAs felles akuttmottak for VOP og TSB på gateplan (Plan 1) med kulvert til felles akuttmottak i somatisk sykehus i planet under (U1). Den østre delen har 120 sengerom.
- VOP døgnet med tilhørende poliklinikker legges i Sør-bygget i den vestre delen. Her er behovet presist dekket med 80 sengerom i alt inkl. 6 akutt plasser (semi-akutt) som det ikke er plass til i den østre delen.
- TSB døgnet legges til Bygg 12 og Bygg 11.
- TSB poliklinikker legges til nytt poliklinikk bygg nær Bygg 12, slik at fagmiljøet for TSB døgnet og poliklinikk holdes samlet.
- BUP og RASP deler døgnet og sentrale behandlingsfunksjoner i Nordkuben og øvrige aktiviteter, skole, mv. i Refstad med forbindelser mellom Nordkuben og Refstad (nord)
- Spesialpoliklinikker (NOR) legges til Refstad (syd)
- Det foreslås to forskningstorg (UiO areal). Ett i Sørbygget og ett i Nordkuben.
- (Hovedadministrasjon legges helst til Sør-bygget, med lokale administrasjoner plassert i hver enhet sammen med stedlig ledelse. – ikke arealberegnet i etappe 1)

Figur 5. Alternativ A

Funksjonsfordeling PHA

ALT. A: 200 senger i sør



Funksjon	Kapasitet
Døgnområder PHA	269
Døgnområder BUP	34
Poliklinikk og Dagbehandling PHA	85
Poliklinikk og Dagbehandling BUP	21

Tabell 9. Alternativ A

Bygg	
Sørbygget	<p>Sør-øst, «Akuttbygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOP akutt • TSB akutt

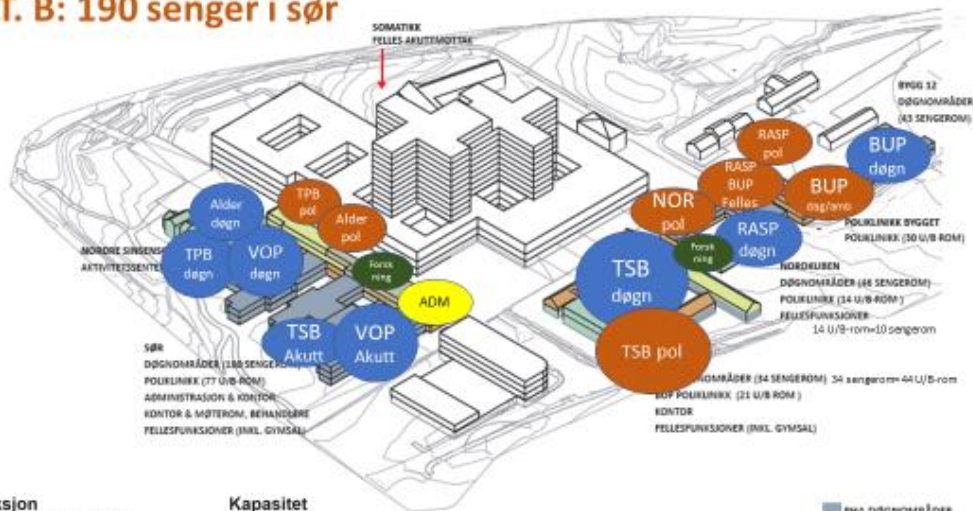
Bygg	
	<ul style="list-style-type: none"> • RUA-pol • (Klinikkledelse/-administrasjon) • Forskningstun PHV og TSB <p>Sør-vest «VOP døgnbygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOP psykosebehandling • Alderspsykiatri døgn • Alderspsykiatri poliklinikk • TPB døgn • TPB poliklinikk
Nordkuben	<ul style="list-style-type: none"> • BUP akuttmottak • BUP døgn • RASP døgn • RASP og BUP fellesfunksjoner? • RASP poliklinikk
Refstad	<ul style="list-style-type: none"> • BUP dagbehandling/FRONT/NP • RASP og BUP fellesfunksjoner • Nasjonale og regionale poliklinikker • Forskningstun BUP PHV
Bygg 12 og Bygg 11	<ul style="list-style-type: none"> • TSB døgn
Poliklinikkbygg	<ul style="list-style-type: none"> • TSB poliklinikk

Alternativ B. 190 senger i Sør-bygget.

- Alternativ B er i hovedsak likt med Alternativ A for Sør-bygget.
- I dette alternativet er imidlertid TSB døgn og flyttet fra B12 til Refstad (syd) med 43 sengerom og TSB poliklinikker flyttet fra poliklinikkbygg til Refstad. Dertil er 10 TSB (akutt) sengerom i Sør-bygget flyttet til Refstad. Dette medfører et behov for 53 sengerom på Refstad.
- BUP er i dette alternativet lagt til B12/B11.
- BUP dagbehandling er lagt til Poliklinikkbygget.
- RASP døgn er lagt til Nordkuben, og RASP poliklinikker er lagt til Poliklinikkbygget.
- Spesialpoliklinikker (NOR) legges også til Nordkuben.
- Fellesfunksjoner for RASP og BUP legges til Refstad (nord)

Figur 6. Alternativ B

Funksjonsfordeling PHA ALT. B: 190 senger i sør



Funksjon	Kapasitet
Døgnområder PHA	269
Døgnområder BUP	34
Poliklinikk og Dagbehandling PHA	85
Poliklinikk og Dagbehandling BUP	21

1 døgnrom=1,3 U/B-rom
1 U/B-rom=0,8 døgnrom

Tabell 10. Alternativ B

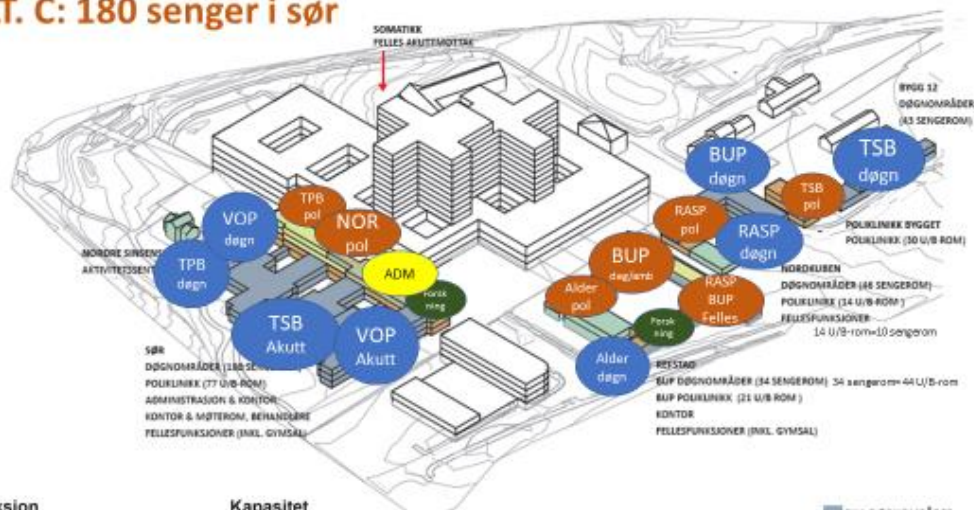
Bygg	
Sørbygget	<p>Sør-øst, «Akuttbygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> VOP akutt TSB akutt (Klinikkledelse/-administrasjon) Forskningstun PHV <p>Sør-vest «VOP døgnybygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> VOP psykosebehandling Alderspsykiatri døgn Alderspsykiatri poliklinikk TPB døgn TPB poliklinikk
Nordkuben	<ul style="list-style-type: none"> Nasjonale og regionale poliklinikker RASP døgn RASP og BUP fellesfunksjoner Forskningstun TSB BUP
Refstad	<ul style="list-style-type: none"> TSB døgn TSB-poliklinikk RASP og BUP fellesfunksjoner?
Bygg 12 og Bygg 11	<ul style="list-style-type: none"> BUP døgn BUP akuttmottak
Poliklinikkbygg	<ul style="list-style-type: none"> BUP dagbehandling/FRONT/NP RASP poliklinikk

Alternativ C. 180 senger i Sør-bygget.

- I alternativ C er Alderspsykiatri med tilhørende poliklinikk tatt ut av Sør-bygget og plassert på Refstad (syd).
- Nasjonale og regionale spesialpoliklinikker (NOR) er her lagt til Sør-bygget.
- Sør-bygget får med dette 180 sengerom i alt, og betydelig flere poliklinikker enn i alternativ A.

Figur 7. Alternativ C

Funksjonsfordeling PHA
ALT. C: 180 senger i sør



Funksjon	Kapasitet
Døgnområder PHA	269
Døgnområder BUP	34
Poliklinikk og Dagbehandling PHA	85
Poliklinikk og Dagbehandling BUP	21

Tabell 11. Alternativ C

Bygg	
Sørbygget	<p>Sør-øst, «Akuttbygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOP akutt • TSB akutt • (Klinikkledelse/-administrasjon) • Forskningstun PHV TSB <p>Sør-vest «VOP døgnbygget»</p> <ul style="list-style-type: none"> • VOP psykosebehandling • TPB døgn • TPB poliklinikk • Nasjonale og regionale poliklinikker
Nordkuben	<ul style="list-style-type: none"> • BUP døgn • BUP akuttmottak • RASP døgn • RASP poliklinikk • RASP og BUP fellesfunksjoner • Forskningstun
Refstad	<ul style="list-style-type: none"> • Alderspsykiatri døgn • Alderspsykiatri poliklinikk • BUP dagbehandling/FRONT/NP • RASP og BUP fellesfunksjoner
Bygg 12 og Bygg 11	<ul style="list-style-type: none"> • TSB døgn
Poliklinikkbygg	<ul style="list-style-type: none"> • TSB-poliklinikk

6.4. Fordeler og ulemper overordnet og relatert til hvert bygg og hver funksjonell avdeling

Tabell 12. Fordeler og ulemper alternativ A vs alternativ B (inntatt tilbakemeldinger fra gruppearbeid i 3.strategisamling):

	Alternativ A	Alternativ B
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> • Samling av PHV døgn i ett bygningskompleks (sør) • Samling av akuttfunksjoner PHV og TSB nær somatisk mottak • Samling av ikke-akutt TSB i et område (nord: B12/11 og poliklinikkbygg) • Samling av PHBU med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • Samling av RASP med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • Maksimal utnyttelse av nybygg til døgndrift (Sør-bygget og Nordkuben) • Skille mellom PHBU og TSB • Fleksibel bruk av eldste bygningsmasse (Refstad) til fellesfunksjoner og poliklinikk • Samling av spesialpoliklinikker (Refstad) 	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalt færre døgnplasser i Sørbygget • TSB i ett bygg (Refstad) med bedre uteområde • Samling av akuttfunksjoner PHV og TSB (litt mindre grad) nær somatisk mottak • Samling av RASP med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • PHBU og RASP med geografisk nærhet • Skille mellom PHBU og TSB • Samling av døgn og poliklinikk Alderspsykiatri • Samling av døgn og poliklinikk TPB • Mulighet for større utnyttelse av senger i sørbygget senere? • Mulighet for utnyttelse av senger i Nordkuben senere?

	Alternativ A	Alternativ B
	<ul style="list-style-type: none"> • Samling av døgn og poliklinikk Alderspsykiatri • Alderspsykiatri nærmest somatikk og akutt • Samling av døgn og poliklinikk TPB • Større tilgjengelighet av bygg med miljømessige kvaliteter (Refstad) dersom det ikke er døgndrift der 	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av Attraktiv indre hage på Refstad til TSB-døgn • Samling av flere NOR-funksjoner i Nordkuben
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Mange døgnplasser i Sørbygget • PHBU fordelt på to bygg • RASP fordelt på to bygg • TSB ikke akutt døgn i noe eldre bygg med begrensninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikker realisme i stor døgnutnyttelse av Refstad, krevende døgndrift • Krevende logistikk ved døgnutnyttelse i Refstad (krever to typer system for klinikken) • PHBU fordelt på tre bygg • PHBU døgn i noe eldre bygg med begrensninger • RASP fordelt på to bygg • Liten tilgjengelighet av bygg med miljømessige kvaliteter (Refstad) dersom det er døgndrift der • Liten utnyttelse av Nordkuben til døgn

Tabell 13. Fordeler og ulemper alternativ A vs alternativ C (inntatt tilbakemeldinger fra gruppearbeid i 3.strategisamling):

	Alternativ A	Alternativ C
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> • Samling av PHV døgn i ett bygningskompleks (sør) • Samling av akuttfunksjoner PHV og TSB nær somatisk mottak • Samling av ikke-akutt TSB i et område (nord: B12/11 og poliklinikkbygg) • Samling av PHBU med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • Samling av RASP med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • Maksimal utnyttelse av nybygg til døgndrift (Sør-bygget og Nordkuben) • Skille mellom PHBU og TSB • Fleksibel bruk av eldste bygningsmasse (Refstad) til fellesfunksjoner og poliklinikk • Samling av spesialpoliklinikker (Refstad) • Samling av døgn og poliklinikk Alderspsykiatri • Alderspsykiatri nærmest somatikk og akutt 	<ul style="list-style-type: none"> • Enda litt færre døgnplasser i Sørbygget • Alder døgn og poliklinikk i ett bygg (Refstad) • Samling av akuttfunksjoner PHV og TSB nær somatisk mottak • Samling av ikke-akutt TSB et område (nord: B12/11 og poliklinikkbygg) • Samling av RASP med spesialrom i to tilgrensende bygg (Nordkuben-Refstad) • Skille mellom PHBU og TSB • Samling av døgn og poliklinikk TPB

	Alternativ A	Alternativ C
	<ul style="list-style-type: none"> • Samling av døgn og poliklinikk TPB • Større tilgjengelighet av bygg med miljømessige kvaliteter (Refstad) dersom det ikke er døgndrift der 	
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> • Mange døgnplasser i Sørbygget • PHBU fordelt på to bygg • RASP fordelt på to bygg • TSB ikke akutt døgn i noe eldre bygg med begrensninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Alder ikke i bygget nærmest somatikken • Alder ikke sammen med resten av VOP og akuttmottaket • RASP fordelt på to bygg • PHBU fordelt på to bygg • Spesialpoliklinikker fordelt på to bygg (Refstad og Sørbygget) • TSB ikke akutt døgn i noe eldre bygg med begrensninger • Poliklinikker for NBHP og personlighetsseksjonen i sørbygget uten særlig synergi med resten av bygget • Mindre tilgjengelighet av bygg med miljømessige kvaliteter (Refstad) dersom det er døgndrift der

6.5. Drøfting av behov, kvaliteter ved bygg og lokasjoner med betydning for prioritering av alternativene:

6.5.1. Akuttfunksjonen PHV og TSB

Det er klare fordeler med å lokalisere akuttfunksjoner samlet for PHV og TSB nær det felles somatiske akuttmottaket.

- Nærhet til somatisk mottak senker terskelen for effektiv somatisk avklaring og behandling for akuttpasienter til både PHV og TSB
- Samlokalisering av PHV og TSB akutt gir samme type synergi for effektiv avklaring og behandling psykiatri/rus
- Stor beredskap for rask oppbemanning ved kriser
- Faglige utviklingssynergier kan utnyttes psykiatri-rusbehandling-somatikk
- Samling av akuttfunksjoner på ett sted gir bedre logistikk og pasientsikkerhet

6.5.2. Forskjellige typer behandlingsevne og behov for utforming av bygg

Døgnbehandling, inkludert akuttmottak, har de største fordelene av å komme inn i nybygg. Akuttbehandling og behandling av mennesker i stor psykisk krise og/eller økt volds-selvskadings-risiko stiller omfattende krav til tilpasset bygningsmasse. Slike krav omfatter oversiktighet, tilstrekkelige arealer (romfølelse/tetthet, tilgang ved utagering/skade), materialbestandighet, gjenstands-/utstyrssikkerhet (oppheng, demontering, skarpe kanter etc), lydisolering, behov for spesialrom som bl.a skjermingsrom og krav til at rom skal fungere som bosted over tid. Forskning viser også at det må stilles krav til utsyn til grøntarealer, dagslys og tilgang til utearealer samt at materialkvalitet er av betydning. I et nybygg vil sikkerhetssystemer, inkludert

audiovisuelle/elektroniske kunne bli bygget inn fra starten. Det vil i et døgnbehandlingsområde være behov for tilstrekkelig antall egne samtalerom som ligner i utforming på et poliklinisk behandlingsrom, men som typisk vil trenge plass til flere mennesker (team, pårørende) og høyere grad av sikkerhet.

Plassering av døgn i nybygg innebærer også å legge de mest driftsintensive funksjonene i nybygg – med bedre forutsetninger for å kunne tilrettelegge for effektiv drift, logistikk etc. Eldre bygg bør fortrinnsvis brukes mer ekstensivt til formål som lettere kan nyttiggjøre seg dem som de er (især Refstad).

Poliklinisk behandling krever først og fremst rom som det oppleves trygt å ha en fortrolig samtale i. Dette omfatter lydisolering og gode stoler med tilstrekkelig rom rundt samt en innredning som virker tillitsvekkende. Det er også visse krav til sikkerhet der det for noen samtaler er viktig at det er evakueringsmulighet for behandler og enkel tilgang på bistand utenfra. Det er også behov for sikkerhetssystemer. Mange polikliniske samtaler gjennomføres per telefon og etter hvert også video, og dette stiller krav til lydisolering av rom med adekvate AV-fasiliteter.

Det er enklere å fasilitere gode poliklinikkrom i ett eldre bygg enn døgnbehandlingsrom.

Dagbehandling krever foruten samtalerom egnede oppholdsarealer. Ambulant behandling krever arbeidsplasser for teammedlemmer, møterom og mulighet for pasientsamtaler.

I økende grad vil poliklinisk og ambulant behandling benytte videosamtaler samt VR-teknologi. Dette fordrer spesielt utstyr og rom med tilstrekkelig plass og lydisolering.

Spesialrom kreves for flere av behandlingsformene. For spiseforstyrrelser trengs flere treningskjøkken av tilstrekkelig størrelse samt rom for sondeernæring bla. I barne- og ungdomspsykiatrisk behandling trengs det flere typer spesialrom for observasjoner, nevropsykologiske testrom etc. I både spiseforstyrrelsesbehandling og BUP-behandling er det behov for større grupperom. Det er det også i TSB og spesialpoliklinikkene.

ECT kan antagelig med fordel gis i somatisk bygg, men krever ellers et spesialrom med somatisk overvåkning/behandling. Planlagte behandlingsformer som TMS og VR trenger først og fremst dedikerte rom. Spesialrom uten avhengighet av omkringliggende teknisk infrastruktur kan etableres i eldre bygg, ECT-rom er unntak fra dette.

6.5.3.Fellesrom:

Noen behov vil være felles for det meste av aktiviteten, spesielt døgnbehandlingen for dem som er avhengige av tilbud på området. Dette omfatter fasiliteter for fysisk trening (gymsal og treningsrom) og aktivitets-ergoterapirom. Fellesrom av en viss størrelse (gymsal) vil det være en fordel å etablere i nybygg.

6.5.4.Personalets behov for rom

KPHA har ansatte med ulike roller og oppgaver som hver for seg har litt ulike behov for funksjonelle løsninger.

6.5.4.1. Behandlingsansvarliges behov

Behandlere med selvstendig behandlingsansvar trenger personlige arbeidsplasser skjermet fra pasienter tilpasset omfattende dokumentasjonsarbeid og telefon-/møtevirksomhet og mulighet til å oppbevare lett tilgjengelig personlig utstyr og noe faglitteratur. Personer i faglige ledende roller/veilederansvar vil regelmessig ha behov for uforstyrrede samtaler/mindre møter med kollegaer.

I poliklinisk behandling vil det være tidseffektivt om behandlingene kan skje på behandlers arbeidsplass (kontor).

6.5.4.2. Miljøpersonalets behov

I døgnavdelinger vil majoriteten av personalet gå i rullerende skift (turnus) gjennom døgnet. Miljøpersonalet har behov for arbeidsplasser for oppdatering i journal, rapportskrivning og faglig oppdatering, det er videre behov for mindre møterom i tillegg til rapportrom/vaktrom. Flere av de som går i turnus vil regelmessig kunne ha behov for uforstyrrede arbeidsplasser for prosjektarbeid e.l. Arbeidsplassene må være innenfor døgnarealene.

6.5.5. PHV-døgn med tilhørende poliklinikker

PHV døgn på sykehusnivå kan sees på som en samlet behandlingsskjede fra akuttmottak til lengre døgnbehandling. Dette dreier seg i hovedsak om lukket døgn og mange pasienter vil være på TPH, i hvert fall ved innleggelse. Det er nærmest ingen elektive innleggelser. En samlokalisering gir store faglige og logistiske fordeler for effektiv pasientflyt. Det gir også muligheter for organisering under én ledelse. Fordelene vil oppleves ved at ventetid for overføring vil gå ned og akuttmottaket vil ha mindre risiko for beredskapssvikt. Det vil gi trygghet i hele PHV-organisasjonen. Pasientene vil dermed i større grad kunne behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

Dersom PHV døgn splittes opp på flere av byggene på Aker vil mulighetene for uthenting av disse gevinstene bli betydelig redusert.

6.5.6. TSB ikke-akutt

De ikke-akutte TSB-funksjonene omfatter døgnbehandling for unge og voksne samt LAR-poliklinikk. I motsetning til for PHV er det ikke store synergier/avhengigheter i pasientflyt fra akuttmottak/avrusning. Døgnbehandlingen er i hovedsak elektiv og vil heller ha fordel av å ikke ligge nær akuttmottak. LAR-behandlingen har fordeler av å ligge noe adskilt fra andre sykehusfunksjoner. Det er for eksempel en fordel i flere sammenhenger å unngå synlig rusadferd. Det vil ellers kunne være organisatoriske fordeler av at de ikke-akutte TSB-funksjonene på sykehusområdet ligger så samlet som mulig.

6.5.7. PHBU

Barne- og ungdomspsykiatriske funksjoner har stor grad av synergier mellom sine tjenester og døgn-, dag- og poliklinisk-/ambulant behandling har fordeler av å ligge samlet. Akuttmottaket for barn og de yngste unge bør ikke ligge sammen med akuttmottak for voksne da det blir mindre muligheter for tilpasning til de yngres behov. For behandling av spiseforstyrrelser deler PHBU behovet for treningskjøkken med RASP, men det er ellers ikke mulig med samdrift mellom regional og lokal tjeneste. Spesialrom bør lokaliseres i tilknytting til resten av den kliniske virksomheten. Døgnbehandlingen har størst gevinst av å ligge samlet.

6.5.8. RASP

Regional behandling for spiseforstyrrelser har stor grad av synergier mellom sine tjenester og døgn-, dag- og poliklinisk behandling har fordeler av å ligge samlet. RASP deler behovet for treningskjøkken med PHBU, men det er ellers ikke mulig med samdrift mellom regional og lokal tjeneste. Spesialrom bør lokaliseres i tilknytting til resten av den kliniske virksomheten. Døgnbehandlingen har størst gevinst av å ligge samlet.

6.5.9. Spesialpoliklinikker (Seksjon for personlighetsforstyrrelser, NOR)

Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel, syn- og psykisk helse (NBHP) har poliklinisk/ambulant virksomhet med stor grad av avstandsoppfølging samt en nasjonal døgnplass. Det er noe behov for spesialrom.

Personlighetspoliklinikken trenger poliklinikkrom samt grupperom.

6.5.10. Forskning

Forskningen trenger to typer arealer: arbeidsplasser for forskere med møterom samt arealer for gjennomføring av forskningsprosjekter. Forskerkontorer med møterom er ikke planlagt til KPHAs bygg. I umiddelbar nærhet til den kliniske virksomheten er det behov for rom for intervjuer, testing og blodprøve takning samt behov for rom for utprøving av ny teknologi/teknikk. Det er også behov for lager og fryser samt en ekspedisjon/kontorplass for en forskningskoordinator og noen forskerarbeidsplasser.

6.5.11. Administrasjon

KPHA er i 2021 organisert i 8 avdelinger samt klinikkstaber. Avdelingsledelsene består av 2-4 personer. I Nye bygg på Aker vil det være naturlig med stedlig ledelse for hver av de tre fagområdene, VOP på Nye Aker vil maksimalt være organisert i to forskjellige avdelinger. Til sammen vil dette tilsi 4 eller 5 avdelingsstaber og 6-20 personer, anslagsvis 12. Avdelingsstabene kan sitte nær den kliniske virksomheten eller samlet. Klinikkstaber for fag, økonomi og HR må lokaliseres samlet med klinikkleder og administrasjonsleder. Dette dreier seg om anslagsvis 15-20 personer. Seksjons-/enhetsledere vil være lokalisert med sine respektive enheter. Ledere trenger enkel tilgang på samtalerom. Klinikklede/-administrasjon er ikke arealberegnet i etappe 1.

6.6. Valg av alternativ funksjonsplassering: Alternativ A

Arbeidsgruppen har etter beste evne utarbeidet alternativer for best mulig plassering av KPHAs funksjoner på Nye Aker. Etter en samlet evaluering av disse alternativene basert på den beskrevne arbeidsprosessen i arbeidsutvalget og innspill i diskusjonen i den siste strategisamlingen den 7.6., må vi konkludere med at alle de forberedte alternativene har betydelige utfordringer. Arbeidsgruppen har ikke funnet gode måter å løse alle disse utfordringene på eller bedre alternative plasseringer. I diskusjonen i siste strategisamling den 7.6 ble alternativ A presentert som et hovedalternativ og ble vurdert opp mot to alternativer B og C. Alternativ A og B fikk begge støtte fra flere, uten at det lot seg gjøre å oppnå konsensus i samlingen. En hovedbekymring er egnetheten av bygg 12/11, både i forhold til kapasitet og utforming/standard og det er betydelig motstand mot å funksjonsplasseres i dette bygget.

Etter en drøfting i arbeidsgruppen etter siste strategisamling velger vi å anbefale alternativ A, med sterke forbehold om at det forutsettes at bygg 12 og 11 sees i sammenheng og disponeres for KPHA-virksomhet, at det kan tydeliggjøres hvordan det kan etableres 43 funksjonelle døgnplasser sammen med nødvendige støtte- og møterom, samt at disse byggene innlemmes i Nye Akers felles logistikk-løsninger og ellers blir oppgradert til i en tidsmessig standard tilpasset planlagt aktivitet.

Arbeidsutvalget vil derfor foreslå for KPHAs ledergruppe at dette alternativet velges som funksjonsplasseringsløsning for KPHA på OUS Nye Aker.

I det følgende skal vi nærmere beskrive funksjonsplasseringen for det valgte alternativet i noe mer detalj.

6.7. Funksjonsplasseringen i mer detalj for det valgte alternativ A

Vi tar forbehold om at organisasjonsprosjektet har måttet forholde seg til udetaljerte tegninger/skisser i stadig endring slik de formidles i medvirkningsgruppene. Vi har hatt fokus på fordeling av sengerom og U/B-rom og utover dette grovt fordelt areal til fellesrom/spesialrom vi har fått innmeldt. Fellesrom og spesialrom er derfor ikke uttømmende beskrevet i det følgende.

6.7.1. Sørøst-bygget («Akuttpsykehuset»)

Bygget er tegnet over 5 etasjer (U1-P3) med døgnarealer i de fire øverste etasjene stikkende ut sørover med ett eller to døgnmoduler à 20 senger. I etasjene P1 og P2 er areal tilsvarende to døgnmoduler tegnet inn. I etasjene U1 og P3 er kun areal tilsvarende en døgnmodul tegnet inn. I nord mot høyblokken et langsgående kontorbyggelement i alle etasjer. Et atrium dannes mellom døgnmodulene og kontorelementet. U2 ligger under bakken og er planlagt til teknisk areal, personalgarderober og gymsal. Gymsal og teknisk bruker også noe areal øst i U1.

Det er muligheter for følgende utnyttelse av sengerom:

U2: 0

U1: 20

P1: 40 (maks arealutnyttelse),

P2: 40 (maks arealutnyttelse),

P3: 10 evt. 20. Til sammen gir dette 110-120 senger.

Utnyttelse av kontor og poliklinikkrom er vanskelig å anslå. 20 behandlingsrom/kontor per etasje synes realistisk med areal 12-16m², unntatt i U2 og U1 der det er planlagt akuttmottak. Dette gir anslagsvis maksimal kapasitet på 60 kontorer/behandlingsrom.

Dette bygget er det som har tettest forbindelse med det somatiske akuttmottaket, via kulvert.

6.7.1.1. Plassering av enheter i Sørøst-bygget

Det er naturlig å plassere alle akuttfunksjoner i dette bygget. Det gjelder akuttpsykiatri og rusakutt/avgiftning. Akuttpsykiatri er beregnet til 70 senger, akutt TSB til om lag 50 senger (kapasitetsberegnet til 99 totalt på Aker), til sammen 120/126 senger. Dette er temmelig samsvarende med maksimal døgnkapasitet i dette bygget. Ingen av disse funksjonene har sterkt behov for tilliggende poliklinikkareal annet enn at rusakuttmottaket har beregnet 7 U/B-rom i mottaksområdet. I kontorbyggningsdelen må akuttmottak med undersøkelses- og mottaksrom samt nødvendige kontorer/støtterom som kan/må ligge utenfor døgnarealene plasseres.

Utover mottaksenhet, kontorer og rom som må være integrert i døgnarealet (skjerming, samtale, møte, opphold, medisinrom etc), er det behov for tilgang til ECT.

6.7.1.2. Fordeler, positive elementer

Nærhet til somatikken og mulighet for å organisere akuttfunksjonene samlet. Døgnmodulene gir mulighet for mye dagslys bla med atrier. De fleste pasientene som skal videre i systemet fra VOP skal til den vestlige delen av bygget, dette gir sikkerhets- og effektiviseringsgevinst og muliggjør felles ledelse for å sikre best mulige pasientforløp.

6.7.1.3. Ulemper, begrensinger og usikkerheter

Svært stort bygg totalt med mye aktivitet på begrenset areal. Dersom ikke alle døgnmulighetene utnyttes kan det bli behov for noe reduksjon av beregnet sengebehov. Øvrig hovedutfordring er nærhet til Ring 3 med vesentlige støytfordringer. Utfordringer ellers er som redegjort for vedrørende Akertomten, med bla. tranghet og stor avstand til større utearealer, uteaktiviteter og naturområder.

6.7.2.Sørvest-bygget (Døgn VOP)

Bygget er tegnet over 5 etasjer (U2-P3) med døgnarealer i de tre nedre etasjene U2-P1. Arealene i U 2 og halve U1 ligger på bakkeplan. De to øvrige ligger en etasje høyere. Døgnmoduler stikker ut sørover med ett eller to døgnmoduler à 20 senger tilsvarende som i Sørøstbygget. I nord mot høyblokken det samme langsgående kontorbyggelementet som i Sørøstbygget i alle etasjer i den østlige delen med avtrappende mot P1 i den vestlige. Et atrium dannes mellom døgnmodulene og kontorelementet.

Det er muligheter for følgende utnyttelse av sengerom:

U2: 10 evt. 20

U1: 40

P1: 20.

P2 og P3 er ikke bebygd i dette bygget. Til sammen gir dette 70-80 senger.

Utnyttelse av kontor og poliklinikkrom er vanskelig å anslå. Kontorelementet er smalere bak nordvestbygget, men fellesrom for poliklinikk/kontor er samlet bak sørøstbygget. 20 behandlingsrom/kontor per etasje synes realistisk med areal 12-16m², unntatt i U2 der det er planlagt teknisk areal. Dette gir anslagsvis maksimal kapasitet på 80 kontorer/behandlingsrom.

6.7.2.1. Plassering av enheter

I dette bygget plasseres de døgnbehandlingsenheter som har tettest synergi med akuttbygget. Det omfatter voksenpsykiatrisk psykosebehandling og alderspsykiatri. I praksis er det en kontinuerlig behandlingsskjede fra akuttpsykiatrisk avdeling til VOP psykosebehandling, i noen grad også til alderspsykiatri. Behov er beregnet til 42 senger for VOP psykose og 23 til alderspsykiatri samt 10 til tidlig psykosebehandling. Dette utgjør i sum 75 senger, svært sammenfallende med sørvestbyggets døgnkapasitet.

Alderspsykiatrisk poliklinikk og poliklinikk TPB plasseres i kontorbygningmassen i umiddelbar nærhet til respektive døgnarealer. Rusakuttmottaket har en poliklinisk del som må plasseres i umiddelbar nærhet til døgnheten (e).

6.7.2.2. Funksjoner som må være integrert i enheten

Utover mottaksenhet, kontorer og rom som må være integrert i døgnarealet (skjerming, samtale, møte, opphold, medisinrom etc.), er det for alderspsykiatri behov for tilgang til ECT.

6.7.2.3. Fordeler

Nærhet til akuttpsykiatrisk mottak og til somatikken. Mulighet for å samle all voksenpsykiatrisk døgnbehandling under samme tak og under samme ledelse. Døgnmodulene gir mulighet for mye dagslys bla med atrier. De fleste pasientene kommer fra den vestlige delen av bygget, dette gir sikkerhets- og effektiviseringsgevinst og muliggjør felles ledelse for å sikre best mulige pasientforløp. Mulighet for å samle døgn og poliklinikk for alderspsykiatri og tidlig psykosebehandling.

6.7.2.4. Ulemper, begrensinger og usikkerheter

Svært stort bygg totalt med mye aktivitet på begrenset areal. Dersom ikke alle døgnmulighetene utnyttes kan det bli behov for noe reduksjon av beregnet sengebehov. Øvrig hovedutfordring er nærhet til Ring 3 med vesentlige støyutfordringer. Utfordringer ellers er som for Akertomten, med tranghet og stor avstand til større utearealer og naturområder.

6.7.3.Sørbygget samlet vurdering

Sørbygget er lokalisert mellom høyblokken i nord og ring 3 i sør, logistikkentralen i øst og et mindre grøntområde med Nordre Sinsen gård før Sinsenkrysset i vest.

Det blir stor aktivitet i bygget, både omfattende døgnbehandling og poliklinisk behandling (flere poliklinikker) samt klinikkadministrasjon. Dette gir større logistikkutfordringer for strømmer av både pasienter, ansatte, besøkende og varer. I tillegg blir det mye trafikk langs nordenden av bygget som vender mot hovedinngangen for hele sykehuset.

For å avhjelpe denne utfordringen er det valgt å dele bygget organisatorisk i en øst-del og en vest-del, organisert rundt hvert sitt hovedatrium.

Sørbygget blir naturlig sete for klinikkadministrasjonen på grunn av det forholdsvis store kontorarealet og den sentrale plasseringen både i KPHA og på sykehuset. Et alternativ er plassering i nybygg sør på Refstad, men det kan medføre behov for å «bytte» med klinisk virksomhet i form av en poliklinikk, noe som kan komplisere logistikken i sørbygget mer enn administrative funksjoner gjør. Klinikledelse/klinikkadministrasjon inngår forøvrig ikke i beregningen i etappe 1 og tilhører areal som beregnes til etappe 2.

Sørbygget blir på grunn av volumet av behandling en naturlig lokalisering for et forskningstun: en samling av infrastruktur for klinisk forskning tett på de kliniske arealene (se annet sted).

6.7.4.Nordkuben (RASP og BUP døgn mv)

Nordkuben er plassert mellom nåværende B12 i nord og Refstad i sør, nord og øst på området. Nærheten til Refstad anslås til 15-20 meter. På nordside og vestsida er intern kjørevei. Det er ikke vesentlige uteområder/grøntområder tett på bygget.

Bygget er tegnet som en kvadratisk kube rundt et sentralt atrium i fire etasjer. Det er ikke tegnet inn full utnyttelse av arealet i de to øverste etasjene mot sør, antagelig for å sikre lysinnslipp i atriene. Størrelse er ikke tegnet inn, men det er angitt en kapasitet på minst 20 senger i hver hel etasje. Dette avhenger av grunnflate og behov for integrerte spesialrom. Det kan anslås at dersom maksimalt av fellesfunksjoner ligger i Refstad kan bygget romme 60-70 senger.

6.7.4.1. Plassering av enheter

Det er naturlig å prioritere døgnbehandling i dette nybygget med atrium. Nærheten til Refstad gir mulighet til å plassere ikke-døgnfunksjoner tilknyttet aktiviteten i Nordkuben her. Den korte avstanden gjør det f.eks mulig med glasskorridor e.l. Både PHBU og RASP har behov for døgnarealer i tett forbindelse med ikke-døgnfunksjoner og går samlet volummessig relativt nær opptil mulig kapasitet i Nordkuben. Beregnet behov for BUP-senger er 34 (inkl 7/10 for spiseforstyrrelse) samt BUP-mottaksområde. Behov for RASP døgn er beregnet til 25 senger. Til sammen 59 senger. RASP poliklinikk er beregnet til 9 U/B-rom og kan med fordel plasseres her.

6.7.4.2. Funksjoner som må være integrerte i enheten

RASP: sonderom, grupperom, fortrinnsvis et treningskjøkken.

Stort treningskjøkken og flere grupperom må da plasseres på Refstad.

BUP: mottak, familierom, grupperom

Treningskjøkken, spesialrom som for eksempel nevro-psykologisk testrom og observasjonsrom må plasseres på Refstad.

6.7.4.3. Særlige behov

Samlokaliseringeffekt av samlet virksomhet i Nordkuben og på Refstad må kunne oppnås for både RASP og BUP.

BUP har behov for relativt mer skjerming fra annen aktivitet som potensielt kan bidra til uro/utrygghet.

6.7.4.4. Fordeler

Samlokalisering av RASP og BUP. Utnyttelse av nybygg til døgnvirksomhet. Ikke blanding med annen VOP eller TSB.

6.7.4.5. Ulemper, begrensinger og usikkerheter

Usikkert areal i Nordkuben. BUP og RASP ikke i egne bygg/deler bygg for døgn drift. Kan løses arkitektonisk. Lite areal igjen til fellesfunksjoner i Nordkuben. Trangt rundt bygget med mye trafikk og nærhet til planlagt LAR-poliklinikk (andre siden av veien i poliklinikkbygg). Noe avstand fra RASP og BUP-mottak til somatikk (relativt sett på tomten).

6.7.5. Refstad (Poliklinikk og dagbehandling, fellesfunksjoner for BUP og RASP)

Refstad er plassert øst på området mellom Nordkuben i nord og østlig del av sørbygget i sørvest, like nord for hovedinnkjøringen til sykehuset. Bygget under krigen som rekreasjonsbygg/sykehus og utformet som en etasje + loftsetasje i lange smale bygg rundt et stort åpent uteområde. Bygningene er organisert med et større nordbygg og mindre og identiske vest- og østbygg rundt en langsgående sentral korridor med plass til et rom på hver side. Disse byggene er forbundet med glasskorridorer.

Det er tegnet inn et toetasjes bygg i full høyde mellom de sørlige endene av vest- og østbygget (sørbygg).

Refstad har saltak og sprossevinduer med panellerte yttervegger og med det store sentrale grøntområdet fremstår det med rekreasjonelle og representative kvaliteter. Bygget er ikke arealsatt, men det ser ut til å på grunnplan være kapasitet for 20 senger i nordbygget og 10 senger i hvert av de andre byggene. Til sammen kapasitet for 50 senger i grunnplan. Omsatt til poliklinikkareal ser det ut til at dette kan økes med anslagsvis minst 50% til 75 poliklinikkrom om ønskelig. I tillegg kommer loftsetasjene og en full andre etasje i nybygget sørbygg. Det kan anslås en kapasitet på 50 behandlingsrom av moderat størrelse i dette planet.

Utnyttelsen vil imidlertid prioriteres til fellesrom. I sørbygget er tegnet inn gymsal. Bygget har begrensninger i form av forholdsvis trange korridorer og manglende universell utforming med adkomstvansker for funksjonshemmede spesielt i 2.etasje. Bygget er utvendig vernet.

6.7.5.1. Plassering av enheter

Som anført for Nordkuben, vil fellesfunksjoner og poliklinikk/dagbehandling for BUP og RASP prioriteres for Refstad. Disse funksjonene vil fylle opp hele nordbygget og deler av vest- og/eller østbygg.

Resterende areal på Refstad benyttes til spesialpoliklinikker i dag organisert under avdeling NOR i Seksjon for personlighetspsykiatri. Disse legges til vest- og østbygg med mulige fellesfunksjoner for disse i nytt sørbygg. Det er mulig med et treningsrom eller annet større fellesareal i sørbygg.

En alternativ plassering av klinikkadministrasjonen i Refstad sør ville medføre at noe poliklinikkfunksjon måtte overføres til Sørbygget (døgnbygget). Fordelen med slik plassering ville være enkel adkomst for utadrettet aktivitet (besøk o.l.), symboleffekt i representative lokaler ved sykehusets port og muligheter for større møterom i Refstad sørbygg. Ulempene ved plasseringen er beskrevet over.

6.7.5.2. Funksjoner som må være integrerte i enheten

Flere typer spesialrom og større rom for grupper og kjøkken bla.

6.7.5.3. Ombyggingsbehov

Omfattende behov for reinnredning ved døgndrift og ved etablering av nødvendige fellesfunksjoner.

6.7.5.4. Fordeler

Samling av aktivitet for RASP og BUP. Samling av spesialpoliklinikk fagmiljøer. Sparer nybygg til døgn. Muligheter for fleksibel tenkning rundt utnyttelse av nybygg Refstad sør. God tilgjengelighet av indre hage dersom ikke døgndrift.

6.7.5.5. Ulemper, begrensninger og usikkerheter

Eldre bygg med begrensede ombyggingsmuligheter, behov for ombygging. Lange korridorer. Usikkert areal og dermed totalkapasitet. Kan neppe integreres med sykehusets felles logistikk-løsninger (tekniske kulverter – roboter), noe som fører til mer krevende drift lokalt og for klinikken samlet.

6.7.6. Bygg 12, bygg 11 (TSB)

Bygg 12 er en del av gamle Aker sykehus bygget i 1999-2000 som psykiatrisk akuttavdeling, med en kapasitet på 32 pasienter. For tiden i bruk som rusakutt- og avgiftning for TSB/ARA ved KPHA. Bygget ligger nordligst av KPHAs bygg på Nye Aker, rett nord for de planlagte poliklinikkbygget og Nordkuben.

Bygget er over to etasjer, med to fulle sengeposter på grunnplan og en sengepost og administrasjons-/kontorfløy i 2.etasje. Sengepostene mot nord danner vinkel rundt sentral korridor, sengepost i sør har en korridorforgrening. Det er utgang til mindre skjermede uteområder på grunnplan. Arealene er i utgangspunktet utrustet for TSB døgnbehandling, men er i behov av betydelig oppgradering. Postene vender ut mot et overbygget atrierom med overlys. Døgnkapasiteten i bygget ved innflytting er angitt til 43 senger, da en del av opprinnelige fellesarealer er omgjort til pasientrom.

.

Bygg 11 ligger i direkte tilslutning til bygg 12, nord for dette. Her er det grupperom, men ellers usikre arealer, blant annet et eldre arkiv-areal.

6.7.6.1. Plassering av enheter

Kapasiteten i bygg 12 med noe tillegg fra bygg 11 tilsvarer behovet for TSB døgnbehandling som defineres som ikke-akutt. I et planlagt poliklinikkbygg mellom bygg12 og Nordkuben, vil behovet for poliklinikk for TSB på Aker kunne bli ivaretatt (LAR-poliklinikk).

6.7.6.2. Funksjoner som må være integrert i enheten

Ikke noe utover vanlig døgndrift

6.7.6.3. Ombyggingsbehov

I dette alternativet forutsettes det at bygg 12 og 11 sees i sammenheng og disponeres for KPHA-virksomhet, at det kan tydeliggjøres hvordan det kan etableres 43 funksjonelle døgnplasser sammen med nødvendige støtte- og møterom, samt at disse byggene innlemmes i Nye Akers felles logistikk-løsninger og ellers blir oppgradert til i en tidsmessig standard tilpasset planlagt aktivitet. Konkret er det behov for tilpasning til lengre behandlingsforløp. Skjermede utearealer må utvides betydelig.

6.7.6.4. Fordeler

Tar i bruk 30 år gammelt døgnbygg til døgnbehandling. Kapasitet i bygget tilsvarer omtrent behovet for den TSB-aktivitet som ikke bør/trenger ligge i sørbygget. Ikke blanding av elektiv virksomhet og døgnvirksomhet. Muliggjør samling av TSB nord i området. 2/3 av sengene har utgang på bakkeplan. Tilgrensende arealer muliggjør i prinsippet en senere utbygging.

6.7.6.5. Ulemper, begrensinger og usikkerheter

Usikkert hva som kan gjennomføres av nødvendig oppgradering og hva som kreves av ombygging og oppgradering i bygg tilpasset annen type døgndrift. Bygget er opprinnelig dimensjonert for 32 sengeplasser. Isolert fra resten av TSB døgn (kan være fordel).

6.7.7. Poliklinikkbygg

Poliklinikkbygget er tegnet inn mellom bygg 12 og Nordkuben, rektangulært bygg over 3 etasjer med angitt 30 U/B rom.

6.7.7.1. Plassering av enheter

Bygget synes å kunne romme minst 30 U/B-rom, og vil kunne dekke arealbehovet for TSB-poliklinikk på Aker.

6.7.7.2. Funksjoner som må være integrert i enheten

Ingen spesielle for en poliklinikk

6.7.7.3. Særlige behov

Adgangskontroll, sikkerhet

6.7.7.4. Fordeler

Samling av TSB-poliklinikker inkl. LAR-poliklinikk i eget bygg. Samling av ikke-akutte TSB-funksjoner nord på området. Nybygg beregnet for formålet. Ikke svært sentralt plassert.

6.7.7.5. Ulemper, begrensninger og usikkerheter

Usikker dimensjonering. Nærhet til Nordkuben med døgnbygg for BUP/RASP. Kunne ha ligget mer perifert i området.

6.8. Plassering av andre funksjoner

6.8.1. Behov, overordnet organisasjons-arkitektur KPHA, ansatte logistikk, ledelse

KPHA er i 2021 organisert i 8 avdelinger samt klinikkstaber. Avdelingsledelsene består av 2-4 personer. I Nye Aker vil det være naturlig med stedlig ledelse for hver av de tre fagområdene, VOP på Nye Aker vil maksimalt være organisert i to forskjellige avdelinger. Til sammen vil dette tilsi 4 eller 5 avdelingsstaber og 6-20 personer, anslagsvis 12. Avdelingsstabene kan sitte nær den kliniske virksomheten eller samlet. Klinikkstaber for fag, økonomi og HR må lokaliseres samlet med klinikkleder og administrasjonsleder. Dette dreier seg om anslagsvis 15-20 personer. Seksjons-/enhetsledere vil være lokalisert med sine respektive enheter.

6.8.1.1. Funksjoner som må ivaretas for ledelse og stab

Det er behov for ett større og flere mindre møterom

6.8.1.2. For lokaliseringalternativer se Sørbygget og Refstad.

Klinikkledelse og stabsfunksjoner er planlagt i etappe 2 av Nye OUS-prosjektet. Klinikken mener at dette best plasseres i 5 etasje i Sør-bygget, men kan ikke gå på bekostning av arealet planlagt til etappe 1.

Alternativt i Refstad (Syd). Fordelen med en slik plassering er at flyten av ansatte til og fra Sør-bygget begrenses – ikke minst opp og ned til de øverste etasjene. Refstad Syd er også geografisk sentralt for KPHA med god tilgjengelighet fra alle avdelinger i KPHA og til somatisk sykehus. Refstad syd er også representativt ved hovedinngangen til sykehuset og vil kunne få gode fellesfunksjoner for organisasjonen.

6.8.2. Forskning, innovasjon og undervisning

Forskningen ved KPHA har betydelige behov for arealer, slik det er redegjort for i denne rapporten.

6.8.2.1. Klinisk forskning, forskningstorg

Sentralt i kliniske arealer bør det være en samling av sentral infrastruktur for klinisk forskning i «forskningstun» (Se beskrivelse i sørbygget). I KPHAs bygg på Nye Aker er det planlagt 200m² UiO-areal til slike forskningstun. Noe over halvparten av dette arealet bør ligge i kontorbyggningsdelen av Sørbygget, resten bør fordeles til Refstad/Nordkuben evt med satellitt i bygg 12.

6.8.2.2. Kontorer til forskere

Om lag 25 UiO-kontorer planlegges inn på Nye Aker i fase 1. Andre forskingsmiljøer er ikke planlagt inn i fase 1. Disse bør plasseres sammen med de fagområdene de representerer, dette vil fortrinnsvis si i Refstad (blir oppdatert).

Kontorer til forskere som ikke kan plasseres i det kliniske miljøet bør plasseres i andre bygg på Aker-området. Dette gjelder alle forskere som blir igjen på Gaustad og Ullevål i fase 1. Avstand fra klinisk miljø for forskningskontorer er en risikofaktor for å oppnå satte mål for forskningen.

6.8.2.3. Innovasjon

Det er meldt behov for simuleringslab. Dette skal etableres i somatisk høyblokk, men det er ønskelig med arealer for utprøving av nye metoder i egne bygg.

Det er behov for arbeidsareal for personale dedikert til innovasjonsarbeid, dette bør samles i fagmiljøer i tett relasjon til klinikken.

6.8.2.4. Undervisning

Det er definert et visst areal til undervisning for hvert av de tre fagområdene. Dette arealet skal plasseres klinikknært i respektive bygg.

Det er behov for god tilgang til auditorier og større møterom i den sentrale delen av sykehusets største klinikk. Slik det er planlagt må denne tilgangen skaffes i somatisk høyblokk. Lesesaler og kollokvierom for studenter er planlagt i andre bygg på området.

6.8.3. Ansatte-arealer

Her er det en rekke behov arbeidsgruppen ikke har hatt nødvendig grunnlag for å gå nærmere inn i. Behov er meldt inn til prosjektorganisasjonen fra tillitsvalgte og klinikken.

7. Konklusjoner

Klinikken er i et alvorlig behov for nybygg og samling av funksjoner og ønsker samlokalisering av sine hovedaktiviteter.

Det er imidlertid et tydelig inntrykk fra arbeidet med å finne gode løsninger for overordnet funksjonsplassering på Aker, at alle alternativer har vesentlige svakheter, som beskrevet i vurderingen av Aker-området for plassering av KPHA. Arbeidet har gitt grunnlag for og anledning til å vurdere utfordringer og risikoer knyttet til å benytte Akertomten til formålet.

I arbeidet med funksjonsplasseringsprosessen, både i og utenfor strategisamlingene er det kommet innspill der det er formulert flere større bekymringer knyttet til en plassering av KPHA på Akertomten. Disse dreier seg især om områdets tranghet, nærhet til større trafikkinfrastruktur/støy samt ikke minst avstanden til større natur og uteaktivitetsområder. Arbeidsgruppen har ikke funnet at det til nå er gjort helhetlige og/eller helsefaglige vurderinger av tomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter der. Det er også uro knyttet til dimensjoneringsbergene som ligger til grunn for tildelt areal, døgnbehandlingsplasser og U/B-rom.

Akertomten synes ikke å være et godt utgangspunkt for utbygging av en framtidrettet løsning for KPHAs virksomhet. Utviklingsmulighetene synes svært begrenset, dette er bekymringsfullt gitt den pågående veksten i behovet for klinikkens tjenester. Den kompakte løsningen for utbygging av området og løsningene for adkomster til sykehuset innebærer ytterligere vesentlige svakheter i relasjon til KPHAs virksomhet.

Gitt løsninger som oppnås ved samling på Aker synes det - etter en totalvurdering - som ingen av de foreslåtte alternativene synes å være hensiktsmessige framtidrettede løsninger for KPHA. Dette må sees i sammenheng med de særlige behov pasienter i psykiatri og rusbehandling har, og karakteren av den behandlingen som gis.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor klinikkleidelsen å ta denne problemstillingen og de vurderinger rapporten redegjør for på dette punkt, opp med sykehusledelsen slik at det evt. kan løftes til OUS porteføljestyre og HSØ.

Gitt plassering av KPHA på Aker i tilknytning til det planlagte somatiske sykehuset der, har arbeidsgruppen kommet fram til at det beskrevne alternativ A gir den best tilpassede funksjonsplasseringen av klinikkens aktiviteter til tildelte bygg og arealer, gitt klare forutsetninger for tilpasninger av byggene på Aker som beskrevet.

Det forutsettes at aktiviteter som er foreslått lagt til Ila og til DPSene ligger fast. Det synes ikke å være realistisk å finne plass til noen av disse på Aker. Det er også lagt til grunn at poliklinikker for Seksjon tidlig psykosebehandling og Seksjon personlighetspsykiatri skal være på Aker.

Dette innebærer følgende overordnede funksjonsplassering for Klinik for psykisk helse og avhengighet på Nye Aker:

- Felles akuttmottak for PHV og TSB sammen med somatikk i somatikk-sykehuset
- PHV og TSB akutt inkl. KPHA akuttmottak i Sør-byggets østre del (120 sengerom)
- PHV døgn (Alder, VOP og TPB) sammen med tilhørende poliklinikker i Sør-byggets vestre del (80 sengerom)
- TSB voksen og ung, døgn i Bygg 12/Bygg 11 (43 senger)
- TSB poliklinikker i nytt poliklinikkbygg plassert nær Bygg 12
- BUP akuttmottak og døgn i Nordkuben, østlig del med sengerom avdelinger i 1. og 2. etasje (34 sengerom, inkludert RASP-senger for barn og unge)
- BUP dagbehandling og poliklinikk i Refstad nord og øst

- RASP døgnet og sentrale funksjoner i Nordkuben, vestlig del med sengerom avdelinger i 3. og 4. etasje (25 sengerom)
- BUP og RASP fellesfunksjoner i Nordkuben (gymsal mv) og i Refstad nord (skole mv)
- Nasjonale og regionale spesialklinikker (NOR) i Refstad sør-vest
- Forskningstorg (UiO areal). Ett forskningstorg for PHV og TSB i Sør-bygget og ett forskningstorg i Refstad sør-øst, for BUP, RASP og NOR
- Klinikkledelse, stab (Fase 2) og administrasjon i Sør-bygget vestre del
- Det anbefales også at arealer til forskningskontorer (fase 2) planlegges innarbeidet i Sør-bygget og i 2. etasje i Refstad i den grad det kan finnes praktisk tilgjengelig areal for det

Arbeidsutvalgets rapport foreslås vedlagt som underlag for vedtak i KPHAs ledergruppe.

Rapporten gir også øvrige anbefalinger på mer detaljert nivå til klinikkledelsen som arbeidsgruppen håper kan være til nytte i det videre arbeidet med å finne gode løsninger for KPHA i Nye OUS.

Saksfremlegg Sak 161/2021 Klinikk psykisk helse og avhengighet ledermøte 14.juni 2021

Bakgrunn for saken: Klinikkleder mottok 9.6 rapport fra arbeidsgruppe organisasjonsutvikling KPHA med anbefaling om funksjonsplassering av Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) på Nye OUS Aker. I rapporten fremkommer at grunnlagsdata for arbeidet med organisasjonsutvikling og tilsvarende funksjonsplassering for KPHA på Nye OUS Aker er beheftet med mange forbehold og usikkerheter. Det er imidlertid lagt til grunn at grunnlagsdata er tilstrekkelig opplyst for det formål rapporten skal gi anbefaling om på dette stadiet i Nye OUS-prosessen. I rapporten understrekes at fagområdene psykisk helse (PHVV og BUP) og tverrfaglig spesialisert behandling av avhengighet (TSB) er i klar vekst. Det er usikkert om framskrivingen av kapasitetsbehovene i Nye OUS-prosjektet er realistiske. Utbyggingsmulighetene innenfor Akertomten etter utbygging 2030 vil være svært begrenset. Risiko for underdimensjonering på kort og lang sikt antas å være høy. Det er lagt til grunn at døgnbehandling ved DPS blir på DPS. Det er også lagt til grunn at poliklinikk Tidlig psykoosebehandling (TPB) og Seksjon personlighetspsykiatri skal være på Aker. Anbefalinger:

1) Akertomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter

Arbeidet har gitt grunnlag for å vurdere risiko knyttet til å benytte Akertomten til KPHAs pasientbehandling. Arbeidsgruppen har ikke funnet at det til nå er gjort helhetlige eller helsefaglige vurderinger av tomtens egnethet for samling av KPHAs hovedaktiviteter på Aker.

Ved samling på av Nye OUS Aker synes det som ingen av de foreslåtte alternativene er hensiktsmessige framtidrettede løsninger for KPHA og vil gi store utfordringer for god pasientbehandling. De mest sentrale utfordringene med Aker-tomten er følgende:

- Ikke tolererbar støy for pasientbehandling
- Manglende ekspansjonsmuligheter
- Fravær av tilgjengelige funksjonelle uteområder for pasientene

2) Funksjonsplassering av KPHAs hovedaktiviteter på Aker

KPHA tilbys en blanding av nye og gamle bygg på Aker. Dette vil medføre løsninger på betydelig kvalitativt lavere nivå for sentrale funksjonsområder (TSB og BUP) i KPHA. Arbeidsgruppen har etter beste evne søkt å finne fram til en helhetlig løsning som minimerer utfordringene med gjenbruk av gamle bygg. Især er Bygg 12 en utfordring. Det er en entydig konklusjon at alle alternative funksjonsplasseringer vil kreve betydelige oppgradering av bygg og uteareal i og rundt Bygg 12.

Alternative funksjonsplasseringer som er analysert, diskutert og vurdert opp mot hverandre. Utfordringene utover de som knytter seg til Aker-tomten, er især følgende:

- Sør-bygget (Sør-kuben) får et stort antall pasienter i langvarig døgnbehandling med dertil store utfordringer knyttet til bruk av felles funksjoner, flyt av pasienter og annen logistikk
- Bygg 12 forutsetter bruk av Bygg 11. Disse krever vesentlig ombygging/oppgradering for å være egnet til behandlingsopphold av lengre varighet eller til familierom av noe omfang
- Det er usikkert om Refstad er egnet til døgnbehandling

Konklusjon og vedtak Klinikk psykisk helse og avhengighet anbefaler ikke at klinikkens aktiviteter etableres på Nye OUS Aker.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.13:01
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTKZ
Innsendt av: Kirsti Skogseth
E-postadresse: kirsti@skogz.com
Mobilnummer: 95816925

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Uttalelse fra FAU Ris skole
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Uttalelse FAU Ris skole.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe FAU Ris Skole
Eventuelt v/ eller c/o-navn V/ Rolf Benjamin Johansen og Kirsti Skogseth
Adresse Ris Skolevei 24B
Postnummer 0373 OSLO
E-post kirsti@skogz.com

FAU Ris skole
v/leder Rolf Benjamin Johansen
og Kirsti Skogseth

Oslo, 6. juni 2021

Plan- og bygningssetaten Oslo kommune

Uttalelse til planforslaget – saksnummer 201704683

Gateparkering og trafikkbelastning

Vi støtter følgende uttalelse fra FAU Vinderen skole:

Det nye storsykehuset på Gaustad blir antagelig Oslos største arbeidsplass. En stor del av arbeidsstokken vil bruke bil til Gaustad, enten det er tilrettelagt for parkering eller ikke. FAU oppfatter at det legges det opp til en relativ reduksjon av parkeringsplasser i forhold til i dag. Vi frykter at få parkeringsplasser for ansatte, pasienter og pårørende vil føre til økt press på gateparkeringen i Vinderen skolekrets. Vi ser at gateparkeringen fører til mye trafikk i tidsrommet rundt skolestart. Sykehusansatte har sjelden fleksitid, og flere bilister på jakt etter parkeringsplasser om morgenen, gjerne under tidspress, bidrar ikke til tryggere skoleveier. Det fryktes i stedet en økning i farlige situasjoner og i verste fall ulykker.

Vi ser med spesiell bekymring på anleggsfasen da vi forstår at en stor del av parkeringsplassene på Rikshospitalet skal fjernes uten at det er planlagt erstatninger.

Markainngangen og helikopterlandingsplasser

Ris skole og skolens elever bruker markainngangen vest for Rikshospitalet både som turmål og for turer videre inn i marka.

I dagens planforslag er den smale Slemdalsveien-avstikkeren inn i Gaustadskogen satt av til anleggstrafikk. Med 30-70 anslåtte bilbevegelser pr time (tabell 2 i høringsutkastet) de to første årene, sier det seg selv at dette blir en stor utfordring i anleggsperioden som vil vare frem til 2030. Dette er veien som i dag benyttes som adkomst til Gaustadskogen av skoleelevene. Under anleggsperioden vil området øst for Sognsvannsbekken bli fylt opp med brakkerigger, og området ovenfor vil være anleggsplass, slik at dette ikke vil være en alternativ inngang til Gaustadskogen. Vi er engstelige for at både anleggstrafikk, støv og støy vil begrense elevenes bruk av området.

Vi er også bekymret for bruken av de nye SAR Queen helikopterene, og i Fagrapporten «Helikopterkonkvensutredning og undersøkelse» er det ikke tatt hensyn til innflyging og landing i nærheten av skogsterrenget, lekeområdene og turløypene i Gaustadskogen. Et stort og viktig skogsområde forvandles fra «stille område» (Ref kommuneplanen) til gul støysone. Med 3000-4000 anslåtte helikopterbevegelser pr år, så vil dette mest sannsynlig endre og begrense bruken for skoler og barnehager i nærmiljøet. Det ryktes også at den midlertidige helikopterplattformen vil ligge vest

for Rikshospitalet mot Gaustadskogen, og vi mener at dette er bekymringsfylt med hensyn til bruken av turområdet.

I dagens planforslag står det at den nye gangveien inn på østsiden av Sognsvannsveien, som vil være den nye adkomsten til marka, skal kunne benyttes av ambulansene som «nødarkomst». Dette er ikke forenelig med å være en «sikker» adkomst for barn og unge.

Vi støtter også følgende uttalelse fra FAU Vinderen skole:

Det er viktig at den framtidige markainngangen er utformet slik at gående sikres mot annen trafikk, for eksempel at gangveien er tilstrekkelig atskilt fra ambulanseadkomsten og innkjøringen til akutten vest for det H-blokkene.

Med vennlig hilsen

Kirsti Skogseth og Rolf Benjamin Johansen

På vegne av FAU ved Ris Skole



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.14:06
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTYZ
Innsendt av: Ellen Lange
E-postadresse: lange.ellen@gmail.com
Mobilnummer: 97099286

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse



Uttalelse

Vestre Aker MDG, Vestre Aker Arbeiderparti og Vestre Aker SV ønsker å informere om sitt felles, rødgrønne forslag til vedtak i Vestre Aker Bydelsutvalgsmøte 6. mai i år vedr. detaljregulering for sykehuset på Gaustad. Forslaget ble også støttet av Frp. Det ble nedstemt med knappest mulig flertall (7 mot 8 stemmer). Forslaget lød som følger:

"Bydel Vestre Aker mener at forslaget hovedgrep vil dominere landskapet og kulturmiljøet og peker på at det er en omfattende bygningsmasse som skal bygges på et begrenset areal og med høyhus på opptil 42 eller 52 meter. Høyden utgjøres av massive lameller og bygningsmassen ligger alene i et åpent landskap og vil være svært dominerende. Både nær- og fjernvirkningene er betydelige.

Samtidig skaper en slik utbygging stort press på et underdimensjonert nett av kollektivtransport og gang- og sykkelveier og øvrige veier både til/fra sykehuset og i nærområdene og boligområdene rundt. Hvis prosjektet realiseres er derfor PBEs rekkefølgekrav helt vesentlige. Kollektivforbindelsen for linje 17 og 18 har i dag endestopp på Rikshospitalet. En forlengelse av trikkelinjen ned til Slemdalsveien vil gjøre at trikkelinjen kommer nær T-bane linje 1 og bedre reiseveier med kollektivtrafikk for passasjerer som skal opp mot Holmenkollen og Frognerseteren fra de delene av byen der linje 17 og 18 går og vice versa.

Det er også uheldig at den mest massive utbyggingen ligger tett mot Sognsvannsbekken med bare 5 meter til sykehusets støttemurer. Samtidig er de geotekniske forholdene enda «uavklarte», noe som ikke er holdbart med tanke på hvor klare sammenhenger det er mellom grunnforhold, sikkerhet og miljø, og også kostnad.

Bydel Vestre Aker er også i hovedsak enig i PBEs merknader og mener på bakgrunn av det og ovennevnte punkter at verken alternativ 1A eller alternativ 1B er akseptable – og at det bør utredes et reelt alternativ til utbygging som inkluderer Aker og Ullevål.

Tomten på Gaustad er for liten for den planlagte sykehusbyggingen og dekker ikke behovene. Viktige fagmiljøer vil bli splittet opp. Bygging av sykehus på Aker vil kunne dekke behovet for befolkningen i Groruddalen. Ullevåltomten er fire ganger større enn Gaustadtomten og vil være stor nok til å dekke sykehusbehovet for en raskt voksende befolkning. Sykehusbygging på Aker og Ullevåltomten bør utredes videre."

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe

MDG, Ap og SV i Vestre Aker

Eventuelt v/ eller c/o-navn

Ellen Lange, Vestre Aker SV

Adresse

Husebygrenda 9C

Postnummer

0378 OSLO



E-post

lange.ellen@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.18:05
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUHZ
Innsendt av: Liv Irene Haug
E-postadresse: l-haug@hotmail.com
Mobilnummer: 95286161

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten
Uttalelse til detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for
Gaustad sykehusområdet
Deres saksnr. 201704683, dok. 321.

Nye Oslo universitetssykehus ble lokalisert før planleggingen startet. Planen for Nye OUS er å bygge det nye sykehuset fordelt på en tomt som ikke eksisterer på Rikshospitalet og en tomt som for en vesentlig del må kjøpes på Aker sykehus. Tomtene søkes regulert til et utbyggingsvolum som dekker antatt behov for sykehuskapasitet i 2035. Hvis sykehusbehovet vokser, må OUS bygge ett lokalsykehus til på en tomt de ikke eier. Ullevål sykehus skal selges fordi det ellers blir for mange sykehus i Oslo, en tomt som ikke bare ville spart tomtekjøp på Aker, men sikret all fremtidig utbygging av Nye OUS. Lokaliseringen av sykehusene ble bestemt uten å kontrollere utbyggingskapasitet, eierforhold og gjeldende regulering. Et «målilde» for utbyggingen av Aker sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og RSA ved Ila landsfengsel, ble bestemt uten å utrede realismen i planen. Det kan synes som formålet var å selge den meget verdifulle eiendommen, Ullevål sykehus, og å nedlegge Rikshospitalet som elektivt sykehus med landsdekkende spisskompetanse. Et alternativt «målilde» for Nye OUS, burde være Rikshospitalet og Radiumhospitalet som elektive spesialsykehus for hele landet. Ullevål som stort akutt- og regionsykehus og med lokalansvar for 5 bydeler. Bygges Nye Aker sykehus som lokalsykehus kun for de 4 bydelene i Groruddalen, så er dagens tomt stor nok. Internasjonal erfaring og studier viser at ved å skille ut elektive spesialisthelsetjenester fra akutt- og lokalsykehusfunksjonene, gir det høyere produktivitet enn ved å samle akutt og elektiv virksomhet i samme sykehus. Rikshospitalet med 600-700 senger har en ideell størrelse for effektiv drift, sannsynligvis er produktiviteten høyere enn det vil være mulig å oppnå i det Nye Rikshospitalet.



Uansett omregulering av Gaustadområdet, har det vist seg umulig å samle regionfunksjonene på Nye Rikshospitalet. De blir splittet mellom Rikshospitalet og Aker. Forutsetningen i «målbildet» om samling av regionfunksjonene i et kompakt, moderne sykehus på Gaustad, er for lenge forlatt pga. plassproblemer og at det oppdelte og kuperte område ikke er egnet for et sammenhengende, utvidet Rikshospital, se bebyggelsesplanen i reguleringsforslaget.

Det mest alvorlige er delingen av multitraumeberedskapen mellom Rikshospitalet og Aker. Det sier seg selv at dersom viktige elementer som i dag er samlet på Ullevål skal fordeles, blir det ikke lenger «én dør inn» ved store ulykker o.l. (22.juli). HSØ planlegger traumeenheter begge steder, men ortopedi skal bare være på Aker mens trykktanken er på Rikshospitalet. I lys av at sykehusmodellen skulle spare kompetent personale for resten av landet, er en dublering av sykehusets mest ressurskrevende enhet, helt urealistisk. Stockholm har prøvd noe liknende, med svært dårlig resultat. For Oslo og til dels hele landet, betyr dette usikkerhet, svekket beredskap og redusert trygghet i befolkningen.

En irrasjonell funksjonsfordeling av spesialitetene og splittingen av regionale akuttfunksjoner mellom Aker og Rikshospitalet ut fra «hvor det er plass» gir en langt dårligere logistikk enn det i dag er mellom Ullevål og Rikshospitalet. Avdelinger som det er kritisk å holde samlet, er bl.a. multitraume/kirurgisk akutt og fødeintensiv, og kan holdes samlet på Ullevål, men må splittes i Nye OUS. Driften blir avhengig av risikable utrykninger langs Ring 3. Ved å holde kritiske avdelinger samlet, blir behovet for transport redusert samtidig som forbindelsen mellom Ullevål og Rikshospitalet er kort, lite trafikkfølsom og har trikk på egen trasé.

Samtlige yrkesgrupper ved OUS har i hele planleggingsperioden, uttrykt i mistillitserklæringer og gjennom ansattrepresentantene i styrene for HSØ og OUS, at denne sykehusstrukturen aldri kan bli funksjonell, selv etter en lammende byggeperiode på 10-15 år.
Oslo, 5. juni 2021

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe

Oslo Venstrekvinnelag / v Liv Haug

Adresse

Havnehagan 3 B

Postnummer

0875 OSLO

E-post

L-haug@hotmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.20:51
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUUZ
Innsendt av: Tharan Åse Fergus
E-postadresse: tharanfergus@gmail.com
Mobilnummer: 98642991

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Nordre Aker MDG avviser premissene for utbygging av sykehusområdet på Gaustad og planforslaget med begge alternativer. Planen er i sterk motstrid til kommunens mål, planer og strategier for høyhus og bevaring og utvikling av friområder og vassdrag, barns oppvekstvilkår med mere. I tillegg vil planforslaget binde Oslo til to tomter for fremtidig sykehusutbygging (Aker og Gaustad) som er altfor små til nødvendig videreutvikling og behov som vil oppstå i fremtiden. Dette vil igjen ytterligere true nærliggende verdifulle friområder. Nordre Aker MDG mener at Ullevål alternativet må gis en fullverdig utredning i henhold til kravene for investeringer i Staten.

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (Nordre Aker MDGs uttalelse til plansak Gaustad. docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Nordre Aker MDG
Eventuelt v/ eller c/o-navn Tharan Fergus
Adresse Haugesvei 14
Postnummer 0871 OSLO
E-post nordreaker@mdg.no

Nordre Aker MDG's uttalelse til plansak *Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde - sak 201704683*

Nordre Aker MDG har behandlet planforslaget for Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde som er lagt ut til offentlig ettersyn.

Nordre Aker MDG avviser premissene for utbygging av sykehusområdet på Gaustad og planforslaget med begge alternativer. Planen er i sterk motstrid til kommunens mål, planer og strategier for høyhus og bevaring og utvikling av friområder og vassdrag, barns oppvekstvilkår med mere. I tillegg vil planforslaget binde Oslo til to tomter for fremtidig sykehusutbygging (Aker og Gaustad) som er altfor små til nødvendig videreutvikling og behov som vil oppstå i fremtiden. Dette vil igjen ytterligere true nærliggende verdifulle friområder. Nordre Aker MDG mener at Ullevål alternativet må gis en fullverdig utredning i henhold til kravene for investeringer i Staten.

1. Nordre Aker MDG mener at den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for byens forventede vekst og befolknings sammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir ikke nødvendig utbyggingsreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner. Det vil være et irreversibelt strategisk feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde.

Oslo kommune må opprettholde gjeldende reguleringsformål for Ullevål, og motsette seg salg til andre formål. Tomten på Gaustad er altfor liten til den planlagte massive utbyggingen og det vil ikke være tomtereserve for videre utvidelse av sykehuset igjen etter salg av Ullevål sykehus og utbygging av Gaustad. Den bygningsmassen som nå er foreslått på Gaustad kan få plass på Ullevål sykehusområde, og det vil være godt med reserveareal til videre utvidelser ved behov.

Det er i dagens planer, og ifølge uttalelser fra utbygger på møte med bydelen 1. juni, uklart om utbyggere ser på grøntområder rundt gamle Gaustad sykehus som tomter for utvidelse av sykehuset i fremtiden. Gamle Gaustad og omliggende grøntområder, også de i nord, må sikres vern for fremtidig utbygging og må være en uttalt premiss i den videre planlegging av utvikling av sykehusene i Oslo.

Videre må det være en uttalt premiss at videre planer for utvikling av sykehus i Oslo ikke kan være i strid med kommunens mål, planer og strategier for høyhus, friområder og vassdrag, støy, barns oppvekstvilkår med mere. Planforslaget med begge alternativer er i sterk motstrid til disse og må derfor avvises.

2. Allerede ved etablering av eksisterende Rikshospital ble sykehuset, i samråd med byantikvaren, gitt nåværende størrelse og utforming for at det ikke skulle bli for dominerende i forhold til det fredete Gaustad sykehus og de svært verdifulle omkringliggende friområder. Denne situasjonen har ikke endret seg. Den planlagte utbyggingen (begge alternativer) fremstår som en massiv koloss fra alle vinkler. Den er i sterk konflikt med viktige og umistelige verdier i Oslo slik som forholdet til friområdene med Sognsvannsbekken og Gaustadskogen og siktakser fra marka til fjorden og visa versa Gaustadskogen. Foreslått bygningsmasse vil bidra til å «pakke inn» Gaustad sykehus og redusere dens historiske verdi. Området tilføres ingen nye kvaliteter utover sykehusdriften.

Prosjektet presenteres slik at det er de avbøtende tiltak som er hovedargumentasjon for prosjektet. Utbyggingen tilfører ikke bydelen nye arkitektoniske og/eller urbane kvaliteter men vil tvert imot forringe de kvalitetene vi har i området. Foreslåtte byggehøyder er i strid med gjeldende kommuneplan og høyhusplan. Det offentlige må ikke gå foran med brudd på disse viktige utviklingsstrategiene.

I tillegg til virkningen av den massive bebyggelsen på friområdene er det også foreslått fysiske inngrep som ødelegger og forringer umistelige naturverdier i området.

Veitbyggingen som er foreslått i friområdet rundt den verdifulle eikelunden som er et av landets nordligste, og inntil inngangen til gamle Gaustad sykehus vil forringe dette området vesentlig.

3. Sognsvannsbekken og tilhørende grøntområde som strekker seg fra Sognsvann via Gaustad og Forskningsparken til Marienlyst er et svært viktig område både historisk og som friområde for Oslos befolkning. Høye bygg på 42 eller 52 meter som er foreslått tett på dette grøntområdet vil redusere dets verdi betraktelig. Dette er grep som ikke kan reverseres. Tiltak som er planlagt i bekkens kantsone og inngrepsfrie sone (høye murer med 180 meters lengde og kraftige terrenginngrep) er i sterkt strid med kommuneplanens retningslinjer og bestemmelser om at inngrep skal ha en minste avstand til hovedvassdrag på minst 20 meter. I tillegg vil den lange anleggsfasen innebære en betydelig fare for forurensning av bekken og forringelse av vassdragets kvaliteter.
4. Det er sterkt kritikkverdig at utredning av bygging av helikopterplattform ikke er en del av denne plansaken. Vi er negative til at den foreslåtte plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen, vest for sykehuset ved nyfødintensiven og fødestuene, ikke er referert til i plansaken. Støy, skumslokking, vindforhold, og forurensning fra drivstoff til Sognsvannsbekken er enda ikke konsekvensutredet selv om plattformen må bli bygget raskt. Dette må det refereres til i denne plansaken. Alternativ plassering av denne må utredes.
5. Det er planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak. Eneste alternative adkomst for ambulanser når både Ring 3 og Klaus Torgårds vei er blokkert av kø, er via Nordbergveien/Gaustadveien; dette er ikke konsekvensutredet. Nordbergveien/Gaustadveien er smale små veier som krysser barnas skolevei og ligger inntil 3 barnehager og mange boliger. Det er alltid kø på Ring 3 i rushtrafikken, og det fungerer ekstra dårlig med ambulansetraffikk på Gaustadveien i rushtiden grunnet henting/levering i barnehagene. En foreslått nødløsning for ambulansen som planlagt i gang og sykkelvei (turvei B1) ved Sognsvannsbekken er uakseptabelt.

På bakgrunn av dette avviser Nordre Aker MDG planforslaget og ber om at Ullevål alternativet gis en fullverdig utredning i henhold til kravene for Statens investeringer.

På vegne av styret i Nordre Aker MDG
ved styreleder
Tharan Fergus

06.06. 2021



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.18:31
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RBVZ
Innsendt av: Øyvind Lunde Christiansen
E-postadresse: oslo@sp.no
Mobilnummer: 97706826

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse PBE ber om tilbakemelding på kapasitet i planene for nye sykehus. Vedlagte rapport fra Kommunekonsult beregner at de nye sykehusene vil ha for liten kapasitet til å dekke behovet for sykehustjenester, og vi sender derfor rapporten og ber om at det blir vurdert på linje med andre høringsinnspill.

Med vennlig hilsen
Bjørge Sandkjær, leder, Oslo Senterparti

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Kommunekonsult-sykehusplanens konsekvenser for Oslo kommune.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 983912567
Firmanavn Oslo Senterparti
E-post oslo@senterpartiet.no



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 omsorgs-tjenester 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.

INNHOLD

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 samfunnsikkerheten. 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.

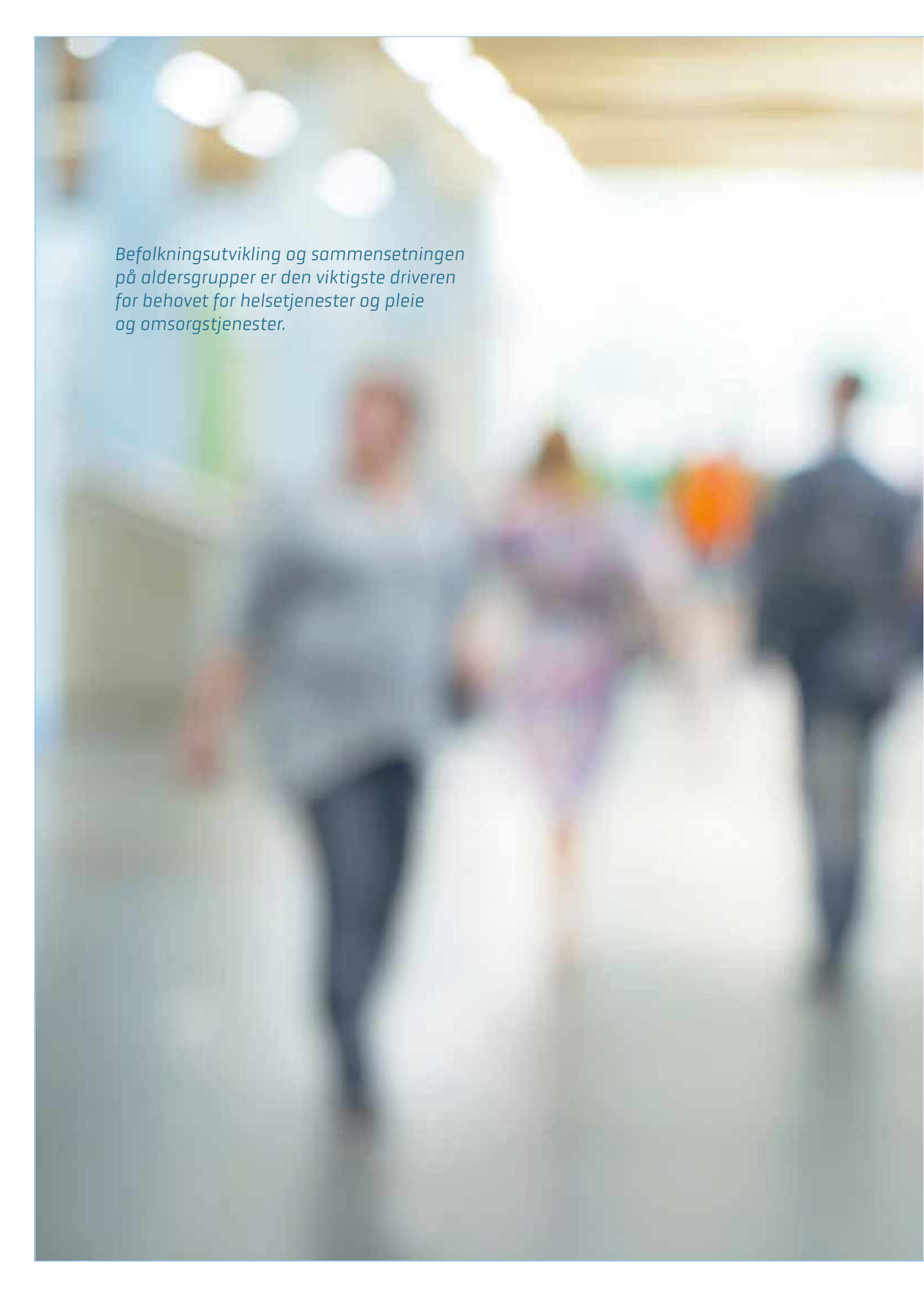
Utbygging og utvikling av Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling på Ila er de samme i begge alternativene.

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 befolkningsframskrivingene 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.

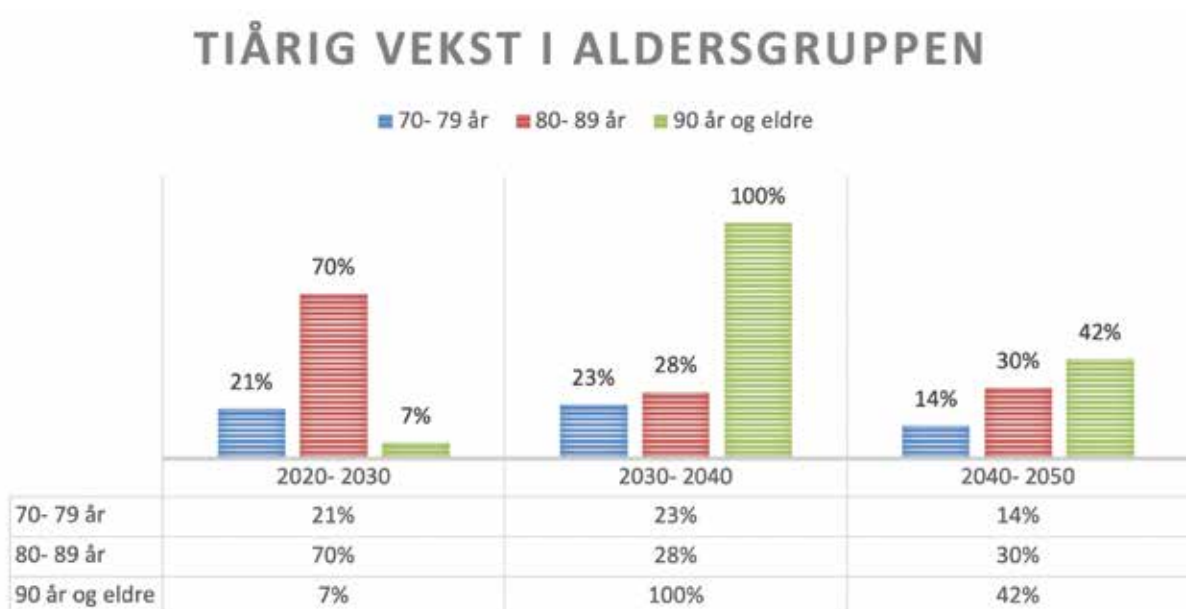
Tabell 3. Aldersgruppene som prosentandel av total befolkning i Oslo i 2020, 2030, 2040 og 2050. Samt absolutt endring, og prosentvis vekst, fra 2020 til 2050 i prosentandel av total befolkning for de tre aldersgruppene.

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 ØYEBLIKKELIG 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

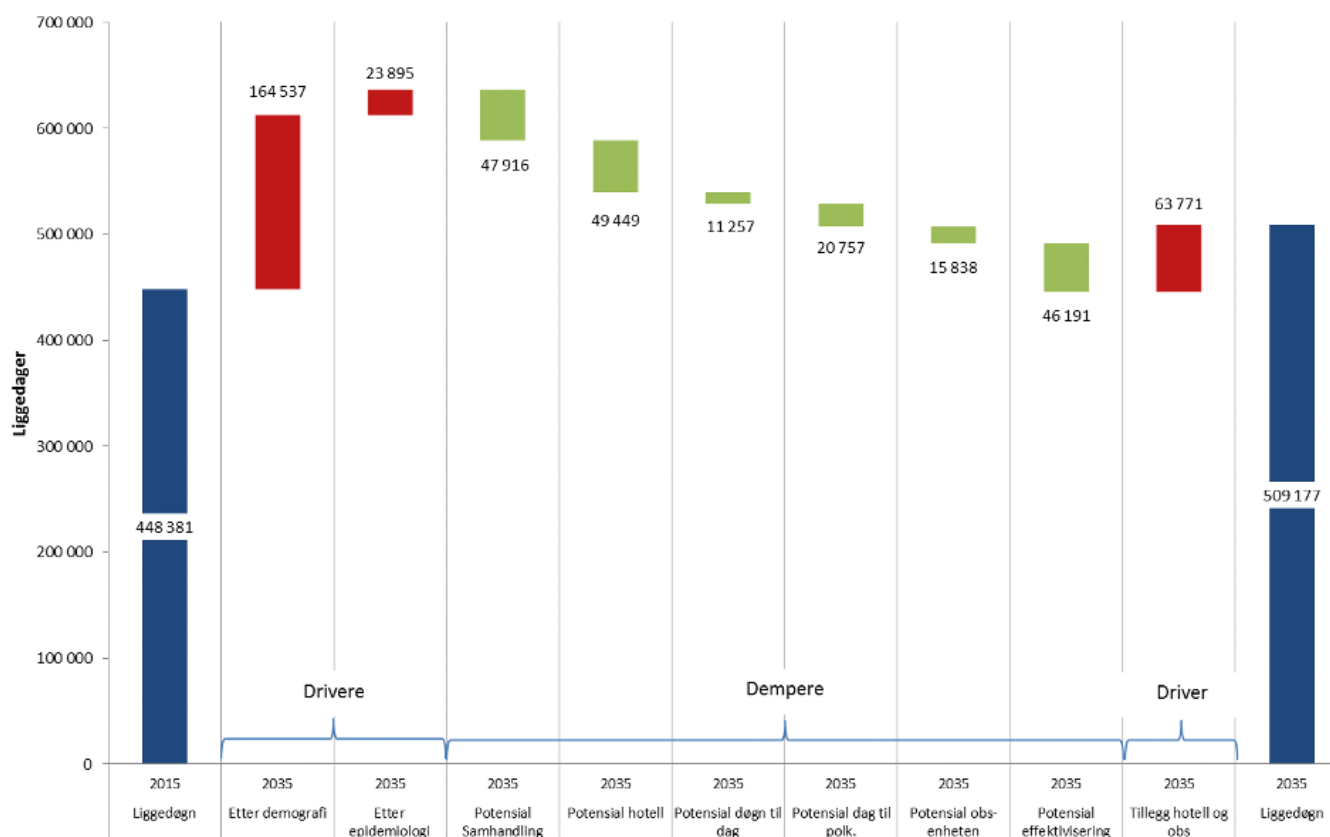
www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20oversjon.pdf

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 background, several people are visible, including a person in a blue uniform, likely a nurse or healthcare worker. The lighting is bright, with circular light fixtures visible on the ceiling. The overall scene is out of focus, emphasizing the text in the foreground.

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.

Proessen 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.

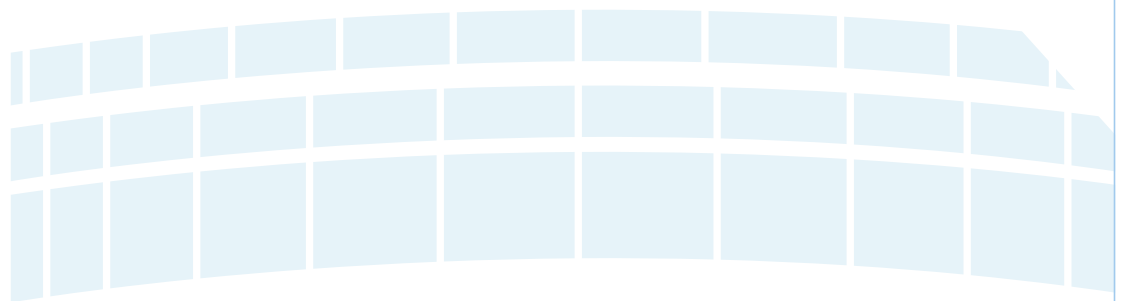
Parksykehuset og mulighetene som bruk av Ullevål gir


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 risikoreducerende 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

redusere 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.

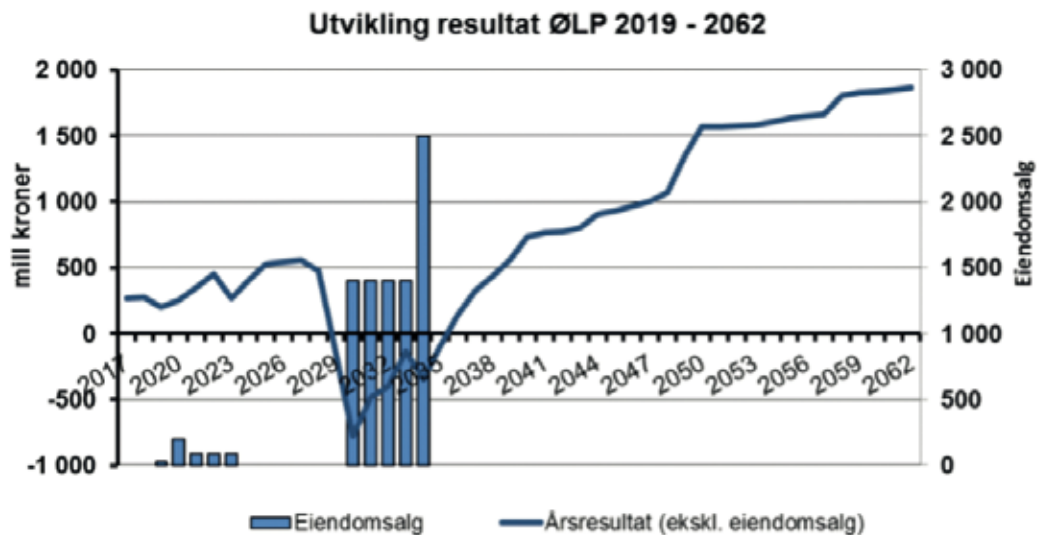
Disse virkningene betyr at det er gunstig å selge verdifulle eiendommer i forbindelse med bygging av nye sykehus i stedet for å utvikle sykehusene der de ligger i utgangspunktet. Det gjelder selv om tomtearealene er store nok til utbyggingen. Det er flere eksempler på dette.

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 sykehustilbud.



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 hestetapi 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.

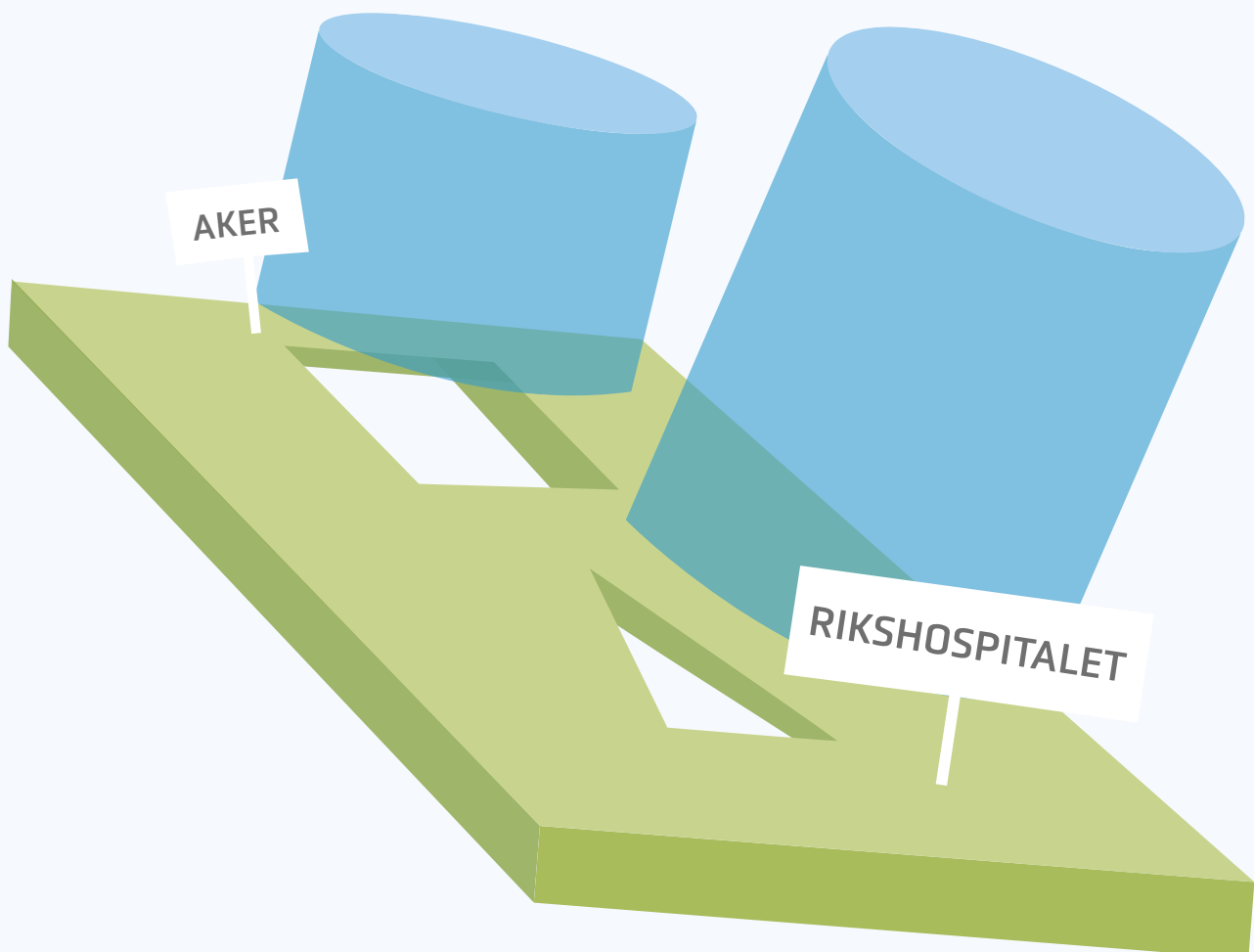
Helt konkret gir Aker/Ullevål-alternativet vesentlig bedre muligheter enn Aker / Gaustad-alternativet til å:

- 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%202019_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 smittevern hensyn 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 sykehusplan¹⁴ (2020-2023). Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet og vedtatt i Stortinget 12. mai 2020¹⁵.

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 sykehus¹⁶.

Det var også blitt fremsatt et privat forslag om å stoppe nedleggelsen av Ullevål sykehus¹⁷ 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, Østernsjø)
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 Østernsjø	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 lokalsykehus 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 innvendingene 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 bygg

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 utreder 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 «Gaustad 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.

Gaustad: *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 sydover 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 2016⁴¹ 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 støydemper. 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 terrengene 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 grøntdragene 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



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.21:41
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUVZ
Innsendt av: Ingunn Gjerstad
E-postadresse: ingunn.gjerstad@lo-oslo.no
Mobilnummer: 91830142

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Byggeplanene (Gaustad/Aker) må sees i sammenheng og er viktige for hele Oslos befolkning. De er samtidig av stor nasjonal betydning ettersom det er viktige spesialfunksjoner både på Rikshospitalet og dagens Gaustad i tillegg til funksjonene Ullevål har som landets største og viktigste akutt- og traumeberedskapssykehus, samt alle bakvaktfunksjoner en har der.

Vi mener at en side som er lite problematisert er hvordan slike byggeprosesser kan best mulig ivareta «miljøbyen Oslo» ved å unngå bruk og kast der det er mulig, og videreutvikle på det som er. Når vi ser på våre vedtatte forpliktelser og klimamål framstår det som stort og unødvendig sløseri at 27.000 m² bygninger skal rives og erstattes av nybygg i området.

Kapasitet og arealer for god pasientbehandling

Vi stiller spørsmålstegn ved at planene er basert på at en stor del av veksten i behovet for helsetjenester som følger befolkningsøkningen og den aldrende befolkningen, skal overlates til kommunen som dagbehandling, «hjemmesykehus» og digitale tjenester. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) vil befolkningen i Oslo vokse med 15% frem til 2050. Det er 107 046 nye innbyggere med behov for helsetjenester. Vi frykter derfor at de arealene som er avsatt til sykehus fort blir for små, slik en har sett andre steder.

I en rapport fra Kommunekonsult i april i år går en gjennom disse spørsmålene og konkluderer med at Oslo vil mangle 2-4000 sykehussenger når de nye sykehusene står ferdige, med de foreliggende planer om effektivisering fra Helse SørØst. Det er urovekkende at planforslaget viser til behov for et nytt sykehus i søndre Oslo etter 2035 uten at det på noen måte er klart om det finnes arealer for dette. Rapporten slår også fast at 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/Gaustadalternativet.

Rikshospitaltomten og Gaustad er ikke store nok til å huse planlagt aktivitet på en tilfredsstillende måte og vi mener det planlegges altfor høyt og utrygt i forhold til risiko. Dette medfører en uheldig oppsplitting av funksjoner mellom Rikshospitalet og Aker.

Adkomst til nye Rikshospitalet vil være utsatt for forstyrrelser, da eneste adkomst er knyttet til ring 3. Dette er også spesielt sårbart ved akuttoppdrag og ved større hendelser.

En byggeprosess over 10-15 år for Rikshospitalet og flytting av Gaustads funksjoner til Aker samt bygge om til administrasjonsbygg et psykiatrisk sykehus med stolte tradisjoner og helsebringende omgivelser blir krevende. Vi viser til ulike faggruppers langvarige arbeid med å dokumentere de negative uønskede virkningene av planene hva angår helsefaglige innspill.

I hele byggeperioden vil forstyrrende anleggsdrift pågå samtidig med full sykehusdrift.

Dette går sterkt utover alle andre funksjoner området har og ikke minst utover utøvelsen av friluftsliv og rekreasjon i naturen rundt.

Tomtearealene rundt Rikshospitalet ser ut til å bli for små til at «målbildet» fra vedtaket i 2016, med Rikshospitalet som regionsykehus kan realiseres.

Det vises til Kommuneplanen og Oslo Science City. Slik det ser ut for oss kan Universitetet i Oslo som ligger midtveis mellom Rikshospitalet og Ullevål også nås med kort avstand og trikk. En utbygging av Ullevål sykehus vil dermed også tilfredsstille intensjonen om en sammenhengende kunnskapsby innen denne sektoren .

Vårt råd til bystyret er å sende tilbake detaljreguleringen og sikre at Ullevål sykehus /Parkalternativet må utredes videre. Dette fordi tomtene er svært godt egnet , og ikke minst er den stor nok til å bygge videre på for morgendagens behov. Vi ber bystyret vektlegge de mange faglige vurderinger og rapporter som er kommet fram underveis i disse lange prosessene som haster å få landet på en god måte.

Med vennlig hilsen
For LO i Oslo
Ingunn Gjerstad, leder

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i
Organisasjon du representerer
Organisasjonsnr. 971439785
Firmanavn Lo I Oslo



Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten

Dato: 06.06.2021

Deres ref.: 201704683

Innspill til høring «Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde»

Det vises til høring «Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde. Detaljregulering med konsekvensutredning». Høringsfrist er 07.06.2021. Skiforeningen sendte to uttalelser i 2018 til forslag til planprogram for sykehus utbyggingen. I begge uttalelser vektla vi at utbyggingen ikke måtte hindre sammenknytning av friarealene nord og sør for Ring 3. Etter å ha gått gjennom planforslaget er vi nå også svært bekymret for friarealene vest for Sognsvannsbekken.

Det kortreiste friluftslivet må sikres

Skiforeningen arbeider for å sikre et bærekraftig og kortreist friluftsliv nær der folk bor.

Planforslaget påvirker tilgangen til Nordmarka der skogen kommer aller lengst ned mot bykjernen, og minsker kvaliteten på dette bynære naturområdet

Gaustadskogen er gjennom hele året mye brukt av skoleklasser, barnehagegrupper og turgåere. Skiforeningen anser at skygger fra sykehuset, endrede vindforhold og helikopterstøy vil virke ødeleggende på området. I særlig grad vil dette være tilfelle om vinteren.

I kommuneplanens samfunnsdel er det stadfestet følgende mål:

«Til tross for utbygging og vekst skal byens kvaliteter, særpreg og historie bevares. Oslo kommune skal gjøre det enklere for folk å komme seg ut i Marka og ha tilgang til fjorden, og vil ta vare på friluftssinteresser og naturverdier.»

Skiforeningen synes derfor det er skuffende at forslaget hindrer videreutvikling og forbedring av markaforbindelsen Gaustadskogen - Blindern. Vi anser at planforslaget reduserer verdien av denne viktige grønne akse.

Parkbru over Ring 3 bør inn i rekkefølgebestemmelsene

Skiforeningen anser at en breddeutvidelse av broen over Ring 3 vil være en god løsning for å bedre forbindelsen med Marka.

En kontinuerlig skiløype fra Gaustadskogen til Blindern representerer den siste muligheten for å gå på ski inn mot bykjernen.

En parkbru med ca. 25 m bredde vil gi plass for beplantning og skiløype/turtrasé i tillegg til gang- og sykkeltrafikk. Vi ber derfor om at den foreslåtte parkbrua over Ring 3 tas inn som en forutsetning i rekkefølgebestemmelsene. Den grønne/vinterhvite delen av brua må i nord føres over adkomstveier til sykehuset fra Ring 3. På sørsiden må den grønne delen føres over forbindelsen mellom Forskningsveien og ekspressykelveien langs Ring 3.





I forbindelse med bygging av Fornebubanen planlegges ny T-banetrasé fra Blindern til Skøyen. Det inngår i planen at T-banesporene senkes på strekningen Majorstua-Blindern, og at det etableres et sammenhengende parkdrag over sporene. Under forutsetning av at forbindelsen mellom Gaustadskogen og friarealet sør for Ring 3 gjenopprettes, kan det reetableres et sammenhengende landskapsdrag fra Marka til Frognerparken.

Adkomstveien til Marka i byggeperioden er uakseptabel

Den foreslåtte løsningen av anleggstrafikk gir etter vårt syn en støybelastet og trafikkfarlig forbindelse mellom friarealer og institusjoner for barn sør for Ring 3. For disse er den foreslåtte atkomstveien helt uakseptabel og i strid med Rikspolitiske retningslinjer for barn og unges interesser i planlegging.

Dersom den foreslåtte parkbrua over Ring 3 blir realisert før byggestart med atskilte traséer for turgåere og gang- og sykkelveier til sykehuset, vil det også være mulig å minimere konflikten mellom anleggstrafikk og fotgjengere på vei til og fra Marka.

I planforslaget er det redegjort for anleggstrafikk, riggområder og brakkerigger i byggetiden fra 2022 – 2030. Gjennom hele denne perioden vil tilgangen til Marka via den eksisterende brua over Ring 3 være sperret. Denne turveien sikrer fotgjengere som kommer sørfra atkomst til skogen uten å måtte krysse bilveier i plan. I planforslaget er det vist en alternativ gangtrasé langs Slemdalsveien med kryssing av de øst- og vestvendte avkjøringsrampene til Ring 3. Deretter blir fotgjengerne henvist til å dele stikkveien inn mot snuplassen nederst i Gaustadskogen med anleggstrafikk. Denne løsningen mener vi ikke er akseptabel, ikke minst fordi barnegruppene som i dag bruker Gaustadskogen i praksis ikke får tilgang til Marka.

Med vennlig hilsen
FORENINGEN TIL SKI-IDRETTENS FREMME

Lisa Näsholm

Lisa Näsholm, Fagansvarlig naturforvaltning og klima
Tlf: 41 39 76 24. Mail: lisa.nasholm@skiforeningen.no



Oslo, 06. juni 2021

Merknader til: Sak. nr. 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehus

Ris vel representerer husstander i området vest for Sognsvannsbekken. Mange av våre medlemmer vil bli sterkt påvirket av den planlagte utbyggingen av OUS planer om regionalt storsykehus på Gaustad. Vi støtter i hovedsak synspunkter på den planlagte utbyggingen fra nærmeste naboer i Slemdalsveien og vil som vel også fremme egne synspunkt på vegne av våre medlemmer.

STØY

De planlagte helikopterlandingsplassene vil gi økt støy til beboere i et stort omland rundt sykehuset. I prognosene er det anslått 2800 flyvninger med ambulanshelikopter og 400 med redningshelikopter med moderat vekst (tabell 4 i rapport om støy fra helikopter trafikk). I tillegg vil store friluftsområder også de som er avsatt til stille område i kommunedelplanen, bli berørt.

Stillhet er en viktig steds kvalitet for området. Ris vel mener at forslaget ikke i tilstrekkelig grad har vurdert konsekvensene av økt støy. Verdens helseorganisasjon angir støyplager som en helseutfordring, og en ny støysituasjon kan gå utover søvn og helse for eldre, barn og unge. Vi er sterkt bekymret for støyen fra helikopterlandingsplassene for boligområder vest for sykehuset.

Det er i forslag til bestemmelser (§3.9.1) gitt krav til innendørs lydkrav til de berørte bygninger. Det kan slik vi forstår det, medføre endringer på eksisterende bygg i form av nye vinduer eller andre bygningsdeler. I tillegg skal det vurderes lokale tiltak mot støy. På grunn av omfanget av ny støysituasjon, mener vi at det før forslaget kan vedtas må utføres befaring på de aktuelle boligene, og utføre konkrete vurderinger om og hvordan den planlagte støysituasjonen kan håndteres.

Dette vil også gjelde for den midlertidige løsningen for helikopter som på grunn av lang varighet må inngå som en del av forslaget og vurderes på lik linje som for permanente løsning.

BYLANDSKAP OG KULTURLANDSKAPET

Ideen bak Nye Rikshospitalet var å utforme sykehuset for en mindre og menneskelig skala, for at folk kunne trives og føle at bygget var tilpasset brukerne. I forslaget som nå ligger til høring, virker det som om dette er glemt, og det er isteden knadd inn et storsykehus på en litt for liten tomt utformet etter rasjonalitetshensyn. Vi mener et så stort volum kan svekke trivsel for pasienter og ansatte, samt bryte sammenhengen mellom sykehuset og omgivelsene.

Langs Ring 3 langs med dagens sykehus er det mulig å oppleve Oslos unike kvaliteter med utsyn til sentrum og fjorden mot syd, og til de grønne åsene som omkranser byen. Forslaget vil oppleves som

et kraftig brudd i de visuelle forbindelsene i landskapet å svekke sammenhengen i landskapet som gjør det mulig å oppleve Oslos unike beliggenhet.

Ris vel er bekymret for opplevelsen av vestsiden av det planlagte sykehuset. I tillegg til de planlagte høydene, vil sykehuset bli liggende på en høyde opp fra Sognsvannsbekken. Figur 30 i planbeskrivelsen har delt inn bygget i forskjellige farger som demper det visuelle inntrykket. Det samme gjelder også Figur 50 og 51. De viser begge fasader hvor de enkelte etasjene er i forskjellige farger og som stedvis ser ut som de er på malt himmel. Her er også fasaden gjemt bak vegetasjon som etter all sannsynligvis ikke vil overleve anleggsarbeidene, eller som ikke er der i dag. Illustrasjonene som følger planforslaget, oppleves av vellet ikke egnet for en vurdering av de visuelle opplevelsene og hensynet til naboer og landskap. Vi mener at de grafiske framstillingene som er vist fra vestsiden av det planlagte sykehuset må revideres til politisk behandling av plansaken. Visualiseringene må vise situasjonen når disse fasadene ikke er dekket bak vegetasjon, ligger i skyggen, og ikke speiler himmelen.

ANLEGGSPHASE

Forslagets anleggsadkomst fra Slemdalsveien virker ikke tilstrekkelig utredet. Anleggsvei vil ha stor påvirkning på barn og unges sikkerhet og tilgjengelighet. Denne veien er i dag en rolig boligvei med minimal trafikk og brukt av barn og unge i nærheten som uteareal.

Ris vel mener forslaget må legge til rette for adkomst direkte fra Ring 3 uten bruk av boligveier i nærheten.

KONKLUSJON

Våre innspill oppsummert i punkter:

1. Ny støvsituasjon må vurderes lokalt opp mot konsekvenser for helse og trivsel for eldre og barn som blir berørt.
2. Det må utføres befaringer og vurderinger av støytiltak for alle berørte boliger før behandling av reguleringsforslaget.
3. Forslagets høyde og volum må reduseres til høyder tilsvarende dagens sykehus.
4. Visualiseringer fra vest må bearbeides for å gi et mer troverdig inntrykk av ny planlagt bebyggelse.
5. Anleggsvei må føres utenom boligveier.
6. De av naboene som ønsker å bli "kjøpt ut" bør få muligheten til det.

Med vennlig hilsen

Ris Vel ved Lars Martin Dugstad

Fra: Henning Iversen <kontakt@bnst.no>
Sendt: mandag 7. juni 2021 10.58
Til: PBE Postmottak
Emne: Gaustadalléen 34, 201704683 - Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Innspill
Vedlegg: 201704683 070621 BNST.pdf; ATT00001.htm; BNST 530 Underskrifter Sak 201704683.pdf; ATT00002.htm
Kategorier: Haster

Det oppdaterte planforslaget for rivning av deler av dagens Rikshospital og bygging av nye sykehusblokker som nå er ute til høring har de samme hovedgrepene som det forrige. Problemene er de samme som i forrige runde:

1. Grønne områder og turveier ødelegges
2. Beboere i området utsettes for urimelige mengder støy
3. Den grønne åssiden fra Ring 3 mot marka brytes opp og ødelegges
4. Trafikksikkerheten i området forverres betydelig
5. Gaustad sykehus mister i praksis sitt vern

Forslagsstiller evner ikke å lytte til byens politikere og borgere - her skal det rives, bygges og selges, koste hva det koste vil.

Aggressiviteten og måten forslagsstiller oppfører seg i denne saken, ligner denne vi kjenner fra store, private utbyggere:

- Forsøk på å skjule ulemper (nedvurdering og utelatelse av negative konsekvenser)
- Triksing med saksregistrering for å forhindre helhetlig saksbehandling (eks. er midlertidig helikopterlandingsplass registrert som egen sak og slik er den ikke en del av konsekvensutredningen)
- Iverksetting av rokering/rivning før saken er ferdigbehandlet
- Mangelfull konsekvensutredning (trafikale konsekvenser ved å åpne atkomster nord/sør vurderes ikke)
- Ingen form for medvirkning

Vi henstiller forslagsstiller om å trekke dette forslaget – hvis dette skulle vedtas på noen måte, vil det være i kraftig motstrid med gode lokaldemokratiske prosesser.

Vi foreslår at nødvendig kapasitet bygges på Ullevål, der er det god plass til dette. Rikshospitalet og Gaustad består som i dag – tilpasset de lokale omgivelsene.

Se vårt innspill vedlagt.

Vi har samlet inn underskrifter fra 530 personer som støtter vårt innspill - vedlagt.

mvh Berg Nordberg Sogn Tåsen Vel
Henning Iversen, Styreleder

Tlf 97748100

Oslo Kommune

Plan og Bygningsetaten (PBE)

postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Innspill

Det oppdaterte planforslaget for rivning av deler av dagens Rikshospital og bygging av nye sykehusblokker som nå er ute til høring har de samme hovedgrepene som det forrige. Problemene er de samme som i forrige runde:

1. **Grønne** områder og turveier ødelegges
2. Beboere i området utsettes for urimelige mengder **støy**
3. Den grønne **åssiden** fra Ring 3 mot marka brytes opp og ødelegges
4. **Trafikksikkerheten** i området forverres betydelig
5. Gaustad sykehus mister i praksis sitt **vern**

Det legges opp til en fasevis utbygging over en lang periode. Dette byr på 2 hovedutfordringer:

- **Byggeperioden** er så lang at den for mange – spesielt barn og eldre – ikke vil oppfattes som midlertidig
- Tidlige faser med et mindre omfang enn i de senere faser kan gi et feil inntrykk av byggeprosjektets **virkelige omfang** – og omfanget kan raskt øke når det i utgangspunktet bygges for lava sykehuskapasitet på en liten tomt. Økt omfang øker skadevirkningene.

Våre vurderinger av konsekvensene denne utbyggingen har for nærområdene fokuserer derfor på det som foreslås bygget i **siste fase** – og vi **inkluderer tiltakene i byggeperioden**. Vi har også sett på forskjellene på de ulike alternative forslagene, 1A,1B,2A,2B og kommet frem til at skadevirkningene er omtrent de samme. Det nytter ikke med flere alternativer når alle har et for stort omfang i forhold til tomtens størrelse.

Bygging av nye sykehus og sanering av eksisterende er viktige beslutninger som påvirker alle som bor i Oslo. Konsekvensen av å selge en sentral sykehusomt som Ullevål medfører en svært høy risiko for underkapasitet i fremtiden. Bygging av **store volumer i høyden** på en for liten tomt på Gaustad vil i stor grad ut over de de som bor og ferdes i dette området.

Det er tydelig at forslagsstiller (HSØ) ikke er villig til å ta nødvendige hensyn til brukernes behov (alle som bor i Oslo og de som bor eller ferdes i området). Våre vurderinger støttes i stor grad av PBE og flertall av byens politikere.

HSØ evner ikke å lytte til byens politikere og borgere - her skal det rives, bygges og selges, koste hva det koste vil. Aggressiviteten og måten forslagsstiller oppfører seg på i denne saken, ligner den vi kjenner fra store, private utbyggere:

- Forsøk på å **skjule ulemper** (nedvurdering og utelatelse av negative konsekvenser)
- **Triksing med saksregistrering** for å forhindre helhetlig saksbehandling (eks. er midlertidig helikopterlandingsplass registrert som egen sak og slik er den ikke en del av konsekvensutredningen)
- Iverksetting av røking/rivning før saken er ferdigbehandlet
- **Mangelfull konsekvensutredning** (trafikale konsekvenser ved å åpne atkomster nord/sør vurderes ikke)

1. Grønne områder og turveier ødelegges

Våre kommentarer om **strøkets grønne struktur** ser ut til å ha blitt tatt inn i planprogrammet. Et så stort utbyggingsprosjekt som det foreslåtte, uansett om det dreier seg om et sykehus eller en annen type prosjekt, i det som reelt sett er Oslos randzone til Marka, representerer en **trussel mot miljø- og friluftsinnteresser og mot beboerinteresser**. Vi tror at den foreslåtte utbyggingen vil endre hele byens grønne profil og vil være i strid med Oslos ønske om å bevare Marka og ber om at planprogrammet i større grad legger vekt på dette elementet.

Turvei B5 er ikke innarbeidet i de planer som er lagt frem. Vi mener at denne viktige forbindelseslinjen mellom universitet og Kringsjø må prioriteres og at mer konkrete planer for utformingen av denne turveien må inn selve utbyggingsplanen.

2. Beboere i området utsettes for urimelige mengder støy

HSØ planlegger en midlertidig Helipad tett på Gaustadskogen. Denne holdes utenfor selve plansaken og unndras slik fra konsekvensutredningen. Like sør for den midlertidige Helipaden planlegges nye permanente Helipader. All helikoptertrafikk fra Ullevål og Rikshospitalet skal samles her. Helikoptertrafikken øker altså med >100%. De som bor i nærheten (over 1 200 personer) vil oppleve dette som å bo på en flyplass – en forsker ved FHI er svært skeptisk og mener dette vil gi negative helseeffekter. De nye redningshelikoptrene (SAR Queen), som vil utgjøre 15-30% av trafikken støyer betydelig mer enn dagens og lufttrykket fra disse er så stort at det kan bli snakk om oppholdsforbud i Gaustadskogen når SAR Queen skal lande eller ta av fra midlertidig landingsplass.

Grønne områder, turveier, lekeplasser og ca. 100 beboere havner i gule/rød støysone (størrelsen på støysonen er ikke definert, men ved St. Olavs Hospital i Trondheim som har tilsvarende trafikk er rød støysone på hele 250 meter i radius.) Det er også viktig å huske på at det bor over 700 personer i innflygningssonen nord for Rikshospitalet.

HSØ prøver bevisst å fremstille støyvirkninger så lave som mulig og har så langt ikke vært villige til å opplyse hvor store maksverdiene er (selv om veilederen krever dette). Her er det behov for en uavhengig konsekvensutredning.

3. Den grønne åssiden fra Ring 3 mot marka brytes opp og ødelegges

I det foreliggende reviderte planprogrammet ser utbyggingen nå ut til å bli veldig **bastant og med ruvende bygninger på sentrale deler av området**. Slike høye bygg vil fjerne lys, sol og luft fra omgivelsene og disse negative virkningene må illustreres bedre.

Utbygger må illustrere hvordan disse byggene vil **påvirke strøkets karakter samt sol og skyggeforhold** for de som beveger seg i og gjennom området (gående, syklende) og beboere. Vi ber også om at utbygger illustrerer hvordan dette påvirker **siktlinjene fra andre steder i byen** og at slike illustrasjoner tar utgangspunkt i hvordan de oppfattes fra steder der folk befinner seg. En slik illustrasjon vil gi et bedre inntrykk av hvordan utbyggingen påvirker strøkets grønne karakter og omgivelsene rundt.

4. Trafikksikkerheten i området forverres betydelig

Planforslaget tar ikke i **tilstrekkelig grad tar hensyn til at det bor mange mennesker nord for området** som er avhengig av Sognsvannsveien som går igjennom sykehusområdet. Vi ber derfor om at det i det fremtidige arbeidet legges mer vekt på veier og kollektivtrafikk til dette området.

5. Gaustad sykehus mister i praksis sitt vern

Helse Sør Øst planlegger å etablere store bygningsvolumer tett på Gaustad sykehus og bygge ned den grønne omramningen som karakteriserer det eldre sykehusanlegget. Forslaget innebærer en vesentlig konflikt med hensynet til kulturminneverdiene i området og ivaretagelsen av Gaustad sykehus som et frittliggende og tronende sykehusanlegg.

Byantikvaren frarådet forrige planalternativ sterkt, og vi anser at disse kommentarene fortsatt er gyldige for de nye planforslagene også. Vi støtter Byantikvarens vurdering om å ikke gå videre med planforslaget.

6. Konklusjon og anbefaling

Bygging av nye sykehus og sanering av eksisterende er viktige beslutninger som påvirker alle som bor i Oslo. Konsekvensen av å selge en sentral sykehusomt som Ullevål medfører en svært høy risiko for underkapasitet i fremtiden. Bygging av **store volumer i høyden** på en for liten tomt på Gaustad vil i stor grad gå ut over de de som bor og ferdes i dette området.

Våre analyser og vurderinger viser tydelig at **forslagsstiller ikke er villig til å ta nødvendige hensyn til brukernes behov (alle som bor i Oslo) og ei heller de som bor eller ferdes i området**. Våre vurderinger støttes i stor grad av PBE og flertall av byens politikere.

Forslagsstiller evner ikke å lytte til byens politikere og borgere- her skal det rives, bygges og selges, koste hva det koste vil. Aggressiviteten og måten forslagsstiller oppfører seg i denne saken, ligner denne vi kjenner fra store, private utbyggere:

- Forsøk på å **skjule ulemper** (nedvurdering og utelatelse av negative konsekvenser)
- **Triksing med saksregistrering** for å forhindre helhetlig saksbehandling (eks. er midlertidig helikopterlandingsplass registrert som egen sak og slik er den ikke en del av konsekvensutredningen)
- Iverksetting av **roking/rivning før saken er ferdigbehandlet**
- **Mangelfull konsekvensutredning** (trafikale konsekvenser ved å åpne atkomster nord/sør vurderes ikke)

Vi henstiller forslagsstiller om å trekke dette forslaget – hvis dette skulle vedtas på noen måte, vil det være i kraftig motstrid med gode lokaldemokratiske prosesser.

Vi foreslår at nødvendig kapasitet bygges på Ullevål, der er det god plass til dette. Rikshospitalet og Gaustad består som i dag – tilpasset de lokale omgivelsene.

Med vennlig hilsen

Berg Nordberg Sogn Tåsen Vel
Henning Iversen
Styreleder

Høringsrunde Gaustad Sykehusområde Juni 2021 - Støtte til BNST sitt innspill i sak nr 201704683



Underskriftskampanje rettet mot: PBE og HSØ

Samlet inn via Underskrift.no - Norges største på underskriftskampanjer

Kampanjetekst

Dagens Rikshospital er bygget på en måte som ivaretar området.

Det er ikke plass til å bygge mer uten betydelige negative konsekvenser.

Likevel vil HSØ:

- Rive 20% av bygningsmassen,
- Bygge store blokker, opp mot 60 meter høye
- Bygge akuttmottak ved Sognsvannsbekken
- Samle all helikopter- og ambulansetrafikk i markas inngangsport
- Bebygge 15-20 000 m2 grønne områder - mesteparten ved fredete Gaustad Sykehus
- Selge Ullevål Sykehus, som har plass til nye bygg og flere atkomster

Hverken HSØ eller PBE har lagt opp til noen form for medvirkning i saken.

Konsekvensutredningen er mangelfull, bla. er maksimalstøy for helikoptertrafikk utelatt og midlertidig Helipad er registrert som egen sak og slik ikke en del av konsekvensutredningen.

- Støynivået er uakseptabelt for beboere og brukere
- Oslos grønne åsside ødelegges av høye betongblokker
- Ambulansene vil kjøre gjennom boligområder
- Grønne områder blir ubrukelige - an av markas viktigste inngangsporter ødelegges
- Gaustad sykehus mister i praksis sitt vern

BNST henstiller HSØ om å trekke dette forslaget og foreslår at nødvendig kapasitet bygges på Ullevål

Jeg/vi støtter BNST sitt innspill i denne saken.

Registrerte underskrifter

#	Navn	Dato
1	Henning Iversen	01.06.2021
2	John Ole Askedal	01.06.2021
3	Stein Øyvind Morch	01.06.2021
4	Anders Eng	01.06.2021
5	Bodil Maal	01.06.2021
6	Anders Løvlie	01.06.2021
7	Arne Høiseth	01.06.2021
8	Harald Johannes Viberg	01.06.2021
9	Rune Svendsen	01.06.2021
10	Anne Katrine Frihagen	01.06.2021
11	Snorre Tønswt	01.06.2021

12	Tordis Hoem	01.06.2021
13	Hanne Røvig Schjold	01.06.2021
14	sven vangbæk	01.06.2021
15	Erik Andersen	01.06.2021
16	Per Larsen	01.06.2021
17	Anne Marit Brenden	01.06.2021
18	Siri Vangen	01.06.2021
19	Bertel Marino Pedersen	01.06.2021
20	Kjersti Fimreite	01.06.2021
21	Inger Aarvig	01.06.2021
22	Hanne Helene Birkeland	01.06.2021
23	Sissel Unger	01.06.2021
24	John W Downing	01.06.2021
25	Anita Westbye Standal	01.06.2021
26	Siri Knudsen Glauer	01.06.2021
27	Håkon Svinggum	01.06.2021
28	Lene Haug	01.06.2021
29	Marit Woltmann1	01.06.2021
30	Håkon Høst	01.06.2021
31	Runa Schøyen	01.06.2021
32	Agnar Standal	01.06.2021
33	Bjørn Høvik	01.06.2021
34	Cecilie lyngby	01.06.2021
35	Randi Werner-Erichsen	01.06.2021
36	Eva Kristine Haugli	01.06.2021
37	Bjørn Skjellum	01.06.2021
38	Arve Kristoffersen	01.06.2021
39	Anita Hestnes	01.06.2021
40	Kjersti Amundsen	01.06.2021
41	Ann Charlott Johansen	01.06.2021
42	Kari Støren	01.06.2021
43	Grethe s. Jørgensen	01.06.2021
44	Harrieth Steen-Johnsen	01.06.2021
45	Ingeborg Høiskar	01.06.2021
46	Kåre Thorkildsen	01.06.2021
47	Lars Holten	01.06.2021
48	William Jørgen Koren	01.06.2021
49	Britt Fossum	01.06.2021
50	Knut Rønning	01.06.2021
51	Inger Øieroset	01.06.2021
52	Christina Thorpe	01.06.2021
53	Hilde Olsen	01.06.2021

54	Unni Nyheim kristoffersen	01.06.2021
55	Jan Egil Aase	01.06.2021
56	Gurly Christine Hafsmoe	01.06.2021
57	Eva Olsbakk	01.06.2021
58	Erik Solhjell	01.06.2021
59	Hanne Utgård	01.06.2021
60	Berit Bergseth	01.06.2021
61	Eva Young Solhjell	01.06.2021
62	Sjur Larsson Saue	01.06.2021
63	Kari Koll	01.06.2021
64	Grethe Foss	01.06.2021
65	Kai Olsen	01.06.2021
66	Oddvar Kolset	01.06.2021
67	Kari Ingeborg Zakariassen	01.06.2021
68	E R Josefin Titelman	01.06.2021
69	Thomas Gulbrandsen	01.06.2021
70	Iwona Sakour	01.06.2021
71	Frans Brockmeier	01.06.2021
72	Vivi-Ann Berger	01.06.2021
73	Torill Read	01.06.2021
74	Wenche Kristin Samuelsen	01.06.2021
75	Inger Helberg Hansen	01.06.2021
76	Siri biquist	01.06.2021
77	May-Britt Normann	01.06.2021
78	Eli Ormerod	01.06.2021
79	Marius Larsen	01.06.2021
80	Wenche Arff Gulseth	01.06.2021
81	Knut Bjørneng	01.06.2021
82	Bente Odner	01.06.2021
83	Ida Fossum Tønnessen	01.06.2021
84	Hilde Fjeld	01.06.2021
85	Helge Gjerstad	01.06.2021
86	Lisbeth Otterlei	01.06.2021
87	Knut Haakenaasen	01.06.2021
88	Elisabeth Grimsrud	01.06.2021
89	Inger Altern	01.06.2021
90	Isak Christian Isaksen	01.06.2021
91	Björg	01.06.2021
92	Astrid T Kristiansen	01.06.2021
93	Kristian Gamborg	01.06.2021
94	Kjersti Birketvedt	01.06.2021
95	Randi Remen	01.06.2021

96	Ole Einar Kåss	01.06.2021
97	Edwige Mortyr	01.06.2021
98	Inger Johanne Slaatta	01.06.2021
99	Gita Gupta Jacobsen	01.06.2021
100	Jack Arild Gundersen	01.06.2021
101	Eirik Jacobsen	01.06.2021
102	Jostein Bjørshol	01.06.2021
103	Aslaug Larsen	01.06.2021
104	Dag Erik Kyrkjebø	01.06.2021
105	Torhild Kirkebø	01.06.2021
106	Reidun Berntsen	01.06.2021
107	Chen Lu	01.06.2021
108	Ling Shi	01.06.2021
109	Peng Fei Lu	01.06.2021
110	Zheng Zheng Bao	01.06.2021
111	Ane Smørås	01.06.2021
112	Kirsten Fjeldsaa	01.06.2021
113	Magnus Lu	01.06.2021
114	Julia Pitton	01.06.2021
115	Edith Bratlie	01.06.2021
116	Ida Byrkjeland	01.06.2021
117	Jostein Hansen	01.06.2021
118	Kirsten Marie Heia	01.06.2021
119	Halvard Waage	01.06.2021
120	Daniel Peter Ferretti	01.06.2021
121	Brit Brennhovd	01.06.2021
122	Terje Smerud	01.06.2021
123	Ann-Katrin Olsen	01.06.2021
124	Wenche Brun Bull	01.06.2021
125	Sidsel Bjønnæs	01.06.2021
126	Gerd Eunice Haug	01.06.2021
127	Torbjørng Misund	01.06.2021
128	astrid sletbakk	01.06.2021
129	Sheida Ahrabi	01.06.2021
130	Turid Cordtsen	01.06.2021
131	Eli Feiring	01.06.2021
132	Anne Holmberg	01.06.2021
133	Torfinn Lindem	01.06.2021
134	Astrid Arnesen Hug	01.06.2021
135	Unni Grethe Nordahl-Hansen	01.06.2021
136	Eigil Fossum	01.06.2021
137	Liv Grønntun	01.06.2021

138	Henning Bergum	01.06.2021
139	Trond E N Ovesen	01.06.2021
140	Maren Lindheim	01.06.2021
141	Sigrun Kierulf Brækken	01.06.2021
142	Gro Waaler	01.06.2021
143	Hege Sivertsen	01.06.2021
144	Heidi Rømming	01.06.2021
145	Johanne Arna Løvstad	01.06.2021
146	Mette van der Lende	01.06.2021
147	Morten Ringvold	01.06.2021
148	Ingvild Ørpen	01.06.2021
149	Jon Henrik Laake	01.06.2021
150	Liv Teksten	01.06.2021
151	Lillian Foss	01.06.2021
152	Sandra Bronn Aaslund	01.06.2021
153	Kitty Nyskog Sætre	01.06.2021
154	Jon Sigmund Løken	01.06.2021
155	May Ch. Møller	01.06.2021
156	Johannes Barbantonis	01.06.2021
157	Anne-Ma Bistrup	01.06.2021
158	Liv Jorunn Garvik	01.06.2021
159	Eldbjørg Rødsand	01.06.2021
160	Elisabeth Shi	01.06.2021
161	Kent Godøy	01.06.2021
162	Christopher Kunøe	01.06.2021
163	Dorota Pindral	01.06.2021
164	Bjørn Christiansen	01.06.2021
165	Mikkelai Unger Downing	01.06.2021
166	Kari Vollestad	01.06.2021
167	Øyvinn Kristoffer Fotland	01.06.2021
168	Bente S Tobiassen	01.06.2021
169	Stig Olsson	01.06.2021
170	Eva Sundsby	01.06.2021
171	Egil Svien	01.06.2021
172	Miriam Aure	01.06.2021
173	Harriet Rogg	01.06.2021
174	Una Voss Christophersen	01.06.2021
175	Kristin Hovland	01.06.2021
176	Hans-Johnny Schjelderup Nilsen	01.06.2021
177	Anne Berit Bergo	01.06.2021
178	Mette Elisabet Breder	01.06.2021
179	Rubi Lisbeth Hansen Eidås	01.06.2021

180	Mona Gavem	01.06.2021
181	bjørn otto jensen	01.06.2021
182	Maja Knispel Rueness	01.06.2021
183	Elin Indseth	01.06.2021
184	Sverre Aae	01.06.2021
185	Thorill Pedersen Cappelen	01.06.2021
186	Leif Jarle Haugen	01.06.2021
187	Ellen Hanne Geirbo	01.06.2021
188	Tore Geirbo	01.06.2021
189	Odd Salte	01.06.2021
190	Cecilie Halvorsen Egeland	01.06.2021
191	Tom Rellsve	01.06.2021
192	Magnhild Rønning	01.06.2021
193	Liv Cecilie Birkeland	01.06.2021
194	caroline Rønningen	01.06.2021
195	Jan Bakken	01.06.2021
196	Anne-Grethe Tuseth	01.06.2021
197	Camilla Dalaker	01.06.2021
198	Daniel Sverdrup-Thygeson Downing	01.06.2021
199	Kristin Bjerkli	01.06.2021
200	Tone Lyche	01.06.2021
201	Jan Rueness	01.06.2021
202	Astrid bjørshol	01.06.2021
203	Odd Magne Haugen	01.06.2021
204	Margrethe Bjørshol	01.06.2021
205	Tonje Amb Aksnes	01.06.2021
206	Frøydis Grohn	01.06.2021
207	Espen Iversen	01.06.2021
208	Oda istre	01.06.2021
209	Henriette Prytz	01.06.2021
210	Tom Ausland Nilssen	01.06.2021
211	Andreas Früh	01.06.2021
212	Cecilie Moen	01.06.2021
213	Lise Andorsen Nilsen	01.06.2021
214	Eldar Sørensen	01.06.2021
215	Rigmor Bryghaug	01.06.2021
216	Marianne Osvold	01.06.2021
217	Hans Erik Heier	01.06.2021
218	Lill D. Müller	01.06.2021
219	Anne Synnøve Rustad	01.06.2021
220	Ernst Herlof Kristiansen	01.06.2021
221	Synnøve R Due Haraldsen	01.06.2021

222	Anne Gabrielsen	01.06.2021
223	Guri Bjørnstad	01.06.2021
224	Kari Oscarsen	01.06.2021
225	Liv Irene Haug	01.06.2021
226	Berit Thiis	01.06.2021
227	Monica Braathen	01.06.2021
228	Anna Marie Frost	01.06.2021
229	Kristian Gurvin	01.06.2021
230	Inger Ljøstad	01.06.2021
231	Christofer Heffermehl	01.06.2021
232	Jan Sigurd Aagenæs	01.06.2021
233	Lasse Andreas Warberg	01.06.2021
234	Helge Solbakken	01.06.2021
235	Eirik Gjøstein Jansen	01.06.2021
236	Tone Lind Jørgensen	01.06.2021
237	Liv Kristiansen	01.06.2021
238	Maja Sjøtil	01.06.2021
239	Inger Lise Aasheim	02.06.2021
240	Susanne Engell	02.06.2021
241	Maria Madhu Slettevold	02.06.2021
242	Waheed Khan	02.06.2021
243	Liv Bye	02.06.2021
244	Berit Stormarken	02.06.2021
245	Kaja Schiøtz	02.06.2021
246	Roger Eriksen	02.06.2021
247	Vigdis Haga Nilsen	02.06.2021
248	Karina Kvamsdal	02.06.2021
249	Jon Lømo	02.06.2021
250	Mona Smedsrud	02.06.2021
251	Angelique Høivang Tangen	02.06.2021
252	Mari Solberg	02.06.2021
253	Arvid Johansen	02.06.2021
254	Grethe Nora Jobling	02.06.2021
255	Ørnulf Cato Moen	02.06.2021
256	Mette Kottmann	02.06.2021
257	Marit Rikoll	02.06.2021
258	Anne Lau Revil	02.06.2021
259	Vanessa baird	02.06.2021
260	Maja Odner	02.06.2021
261	Astrid Moe	02.06.2021
262	Anne Gro Valen	02.06.2021
263	Rannveig Dahle	02.06.2021

264	Turid Marie Lundby	02.06.2021
265	Anne Lise Nilsen	02.06.2021
266	Lars Olavesen	02.06.2021
267	Unni Noem Sexe	02.06.2021
268	Tone Knudsen	02.06.2021
269	Grete Rennemo	02.06.2021
270	Gudveig Nyre	02.06.2021
271	Bjarne Berggrav	02.06.2021
272	Svein Erik Ljøstad	02.06.2021
273	Merete Prestrud	02.06.2021
274	Kjersti Unger	02.06.2021
275	Hege Valand	02.06.2021
276	Vibeke Cecilie Hesselberg	02.06.2021
277	Øyvind Folkedal	02.06.2021
278	Jan Halvorsen	02.06.2021
279	Anne Karin Ihasee	02.06.2021
280	Hege Kristoffersen	02.06.2021
281	Elin Lea Melsom	02.06.2021
282	Cecilie M. Kloster	02.06.2021
283	Lars Peder Fotland	02.06.2021
284	Olav Myre	02.06.2021
285	Camilla Kloster	02.06.2021
286	Odd Ragnar Undheim	02.06.2021
287	Anita Kjellin	02.06.2021
288	Fride Eeg-Henriksen	02.06.2021
289	Jan Ola Larsen	02.06.2021
290	Ina Slettebø	02.06.2021
291	Hanne Haskel	02.06.2021
292	Anne Fladmoe	02.06.2021
293	Gjermund Nysveen	02.06.2021
294	Otto Magnus Landmark	02.06.2021
295	Rolf Medbøe	02.06.2021
296	Inger Lill Søberg	02.06.2021
297	Lars Grue	02.06.2021
298	Leif Erik Pedersen	02.06.2021
299	Jan Frederik Flock	02.06.2021
300	Turid Hesselberg	02.06.2021
301	Grace Romsland	02.06.2021
302	Ellen-Elisabeth Akre-Aas	02.06.2021
303	Jorun Brunstad Kragset	02.06.2021
304	Bjørn Herman Henriksen	02.06.2021
305	Sølve Sandaker	02.06.2021

306	Brit Dal	02.06.2021
307	Inger Sethre	02.06.2021
308	Claus Fischer	02.06.2021
309	Anette Hartmann	02.06.2021
310	Atle Vereide	02.06.2021
311	Anne Marie Leivestad	02.06.2021
312	Else Carlsen	02.06.2021
313	Bendik Haug Aurdal	02.06.2021
314	Terje Hansen	02.06.2021
315	Bjørn Bekkevold	02.06.2021
316	Eldar Sørensen	02.06.2021
317	Birgit Bekkevold	02.06.2021
318	Inger Elisabeth Wilse	02.06.2021
319	Fredrik Schjold	02.06.2021
320	Elsa Skille Tangen	02.06.2021
321	Solveig Aares	02.06.2021
322	Finn Aares	02.06.2021
323	Svein-Erik Hauger	02.06.2021
324	sven erik gisvold	02.06.2021
325	Gunhild Bergum	02.06.2021
326	Hedda Solvang	02.06.2021
327	Per Henry Christiansen	02.06.2021
328	Ingeborg Alm	02.06.2021
329	May-Linn Walberg	02.06.2021
330	Hans Erik Vangdal	02.06.2021
331	Elisabeth Fremmergård	02.06.2021
332	Randi Østvold	02.06.2021
333	Ola Schjerpen	02.06.2021
334	Kine Nordsveen	02.06.2021
335	Kirsten Winger Jenssen	02.06.2021
336	Berit Lenngren	02.06.2021
337	Lill-Ann Sveen	02.06.2021
338	Erik Holbæk-Hanssen	02.06.2021
339	Asbjørn Halden	02.06.2021
340	Knut Olav Rønningen	02.06.2021
341	Eivind Bødtker	02.06.2021
342	Gudrun Jære Hoel	02.06.2021
343	Hilde Wilberg	02.06.2021
344	Lars Petter Henie	02.06.2021
345	Anne Dahl Carling	02.06.2021
346	Elisabeth Gislefoss Aasen	02.06.2021
347	Benedicte Berdal Haga	02.06.2021

348	Ruth Holen	02.06.2021
349	Jon Øistein Hasvold	02.06.2021
350	Jorun Mirjam Bruu	02.06.2021
351	Pia Sander	02.06.2021
352	Kai Ivar Vambeseth	02.06.2021
353	Jonas sørensen gullingsrud	02.06.2021
354	Birgitte Bratseth	02.06.2021
355	Randi Ervik	02.06.2021
356	Anne - Kari Bjørndalen	02.06.2021
357	Morten Syversen	02.06.2021
358	Thorleif Dolva	02.06.2021
359	Erik Westnes	02.06.2021
360	Anita Villen lie	02.06.2021
361	Stephan R. Wüstenberg	02.06.2021
362	Marianne Thorsen Gonzalez	02.06.2021
363	Knut Erik Hovda	02.06.2021
364	Tom Nilsen Hoel	02.06.2021
365	Marianne Stensland	02.06.2021
366	Sidsel Kjeldaas Salte	02.06.2021
367	Kari Kristoffersen	02.06.2021
368	Inger Johanne Christiansen	02.06.2021
369	Dag Einar Thorsen	02.06.2021
370	Eli Rueness	02.06.2021
371	Rolf Odner	02.06.2021
372	Helen Berit Larsen	02.06.2021
373	Helen Halto	02.06.2021
374	Else Karin Skjønhaug	02.06.2021
375	Lillian Høiseth	02.06.2021
376	Silje Moen	02.06.2021
377	Gro Roksand	02.06.2021
378	Bjørn Køyen.	02.06.2021
379	Theodor V,	02.06.2021
380	Sidsel Rogde	02.06.2021
381	Wenche W Fjeld	02.06.2021
382	Jorun Vintervold	02.06.2021
383	Sigrid V. H.Børretzen	02.06.2021
384	Mette Scott	02.06.2021
385	Eugenie Winger Husebye	02.06.2021
386	Signe Margrethe Midtsund	02.06.2021
387	Lasse Pran	02.06.2021
388	Per Johnny Fjeld	02.06.2021
389	Tord Løfwander	02.06.2021

390	Anne Britt Nystad	02.06.2021
391	Kjersti Nordhagen	02.06.2021
392	Ole Martin Hernes	02.06.2021
393	Tone Greffe	02.06.2021
394	Peter Malcolm Jobling	02.06.2021
395	Wojciech Strzelecki	02.06.2021
396	Sissel Larne	02.06.2021
397	Ina Dagsholm	02.06.2021
398	Anne Bjønvaagen Brandsæter	02.06.2021
399	Jon Egil Skjæraasen	02.06.2021
400	Inger Jensen	02.06.2021
401	Daniela Rohn	02.06.2021
402	Mary Ann Stamsø	02.06.2021
403	Anne Cathrine Christensen	02.06.2021
404	Grete Holst Wethe	02.06.2021
405	Jon Ivar Wethe	02.06.2021
406	Per Ivar Wethe	02.06.2021
407	Toril G. Kjøllesdal	02.06.2021
408	Roy Anders Jakobsen	02.06.2021
409	Berit Kristine Olsen	02.06.2021
410	Siri Brennhovd	02.06.2021
411	Vegard Skuseth	02.06.2021
412	Hege Therese Grønhaug	02.06.2021
413	Sigrid Knudtzon	02.06.2021
414	Anne skomedal	02.06.2021
415	Hilde Oseid Lyche	02.06.2021
416	Astri Dahm Sælen	02.06.2021
417	Marit Egner Engh	02.06.2021
418	Carl Müller	02.06.2021
419	Brit Leine Andersskog	02.06.2021
420	Marion O Farrell	02.06.2021
421	Karin Krissly	03.06.2021
422	Guro vindenes	03.06.2021
423	Ellinor Farestveit	03.06.2021
424	Sissel Huse	03.06.2021
425	Charlotte Sander	03.06.2021
426	aslak unger-downing	03.06.2021
427	Cathrine Berg Vereide	03.06.2021
428	Odd Yngvar Johnsrud	03.06.2021
429	Ragnhild Fiskum	03.06.2021
430	Mona bjerke Carlson	03.06.2021
431	Anne Katrine Lycke	03.06.2021

432	Kirsten Bjøru	03.06.2021
433	Bastian Zapf	03.06.2021
434	Martine Kloster	03.06.2021
435	Anne-Marie Johansen	03.06.2021
436	Eva Berg	03.06.2021
437	Else-Marie Haakonsen	03.06.2021
438	Tove Reichborn-Kjennerud	03.06.2021
439	Sigrid Marie E. Refsum	03.06.2021
440	Aimee Lødemel	03.06.2021
441	Marianne Solberg	03.06.2021
442	Aud Johansen	03.06.2021
443	Erik Lundaas	03.06.2021
444	Björg Christophersen	03.06.2021
445	Elisabeth Dahl Paulssen	03.06.2021
446	Knut Herrem	03.06.2021
447	Kathrine Espeland	03.06.2021
448	Kathrine Espeland	03.06.2021
449	Jeanette Aarstad	03.06.2021
450	Eva Jensrud	03.06.2021
451	Unn Holmesland	03.06.2021
452	Haakon Opperud	03.06.2021
453	Marianne Opperud	03.06.2021
454	Thor Lyder Andersen	03.06.2021
455	Kjersti Lind	03.06.2021
456	Martha Grini Nordlien	03.06.2021
457	Anne-Berit Stensrud Rasmussen	03.06.2021
458	Hanne Beate Jahren	03.06.2021
459	Anita Caspersen	03.06.2021
460	Britt Sneltvedt	03.06.2021
461	Sigrid eggen	03.06.2021
462	Sunniva Marie Unger Langhoff	03.06.2021
463	Bente Juell Florelius	03.06.2021
464	Dan Eggen	03.06.2021
465	Karen Elise Matheson	03.06.2021
466	Tine Bauck Irmann-Jacobsen	03.06.2021
467	Hanne Haugen Jordheim	03.06.2021
468	Birgit Andresen	03.06.2021
469	Jan Scheen	03.06.2021
470	Jannicke Andersen	03.06.2021
471	Barbro Grude Eikseth	03.06.2021
472	Hedda Solerød	04.06.2021
473	Kirsti Skulberg	04.06.2021

474	Svein Kile	04.06.2021
475	Randi Kile	04.06.2021
476	Lea Eikanger	04.06.2021
477	Alfa Sverdrup Sommersol	04.06.2021
478	Ivana Stojicevic-Thorshaug	04.06.2021
479	Ronni Stene-Strøm	04.06.2021
480	Øyvind Strøm	04.06.2021
481	Susie Ulvestad	04.06.2021
482	Björg Duve	04.06.2021
483	Amborg Margrethe Haugen	04.06.2021
484	Marit Norheim	04.06.2021
485	Jarle Kanaris	04.06.2021
486	Martine Linge	04.06.2021
487	Halfdan Wiik	04.06.2021
488	Kirsten Hammelbo	04.06.2021
489	Caroline Lorentzen	04.06.2021
490	Per Lunde	04.06.2021
491	Ann Solveig Rath-Hanssen	04.06.2021
492	Kristin Bertling Opdahl	04.06.2021
493	Kerstin Olsson	04.06.2021
494	Thomas Løvdahl	04.06.2021
495	Anne Haakanes	04.06.2021
496	Eva Marie Grøntoft-Dybdahl	04.06.2021
497	Helle Hundevadt	04.06.2021
498	Tove Berstad	04.06.2021
499	Per Olav Næss	04.06.2021
500	Sigrid Næss	04.06.2021
501	Janicke Toft Haugen	05.06.2021
502	Vivi Hessen Paust	05.06.2021
503	Atle Wilhelmsen	05.06.2021
504	Brita østvold	05.06.2021
505	Nina Astrup Clay	05.06.2021
506	Eli. Koefoed sletten	05.06.2021
507	Henrik Sverre Hunstad	05.06.2021
508	Dag Hovland	05.06.2021
509	Leif Inge Sandvik	05.06.2021
510	Kurt Malmquist	05.06.2021
511	Lars østvold brukvik	05.06.2021
512	Ingrid Bekkevold	05.06.2021
513	Svein Skandfer Hanssen	05.06.2021
514	Lena Haugsnes	05.06.2021
515	Jan Erik Waastad	05.06.2021

516	Joachim Alexander Bakken	05.06.2021
517	Venke Henning	05.06.2021
518	Mimi Bing Øverlie	05.06.2021
519	Olav Tønsberg	06.06.2021
520	Gro Skottun	06.06.2021
521	Eivind Lønheim	06.06.2021
522	Berit Baustad Vehusheia	06.06.2021
523	Mari Kristin Sisjord	06.06.2021
524	Palle Løvgreen Jacobsen	06.06.2021
525	Hanne Cecilie Messel	06.06.2021
526	Birte Sisjord Lønheim	06.06.2021
527	Leif magnus Eriksen	06.06.2021
528	May-Britt Habberstad	06.06.2021
529	Carina Palm	06.06.2021
530	Anne Berit Christensen Holter	06.06.2021

Samlet inn via Underskrift.no - Norges største på underskriftskampanjer



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.09:23
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QXXZ
Innsendt av: Brita Mikkelsen
E-postadresse: brita.mikkelsen@bna.oslo.kommune.no
Mobilnummer: 97685012

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Viser til vedlagt brev.
Last opp eventuelle vedlegg Uttalelse FSU i Nordre Aker (FSU Nordre Aker.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Friluftslivets samarbeidsutvalg Nordre Aker
Adresse Nydalsveien 21
Postnummer 0403 OSLO
E-post brita.mikkelsen@bna.oslo.kommune.no

PLANFORSLAG GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE:

HØRINGSUTTALELSE FRA STYRET I FRILUFTSLIVETS SAMARBEIDSUTVALG (FSU) I NORDRE AKER BYDEL.

Friluftslivets Samarbeidsutvalg (FSU) i bydelene har til formål å:

- *Styrke friluftslivet i bydelene*
- *Ivareta friluftinteressene i arealsaker og andre saker der friluftsliv er involvert*
- *Bidra til økt friluftslivsaktivitet*

Arbeidsområdet til FSU er avgrenset av følgende:

- *Friluftslivsaktiviteter*
- *Arealene hvor friluftsliv utøves*
- *De samfunnsmessige effektene av friluftsliv*

Kommentarer vedrørende friluftsliv til «Planforslag Gaustad sykehusområde», dokument 321, saksnr. 210704683.

Det foreslåtte nye sykehuset på Gaustad skal bygges i et område med store friluftsverdier for byens innbyggere, der de viktigste verdiene omfatter Sognvannsvassdraget og Gaustadskogen, men også grøntarealene i og rundt Gaustad psykiatriske sykehus og dagens Rikshospital. Området fremstår i dag som en inngangsport og randsone mellom byen og Marka Områdets friluftsverdier illustreres godt ved følgende sitat fra Fagrapport Friluftsliv: «... Det er her (dvs på Gaustad) Marka strekket seg lengst ned i byen».

Styret for Nordre Aker FSU konstaterer at det fremlagte planforslaget vil ha negative effekter for friluftslivet, rekreasjonsmulighetene og for den «grønne byen». De negative effektene er tilnærmet like stor for de ulike alternativene som er beskrevet i planen, og vi har ikke differensiert mellom alternativene når det gjelder våre kommentarer. Oppsummert vil det fremlagte planforslaget etter vår vurdering ha blant annet følgende negative konsekvenser:

- Den naturlige, grønne overgangen mellom byen og Marka som vi i dag har på Gaustad vil forringes av massiv høyhusbebyggelse som vil representere en lokal barriere. I planforslaget vil byens innbyggere møtes av en massiv, høy, grå vegg ved Ring 3, og de bakenforliggende grønne områdene vil knapt være synlige.
- Sognsvannsvassdragets rekreasjons- og friluftsverdi forringes betydelig ved at det planlegges med høye og massive bygninger kun 20 meter fra bekkekantene, og der det også planlegges med forstøtninger og murer i kun 5 meters avstand fra bekkedraget. De store høydene på de planlagte bygningene vil også skape store skyggeeffekter i friområdene.
- Den store verdien som ligger i at man kan se og oppleve byens grønne åser fra andre steder i byen forringes. De grønne åsene i Oslo vest vil i stor grad ikke lenger vil være synlige for flere av byens innbyggere. I stedet vil de se en massiv, tung og grå bebyggelse i 40-50 meters høyde.

- For at et friluftsområde og rekreasjonsområde som Gaustadskogen, som også er innfartsområde mot Sognsvann og Vettakoll-området, skal fungere godt, bør det være overgangsområder mellom den urbane byen og de grønne friluftsområdene. Det er det i dag, idet både Gaustad psykiatriske sykehus og Rikshospitalet, som begge har lav og ganske spredt bebyggelse. Bebyggelse i 40-50 meters høyde vil i praksis skyve grensen for hvor naturopplevelsene starter med flere hundre meter.
- Planforslaget vil medføre økt motorisert trafikk til og fra planområdet, med de negative konsekvenser for både støy, forurensing og trafikksikkerhet som det vil ha. Ved å etablere ambulanseinnfarer enten fra Slemdalsveien eller fra Nordbergveien vil det påvirke boligområder og på- og langs innfartsårer til friluftsområdene. Den planlagte helikopterlandingsplassen vil gjøre at helikoptertrafikken og støy økes.

Oppsummert mener FSU Nordre Aker at «Planforslag Gaustad sykehusområde» vil påvirke byens friluftsliv og friluftsinnteresser i negativ retning. Styret for Nordre Aker FSU er kjent med at det foreligger et alternativ til Helse Sør-Øst sitt planforslag for Gaustad sykehusområde. Det er forslaget «Parksykehuset Ullevål» som er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Eilif Holte og tidligere sjefslege Rolf Kåresen, og som kort fortalt innebærer at Ullevål sykehus ikke nedlegges, beholdes som lokalsykehus og akuttkirurgisk regionsykehus og traumesenter, og at det ikke bygges nytt sykehus på Gaustad.

Denne løsningen ser ut til å ha kvaliteter som Helse Sør-Øst sitt forslag om nytt sykehus på Gaustad ikke har, og ser blant annet ut til å medføre færre og mindre skadevirkninger for friluftslivet enn nybygging på Gaustad. Styret for Nordre Aker FSU går i denne høringsuttalelse imidlertid ikke inn på detaljene i de to alternativene, men mener at det bør gjøres en grundig vurdering av alternativer, før fysisk byggearbeid igangsettes.

På vegne av Nordre Aker FSU

Tord Bern Hansen
Leder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.10:39
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QYBZ
Innsendt av: Elise Kristin Hagen
E-postadresse: styrer@barnebo.no
Mobilnummer: 93883228

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Kjære plan og bygningsetaten,

På vegne av små og store i Barnebo barnehage:
Vår fremste bekymring er tilgangen til Gaustadskogen. Vi benytter skogen som turområde ukentlig, og særlig i den siste tiden under pandemien. Vi ber dere om å ta hensyn til skogens verdi som turdestinasjon for oss og barn i nærmiljøet. Vi ønsker at vi kan fortsette å benytte Gaustadskogen trygt på tur, også i anleggsfasen. Vi håper inderlig å ikke bli frarøvet den muligheten. Det er særlig anleggsfasen som ser utfordrende ut, 10-15 år, med anleggsvei der vi pleier å gå inn til Gaustadskogen. Vi benytter veien fra barnehagen, forbi SINTEF, over broa (ring 3) og videre oppover med Rikshospitalet på høyre side. Vi er en barnehage med 45 barn fordelt på 3 avdelinger. "Krokodillen" er et kjent og mye brukt turmål for barna. Gaustadskogen er vårt nærmeste tilbud til skog og mark, og det håper vi det legges tilrette for å kunne være fremover også.

Byggeprosjektet er ikke i umiddelbar nærhet av barnehagen vår, som gjør at vi håper på å ikke blir særlig berørt av støy og støv i barnehagehverdagen. Dette er dog viktige faktorer å tenke på med barnehager rundt som oppholder seg mye ute.

Med vennlig hilsen

Elise Kristin Hagen
Styrer i Barnebo barnehage
Gaustadalleen 28, 0373 Oslo
Telefon 938 83 228
E-post: styrer@barnebo.no

Innsender



Hvem er det som uttaler seg?

Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i

Organisasjon du representerer

Organisasjonsnr.

968661663

Firmanavn

Stiftelsen Forskningscenterets Barnehager

E-post

tove@barnebo.no



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.11:01
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RADZ
Innsendt av: Randi Helene Kiil
E-postadresse: randi.kiil@gmail.com
Mobilnummer: 95726456

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Nordre Aker SV (NASV) er opptatt av Oslos innbyggere skal sikres et godt sykehusstilbud i årene framover. Sykehusstilbudet må bli bedre utredet, blant annet for å sikre samhandlingen med kommunehelsetjenesten, det må bli dimensjonert for innbyggernes behov, gi mulighet til videre utbygging og være mest mulig kostnadseffektivt. Vi mener også det er viktig å legge større vekt på ansattes meninger om sykehusstilbudet, natur- og miljøhensyn, kultur- og arkitekturminnevern og mulighet til god trafikkavvikling og hensynet til naboer.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Nordre Aker SV
Eventuelt v/ eller c/o-navn Gyda Kjekshus
Adresse Kjelsåsveien 1 A
Postnummer 0488 OSLO
E-post gyda.kjekshus@gmail.com

Høringsuttalelse fra Nordre Aker SV til planforslag for Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde. Saksnummer 20170468 og 201704677 - 243

Nordre Aker SV (NASV) er opptatt av Oslos innbyggere skal sikres et godt sykehustilbud i årene framover. Tilbudet må bli bedre utredet, blant annet for å sikre samhandlingen med kommunehelsetjenesten, det må bli dimensjonert for innbyggernes behov, gi mulighet til videre utbygging og være mest mulig kostnadseffektivt. Vi mener også det er viktig å legge større vekt på ansattes meninger om sykehustilbudet, natur- og miljøhensyn, kultur- og arkitekturminnevern og mulighet til god trafikkavvikling og hensynet til naboer.

Fremtidige pasientbehov

Vi mener planforslaget har stor risiko for underdimensjonering. Pasientbehovet som sykehusene forutsettes å dekke, bygger på en framskrivning av pasientbehov som allerede er foreldet.

Koronapandemien er eksempel på at sykdomsbildet endret behovet for døgnbasert spesialisthelsehjelp på kort tid og beredskapen manglet. Dette er spesielt tydelig når det gjelder psykisk helsevern. Det er økning i behov for psykisk helsehjelp, særlig hos barn og unge, som ikke er innarbeidet i planene, der behovet for kapasitet i psykisk helsevern beregnes å være som nå, tross befolkningsøkningen. Innfrielse av Den gyldne regel som ble tatt inn i oppdraget til sykehusene hvert år fra og med 2014, er ikke forutsatt innfridd i disse planene. (Regelen sier at helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sterkere enn somatisk sektor.)

Fremtidig oppgaveavlastning

Helse Sør-Øst ser for seg at sykehusene for fremtiden vil ha mindre aktivitet i sykehusbyggene. 30 prosent av aktiviteten forutsettes å utføres i form av «hjemmesykehus». I tillegg forutsettes at 15 prosent av aktiviteten kan overføres til kommunene som ledd i samhandlingsreformen. Disse forutsetningene er ikke basert på noen overordnet nasjonal plan og det er heller ikke gjort noen vurderinger av realismen i en slik oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt nivå.

Hjemmesykehusmodellen vil etter vårt syn være egnet for noen helsefagområder, andre ikke. Akutte psykiatriske oppgaver vil for eksempel ikke kunne hjemmebaseres. Bydel Nordre Aker har ifølge bydelsdirektørens bygget ut tjenester for personer med behov for oppfølging på psykisk helseområdet. Ved kriser og sykdomsforverring er det imidlertid behov for tjenester på et annet, høyere nivå enn i bydelen. Nordre Aker SV deler bydelsdirektørens bekymring for finansieringen av oppgaveglidningen over til bydelens tjenesteapparat. **Sykehusstrukturen i Oslo kan ikke baseres på kommunale tjenester som per i dag ikke finnes, ikke er planlagt eller finansiert.**

Fremtidig effektivisering

En siste vesentlige forutsetning som forslaget bygger på, er at sykehusene i fremtiden skal evne å bære store utgifter til nedbetaling av lån til «Nye OUS» ved hjelp av effektivisering av driften. Det forutsettes økt aktivitet uten vekst i bemanningen. Dette er følger som tillitsvalgte har påpekt er urealistiske, og samtlige fagforeninger knyttet til sykehusene har erklært at de er imot planene og uttrykt mistillit via sine representanter i styrene for HSØ og OUS. Nordre Aker SV vil understreke at **tillitsvalgte i sykehusene må ha reell medvirkning i sykehusplanleggingen i Oslo.**

Følger for Gaustad sykehus

Gaustad sykehus rommer nå en alderspsykiatrisk avdeling, flere seksjoner for døgnbasert tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt polikliniske tjenester for psykisk helse og rusbehandling, i tillegg til forskning og kompetansetjenester. Forslaget innebærer å legge ned Gaustad som spesialsykehus og kun bruke bygningene til administrasjon og ikke-helsefaglige funksjoner ved OUS.

Nordre Saker SV har forståelse for ønsket om å samle Klinikk psykisk helse og avhengighet som nå er spredd på mange lokalisasjoner, på ett sted, men mener at det ikke bør være i blokker på Aker sykehus, nær det støyende Sinsenkrysset, der det ikke finnes steder for rekreasjon utenfor bygningene.

Etter NASVs mening burde utvikling av Gaustad sykehus som spesialsykehus vært bedre utredet. Vi støtter at PBEs synspunkt om at de støyutsatte områdene på Aker sykehus kan være akseptable for sykehusets akutt- og korttidspasienter, men i mindre grad er egnet for langtidspasienter (psykisk helsevern og avhengighet i felt 3). Det er økende kunnskapsbelegg for at tid, ro og mulighet for å utfolde seg ute er viktige faktorer for tilfriskning.

Plan uten faglig støtte

Det nåværende planforslaget er basert på «målbilde» som ble vedtatt i 2016 av Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst, uten å kontrollere utbyggingskapasiteten, eierforholdene og gjeldende regulering. Gjennom fire år har det pågått en planprosess som aldri har hatt støtte fra Plan- og bygningsetaten og By- og Riksantikvaren. Planforslagene har vært ute til høring i tre omganger og detaljreguleringsplanen ble trukket fra høring i juni i fjor fordi den ikke ble anbefalt av PBE. Dette tilsier det at planen har en svak begrunnelse også reguleringsmessig.

Valg av tomt på Gaustad

NASV støtter uttalelsen fra Rådet for byarkitektur (møte11.18.2018) der de frarådet at daværende forslag til skisseprosjekt ble videreført som planforslag fordi det viser en altfor kompakt tårn/blokkbebyggelse som sprenger skalaen i området. Arkitekturrådet anbefalte heller et «byintegreert sykehus koplet til dagsaktuelle knutepunkt samt transformasjon av eksisterende bygg». Å videreutvikle Ullevål som sykehusområde, vil være i tråd med dette og vi vil be om at Oslo kommune opprettholder gjeldende regulering av Ullevål sykehusområde, og motsetter seg statlig salg til andre formål.

Det foreslåtte sykehusområdet på Gaustad mangler fremtidige utvidelsesmuligheter, i takt med behovet for spesialisthelsetjenester til den voksende befolkningen i Oslo. Da er det fare for 1) at vernet av Gaustad sykehusområde oppheves på sikt eller 2) at gjenværende naturområder reduseres enda mer enn allerede beskrevet i planene.

Kultur- og arkitekturminnevern

Store bygningsvolumer tett på Gaustad sykehus vil endre det fremste kjennetegnet ved Gaustad sykehus: at det er frittliggende sykehus og rammet inn av et åpent landskap. De nye høye byggene vil framstå som en mur rundt Gaustad, og forringe nasjonalt viktige kulturminneverdier i området kraftig. Av den grunn frarådet byantikvaren det forrige planalternativ sterkt, og vi anser at disse kommentarene er like gyldige for de nye planforslagene.

Når det gjelder nåværende Rikshospitalet ble det bygget stedstilpasset Gaustad sykehus, med bygningskropp som er i dialog med Gaustad sykehus. Rikshospitalet er foreslått oppført på gul liste, og tilfører nærmiljøet store kvaliteter. Å delvis rive, bygge rundt og oppå dette sykehuset framstår som et sterkt brudd mot alle intensjoner om arkitekturvern.

Trafikale forhold

NASV støtter PBEs etterlysning av tilrettelegging for myke trafikanter i en større skala enn kun ivaretagelse av ansatte/studenter og pasienter/pårørende (s 178). Det er ikke nevnt hvordan veiforbindelsen til områdene nord for sykehuset er tenkt løst, verken i anleggsfasen eller senere. Trafikken gjennom Universitetskrysset vil bli svært stor, og det vil lett oppstå kork for inn- og utkjøring i området samt på Ring 3. Dette vil være en stor risiko i forhold til utrykningskjøretøy.

En mulig løsning vil måtte bli å åpne opp for kjøring via Nordbergveien. Dette har vært vurdert i forbindelse med flere utbyggingsprosjekter (blant annet vanntunell) men det er forkastet da nåværende trasé gjennom Nordbergveien er for smal og løsninger for skolevei ikke mulige å finne.

Hensynet til naboer

Planforslaget vil eventuelt innebære den største sykehusutbyggingen i Norge. Byggeperioden er planlagt å vare i 10-15 år. Belastningene for beboere nord og vest for det prosjekterte anleggsområdet blir uakseptable.

- Støy, støv og vind fra en midlertidig helikopterlandingsplass,
- Støy og rystelser i forbindelse med sprengning av den store underjordiske parkeringskjelleren.
- Spunting, pigging, graving, massedeposering og massetransport
- Riggområder på områdene rundt og på Gaustad sykehusområde

Å etablere riggområder i friområder nord for Rikshospitalet, vil være i strid med Bystyrets vedtak av reguleringsplan for Huseby vannbehandlingsanlegg 13.11.2019 («Bystyret ber byrådet styrke arbeidet med å unngå at framtidige byggearbeider bruker fri- og naturområder til rigg- og anleggsarbeid.»).

De mest dramatiske følgene for naboene er at det planlegges et landingsområde for helikoptre på bakken i anleggsperioden, på et område nord for Rikshospitalet som ligger tett ved et borettslag. Selvsagt på dag- og nattetid. Nye redningshelikoptrene av typen SAR Queen, vil utgjøre 15-30 prosent av trafikken. De støyer betydelig mer enn dagens helikoptre, og lufttrykket fra disse er så stort at det er oppholdsforbud når SAR Queen skal lande eller ta av fra midlertidig landingsplass ved St Olavs hospital (nrk.no 18. mai 2021). Det frarådes sterkt at landingsområder for denne typen helikoptre legges så tett på boliger, og privat og offentlig ferdsel som forslaget medfører.

Natur- og miljøhensyn

Bydel Nordre Aker støtter PBEs uttalelser om at forslaget ikke følger opp flere av kommuneplanens bestemmelser mht. landskap, kulturmiljø og støy.

I forbindelse med gjennomføringen av planen som helhet må ca 11 0000 kvm relativt nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål fraflyttes, samtidig må 20 prosent av det nåværende Rikshospitalet rives for å gi plass til nye bygg. Kjøring av masse i forbindelse med byggegrøper til høyhus og til underjordisk garasjeanlegg vil belaste klimaregnskapet ytterligere. NASV krever at det utredes hva dette innebærer i klima- og miljøperspektiv og at fremtidige sykehusutbygginger innarbeides i den foreslåtte nasjonale klimaplanen for helsesektoren.

Planforslaget er i strid med føringer om landskapstilpasning i kommuneplanen og med sikring og realisering av turvei-traséene i kommuneplanen B1 i vest og B5 i øst. Disse må innarbeides i planforslaget. Det er heller ingen plan som beskriver hvordan anleggsvirksomheten skal oppfylle Forurensningslovens krav til luftkvalitet for bebyggelsene nær anlegget og fra den eventuelle helikopterlandingsplassen.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.11:45
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RAKZ
Innsendt av: Hanne Mari Halvorsen
E-postadresse: post@rishaven.no
Mobilnummer: 97606116

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Rishaven Menighetsbarnehage bruker dette område flere ganger i uken til tur for hele avdelinger eller grupper av barn. Spesielt nå i en situasjon hvor Koronaen har begrenset turmulighetene for barna, har dette området vært essensielt for våre barn hvor de får kommet seg ut av barnehagen og oppleve naturen.

Barna vil miste mye hvis dette området skal være preget av støy og anleggstrafikk. Det vil ikke være en hyggelig tur for barna og vil selvfølgelig by på store sikkerhetsmessige utfordringer for alle barnehager i området. Ett av de flotteste plassene, og meste spennende destinasjonen med krokodillen, vil ikke lenger kunne benyttes av barnehagene.

Hilsen Hanne Mari Halvorsen
Styrer i Rishaven Menighetsbarnehage
Telefon 905 04 873

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjonsnr. 874703362
Firmanavn Rishaven Menighetsbarnehage
E-post post.ris@oslo.kirken.no

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Saksnr: 201704683

Det vises til høring «Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde. Detaljregulering med konsekvensutredning», med høringsfrist 07.06.21. Forum for natur og friluftsliv (FNF) Oslo, stiftet 2016, er et samarbeidsnettverk for naturvern- og friluftslivsorganisasjoner i Oslo, og har som hovedformål å ivareta naturmangfoldet og friluftslivet i fylket.

Dette brevet sendes på vegne av: DNT Oslo og Omegn, Naturvernforbundet Oslo og Akershus, Oslo Elveforum.

OPPSUMMERT

FNF Oslo er svært kritiske til mangelfull tiltaksliste og rekkefølgekrav når det gjelder tiltakets innvirkning på Sognsvannsbekken og området rundt. Vi mener også at man ikke har sett godt nok på konsekvensene tiltaket vil ha på vassdraget som helhet, og etterlyser en utredning som ser på konsekvensene av tiltaket for hele vassdraget inkludert resipienten Frognerkilen. Vi er positive til at turveinetten i Oslo styrkes. Det viktigste for friluftslivet i dette område er turvei B1 og dets broforbindelse over Ring 3. Vi ber om at den foreslåtte parkbrua over Ring med atskilte traséer for turgåere og gang- og sykkelveier til sykehuset tas inn som en forutsetning i rekkefølgebestemmelsene. Vi savner en redegjørelse for hva oppgraderingen av broen som krysser Sognsvannsbekken fra Slemdalsveien og etablering av anleggsvei innebærer, samt hvilke avbøtende tiltak man planlegger. Vi mener at det er svært uheldig at det ikke er avklart hvordan man skal håndtere løsmassene og sprengt stein fra tiltaket, og ønsker at dette kommer på plass i forkant av oppstart.

Ny gangbro – turvei B1

Vi er positive til at turveinetten i Oslo styrkes. Det viktigste for friluftslivet i dette område er turvei B1 og dets broforbindelse over Ring 3. Frem til Rikshospitalet stod ferdig i 2000 gikk det en kontinuerlig skiløype fra Marka via gangbrua over Ring 3 til Blindern. PBE skriver at «*Idéen om «Markaforbindelsen», fra toget mot turveien i vest, er viktig, men er foreløpig ikke overbevisende løst, da det kan bli mange funksjoner på et trangt område.*»¹. En breddeutvidelse av broen fra ca. 8 m til en parkbru med ca. 25 m bredde vil gi plass for beplantning og vinterløype/joggetrasé i tillegg til gang- og sykkeltrafikk relatert til sykehuset. Muligheten til å drive med friluftsliv og ha tilgang på naturopplevelser i nærområdene er et svært viktig bidrag til å fremme folkehelse – og et velfungerende og sammenhengende turveinett i Oslo er vesentlig for å legge til rette for dette.

¹ [Planforslag til offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34](#) - s.6



Dersom den foreslåtte parkbrua over Ring 3 blir realisert før byggestart med atskilte traséer for turgåere og gang- og sykkelveier til sykehuset, vil det også være mulig å minimere konflikten mellom anleggstrafikk og fotgjengere på vei til og fra marka. Vi ber derfor om at dette tas inn som en forutsetning i rekkefølgebestemmelsene.

Anleggsvei

Det har planlagt oppstart i 2022, og det vil være anleggstrafikk i området frem til 2030². Det planlegges å kjøre anleggstrafikk over broen som i dag krysser Sognsvannsbekken fra Slemdalsveien. Broen må i denne sammenheng oppgraderes, og det vil også måtte etableres en anleggsvei for å føre trafikken videre opp til plataet. Vi er bekymret for utslipp og avrenning til Sognsvannsbekken både under etableringsfase og under drift, og savner en redegjørelse for hva oppgraderingen av broen og etablering av anleggsvei innebærer, samt hvilke avbøtende tiltak man planlegger.

Løsmasser

Det står i planforslaget at det ikke er «(..) avklart hvilke deponier som vil ha kapasitet til å ta imot løsmasser og sprengt stein fra prosjektet.». Vi mener at det er svært uheldig om dette ikke avklares på forhånd. Det pågår for tiden flere store prosjekter som skaper overskuddsmasse i regionen. Det er viktig at massene blir håndtert og behandlet på en sikker og forskriftsmessig måte. Ved å ikke avklare dette spørsmålet på forhånd risikerer man at lite gunstige løsninger velges, noe som vil kunne gå på bekostning av natur- og friluftslivverdier andre steder.

Sognsvannsbekken med grøntdrag

Sognsvannsbekken er et av hovedløpene i Oslo. Som det blant annet står i planprogrammet³ er området ved Gaustad sykehus også et av stedene i Oslo hvor Marka strekker seg lengst inn mot byen. I planforslaget står det at det vil gjøres terrengendringer på en strekning på ca. 180 meter langsmed Sognsvannsbekken. Det skrives videre at det er sikret en hensynssone til Sognsvannsbekken på 20 meter, men at det er en "kortere strekning hvor kun 5 meter er sikret"⁴. Vi mener dette er for upresist, og savner en figur som illustrerer det faktiske planlagte inngrepet. Figurene som foreligger gjenspeiler ikke det planlagte tiltaket, og virker derfor etter vår mening mer forvirrende enn informative.

I kommuneplanen står det: "Innenfor en sone på minimum 20 meter fra vannkant for hovedløp og minimum 12 meter fra vannkant for sideløp bør det ikke oppføres ny bebyggelse, nye anlegg eller gjøres vesentlige terrenginngrep"⁵. Vi er svært kritiske til at inngrepet kommer så tett på Sognsvannsbekken. I planforslaget står det også at det er krav til måling av vannkvalitet i bekken før og etter byggestart, samt overvåkning underveis⁶, mens man i ROS-analysen leser at det vurderes som sannsynlig med overvannsflo i under anleggsperioden⁷. Vi savner en redegjørelse for hvilke konkrete tiltak som skal iverksettes for å aktivt forhindre avrenning av forurenset overflatevann til

² [Planforslag til offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34](#) - s.138

³ [Gaustadalléen 34 - Fastsatt planprogram](#) – s.34

⁴ [Planforslag til offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34](#) - s.66 – Figur 53/55

⁵ [Kommuneplan 2015: Juridisk arealdel](#) – s.29

⁶ [Planforslag til offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34](#) – s.125

⁷ [Fagrapport: ROS-analyse](#) – s.26

bekken i anleggsperioden. En reaktiv holdning til miljøforringelse fremstår ikke som godt nok i dette tilfellet, med en anleggsperiode på over 8 år og den medfølgende sannsynligheten for overvannsfloam det gir.

I planforslaget fremstilles konklusjonen til fagrapporten som at kan bli «(..) *middels negativ konsekvens for naturmangfold. Dette gjelder hovedsakelig konsekvenser for kantvegetasjon langs Sognsvannsbekken (..)*»⁸. Rapportens konklusjon om en middels negativ konsekvens gjelder for hele planområdet. I rapporten deler de først planområdet i 7 områder og utreder hvert av de for seg. For Sognsvannsbekken og området rundt står det at det kan «(..) *medføre alvorlig miljøskade(..)*»⁹. Ikke bare feilsiteres rapportens konklusjon, men planforslaget presenterer i videre bevaringen av kantsonen langs Sognsvannsbekken som et avbøtende tiltak på dette. Dette blir misvisende da rapporten jo i utgangspunktet har lagt dette som grunn for sine vurderinger. Den riktige måten å si det på er at tiltaket, med det omfanget av kantsonen man planlegger å bevare, sannsynligvis vil medføre alvorlig miljøskade på Sognsvannsbekken.

En forringelse av vassdraget må sees i helhet - det er ikke et stillestående vann det er snakk om, men en vannforekomst i bevegelse. Inngrep i bekken påvirker et strekke helt ut til resipienten Frognerkilen i Oslofjorden. Vi anser her ikke §10 i naturmangfoldloven¹⁰ (*økosystemtilnærming og samlet belastning*) som innfridd, og etterlyser en utredning som ser på konsekvensene av tiltaket for hele vassdraget inkludert resipienten.

Det er registrert forekomst av en av Norges ansvarsarter i bekken – Elvemusling (Margaritifera margaritifera). Elvemuslingen er en indikatorart for vannkvalitet, og har stor effekt på økosystemet der den lever. Fra rapporten om naturmangfold fremkommer det at livet i Sognsvannsbekken, etter flere store fysiske inngrep de siste 20 årene, i dag ligger på et slags lavmål¹¹. Videre poengteres det at sammenhengende og brede kantsoner langsmed vannforekomster er kritiske for å gi næring, skjul, vanntemperatur og rensing av overvann. Alt ting som samlet styrker levevilkårene i bekken. Vi er i utgangspunktet positive til at naturområdene som forringes gjennom inngrepet skal reetableres med stedege arter etter endt inngrep – men med en estimert tidshorison på 30-50 år før igjen arealet når en naturlignende tilstand¹², kombinert med tiltakets lengde vil dette tidligst være en realitet i 2060. Tiltaket er her i strid med både §4 og §5 i naturmangfoldloven¹³, da man både feiler i å ivareta naturtypen med det arts mangfoldet og de økologiske prosessene som kjennetegner det, samt å ivareta artene slik at de forekommer som levedyktige bestander i sine naturlige utbredelsesområder.

I vannforskriften forutsettes det at vannforekomstene forvaltes på en måte som sikter på at «god økologisk og kjemisk tilstand» i vassdragene i prinsippet nås innen 2021¹⁴. Ser man på tiltakets lengde og sannsynligheten for alvorlig miljøskade underveis, i sammenheng med tiden kantvegetasjonen trenger for å komme seg tilbake til naturlignende tilstand, blir jo denne forutsetningen noe utopisk.

⁸ [Planforslag til offentlig ettersyn - Gaustadalléen 34](#) – s.125

⁹ [Fagrapport: Naturmangfold](#) – s.57

¹⁰ [Lov om forvaltning av naturens mangfold - «Naturmangfoldloven»](#) - §10

¹¹ [Fagrapport: Naturmangfold](#) – s.29

¹² [Fagrapport: Naturmangfold](#) – s.50

¹³ [Lov om forvaltning av naturens mangfold - «Naturmangfoldloven»](#) - §4, §5

¹⁴ [Forskrift om rammer for vannforvaltningen – «Vannforskriften»](#)

Når det gjelder det planlagte vannspeilet sør-vest i planområdet støtter vi forutsetningene gjort i Fagrapporten om naturmangfold som gjelder tilstrekkelig revegetering og god overvannshåndtering i bakken opp mot bebyggelsen ¹⁵.

Avsluttende

Vi var tidligere i prosessen positive til å lese om både en mulig gjenåpning av Gaustadbekken samt et lokk over Ring 3, og er skuffet over at dette nå er valgt bort. Bit-for-bit nedbygging av arealer er en kjempetrussel for naturmangfoldet, og presset på Oslos arealer blir ikke mindre i fremtiden. Arealendringer, forbruk og nedbygging av natur er en av de største truslene for arter og naturen i dag ^{16,17}. Mest sårbare er de grønne lungene som gjenstår ¹⁸. For dette tiltaket er det samfunnsmessige behovet så stort at det legitimerer utbygging til tross for konsekvensene dette vil ha på Sognsvannsbekken og grøntområdet rundt. Vi frykter at en forringelse av naturkvalitetene over så lang tid som det er snakk om her sannsynliggjør fremtidig nedbygging og ytterligere tap av naturmangfold – tiltaket kan i verste fall fungere som en brekkstang som åpner døren for fremtidige inngrep langsmed Sognsvannsbekken.

Vennlig hilsen,

Forum for natur og friluftsliv Oslo



Adrian Mortensen

Koordinator

FNF Oslo

¹⁵ [Fagrapport: Naturmangfold – s.49](#)

¹⁶ [Naturpanelet \(IPBES\) – «Global Assessment Summary for policymakers», 2019](#)

¹⁷ [FNs Klimapanels \(IPCC\) spesialrapport om klimaendringer og landarealer, 2019](#)

¹⁸ [Regional plan for areal og transport i Oslo og Akershus](#)

BLINDERN VEL

Stiftet 1923

Org.nr. 914343550

Plan- og bygningssetaten
Postboks 364 Sentrum
0102 OSLO

Oslo, 7. juni 2021

Høringsuttalelse: Offentlig ettersyn, detaljregulering med konsekvensutredning Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde (saksnr. 201704683)

1. Innledning

Blindern Vel (stiftet 1923) er et aktivt vel som representerer beboerne i Blindernområdet. Foreningens formål er å ivareta sine medlemmers fellesinteresser, herunder fremme idéer og gjennomføre tiltak for trivsel og miljø i nærområdet og ved å være et hørings- og samarbeidsorgan overfor kommunen og andre offentlige instanser. Bebyggelsen i Blindern vels område er preget av etablert småhusbebyggelse, for en stor del bygget ut før andre verdenskrig. Vårt geografiske nedslagsfelt er nærmeste nabo til planområdet på Gaustad, og vårt nærområde vil bli sterkt negativt berørt av sykehusplanene på Gaustad. I øst er vår nærmeste nabo Ullevål haveby og vi deler mange fellesarealer, funksjoner og infrastruktur med Havebyen, bl.a. går mange barn i vårt område på Ullevål skole. I nord er Berg, Nordberg, Sogn og Tåsen vel (BNST) vår nabo. Vi deler synspunktene som er fremmet av Ullevål haveby borettslag og BNST i høringsrunden. Blindern Vel ønsker også å inngi en egen høringsuttalelse.

Vår høringsuttalelse er todelt – først vil vi komme med noen kommentarer til det vi mener er prosessuelle mangler i saksbehandlingen så langt, før vi kommenterer konkrete forhold som har spesielt alvorlige negative effekter på vårt nærområde.

2. Kommentarer til saksbehandling og prosess

Forslagene til utbyggingsprosjektene på Aker og Gaustad sykehusområde som følger av de to detaljreguleringsforslagene er omtalt som de største landbaserte utbyggingene i Norge siden krigen. Vi vil påpeke at dette ikke bare dreier seg om antall kvadratmeter og volum, men også fordi dette er samfunnsviktige funksjoner som stiller store krav til sine omgivelser, for eksempel når det gjelder omkringliggende infrastruktur og adkomst.

De to detaljreguleringsforslagene er som påpekt av PBE et resultat av et «målbilde» som er fastsatt politisk for HSØ. Etter vår oppfatning synes det som om det hittil i prosessen har vært lite fokus på de samfunnsmessige konsekvensene av utbyggingen og virkningen på nærområdet. Dette bærer også forslagsstillers planforslag og konsekvensutredning preg av. Virkningene for omgivelsene av å erstatte et relativt lite sykehus med elektive funksjoner med et stort akuttsykehus med multitraumemottak er ikke beskrevet på en måte som gjør det mulig å sette seg inn i og ha en mening om for naboer og andre brukere av området. Det aller meste av plandokumentene som er lagt ut på høring ser ut til å omtale forhold internt på tomten og strekker i liten grad utredning av konsekvenser utover selve planområdet. I tillegg er det forhold av vesentlig betydning for nærområdet som ikke er innlemmet i planforslaget, selv om de med nødvendighet vil oppstå dersom sykehuset realiseres. Dette gjelder særlig etablering av midlertidig (men mangeårig) helikopterlandingsplass i skogen vest for Gaustad og trafikale konsekvenser for nærområdet.

Planforslaget er svært stort og vidtrekkende (256 sider og nesten 30 omfattende rapporter i konsekvensutredningen). I tillegg oppgis det i planforslaget at det må ses i sammenheng med planene for sykehusområdet på Aker, som er like omfattende. Det er videre lite samsvar mellom planforslaget og tidligere høringer av planprogrammet på Gaustad, f.eks. ved at planområdet nå er mye mindre og ikke lenger strekker seg til sydsiden av Ring 3 slik var forutsetningen i planprogrammet. Lokket over Ring 3, som var en viktig del

av innholdet i planprogrammet, skal heller ikke realiseres. Det har ikke vært medvirkningsprosesser forut for høringen, bortsett fra et to timers nettbasert infomøte i regi av forslagsstiller.

Etter vår mening fører de ovenfor nevnte forhold til at prosessen hittil, slik den har vært tilrettelagt av forslagsstiller, ikke oppfyller kravene plan- og bygningsloven kapittel 5 til medvirkning i planleggingen. Planer som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, forutsetter en mer inkluderende planlegging der planlegger må aktivt ut og legge til rette for medvirkning og deltakelse.¹ Kommunen skal sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, bl.a. barn og unge, jf. pbl. § 5-1 annet ledd. For eksempel vil vi påpeke hensynet til at skoleveien til mange barn i nærområdet er Sognsveien, som også vil være en av de få mulige utrykningsrutene fra sentrum til akuttmottaket på Gaustad.

Vi ber derfor om at PBE nå ikke går videre med prosessen før innbyggerne har fått en reell mulighet til å medvirke. Vi antar at en medvirkningsprosess bare vil bli meningsfull dersom kommunen legger opp til en planprosess som omfatter andre utbyggingsløsninger enn det målbildet legger som premiss. Som det vil fremgå nedenfor er mange av våre konkrete innvendinger knyttet til at tomtens størrelse er for liten, og det medfølgende høye aktivitetsnivåets uheldige effekter på nærområdet. Vi mener at dette ikke kan avhjelpest uten at man også vurderer alternative løsninger for utbyggingen av Nye OUS, og innlemmer dette i den videre prosessen. Vi antar at det ville være hensiktsmessig om kommunen utarbeider en områderegulering som kan ta hensyn til virkningene på nærområdet, jf. pbl. § 12-2. Subsidiært er det et minimum at PBE kritisk går gjennom konsekvensutredningsrapportene med tanke på om forholdet til nærområdet er tilstrekkelig utredet og eventuelt ber forslagsstiller om å utarbeidet supplerende KU-rapporter.

Avslutningsvis vil vi peke på at prosessen hittil ikke bare innebærer et brudd på medvirkningsbestemmelsene i plan- og bygningsloven kapittel 5, men også kan innebære at saksgrunnlaget ikke er godt nok opplyst, jf. forvaltningsloven § 17. Bl.a. vil vi hevde at det er umulig å foreta en reell vurdering av støybelastningen for nærområdet uten å innlemme den midlertidige løsningen for helikopterlanding. Videre mener vi at det vil være en saksbehandlingsfeil at trafikkkonsekvensene i nærområdet ikke er omtalt, med tilhørende risikoanalyse, jf. pbl. § 4-3. Vi antar at det kan være andre forhold som heller ikke er tilfredsstillende opplyst, men gitt saksgrunnlagets store omfang, som den vanlige høringsfristen ikke gir tilstrekkelig tid til å gi en inngående behandling, er det ikke mulig for oss å kommentere på alle punkter. Dette hindrer imidlertid ikke at slike innsigelser kan reises senere i prosessen.

3. Konkrete kommentarer

Høringsforslaget reiser mange spørsmål, også av helsefaglig karakter. Her begrenser vi oss til påpekninger som er spesielt relevante for området som Blindern vel dekker, eller ting vi som nærmeste nabo til sykehusområdet har god kjennskap til.

3.1 Byggeområdet er for lite

Byggeområdet er for lite til en utbygging i den størrelsesorden forslagsstiller ønsker seg. For nærområdet har det en rekke negative konsekvenser. Byggenes høyde bryter med Oslos høyhusstrategi. Byggene vil ligge slik til på et høydedrag at de får omfattende nær- og fjernvirkninger.

I tillegg til det som er tatt opp av PBE selv i høringsforslaget når det gjelder dominerende innvirkning, vil vi legge til at det er store og viktige funksjoner syd-øst for sykehusområdet som ligger langt lavere i terrenget. Det vil si at de nye byggene vil komme i veien for ettermiddagssolen for anlegg som brukes av mange, som det nye Livsvitenskapsbygget, SiOs anlegg for studenter med boliger og idrettsplass, Sogn kolonihage og boligområdene på Blindern og den vestlige delen av Ullevål haveby.

Mange viktige møteplasser i nærområdet vil bli rammet, som leke-/sportsplassen på Eventyrplassen, Damplass og kolonihagen som mange også bruker som turområde, samt universitetsområdet som også brukes av mange. Sol og skyggediagrammene gir ikke godt innblikk i dette fordi de bare viser begrensede tidsrom i sommerhalvåret hvor denne påvirkningen ikke blir størst. Høyder og volumer vil gjøre at skogen mister morgensolen og gamle Gaustad sykehus mister ettermiddagssolen.

Det er for øvrig uklart for oss hvorfor det er valgt å lage illustrasjonsbilde fra Solvang kolonihager som ikke blir berørt, mens Sognkolonihager som blir sterkt berørt ikke har blitt illustrert.

¹ [Innbyggernes medvirkning i planprosesser - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

3.2 Trafikkpåvirkningen

Som vi har vært inne på ovenfor er det ikke mulig på grunnlag av forslaget å vurdere trafikkpåvirkningen i nærområdet. Trafikkanalysen viser til atkomst via Ring 3, men unnlater å drøfte implikasjonene av økt sykehustrafikk mellom Ring 3 og Oslo sentrum.

En bekymring er at alle som skal til Gaustad er avhengig av å komme dit via Ring 3. Det er et begrenset antall veier som går ut på Ring 3. Korteste rute mellom Gaustad sykehusområde og Oslo sentrum går i dag gjennom boligområder med fartsgrense 30 km/t (Problemveien) og 40 km/t (Sognsveien). Disse veiene er allerede underdimensjonert for dagens trafikk, og vil være særlig uegnet for ambulanser i høy hastighet til/fra Oslo sentrum. Vi mener det må forventes en stor endring av trafikkbildet. Transport til og fra sykehus, med syke mennesker og ansatte med ubekvem arbeidstid vil i praksis ofte foregå med bil.

Sognsveien som i mange tilfeller er korteste trasé, er en liten boliggate, nylig opparbeidet som miljøgate, dvs at den er smal med sykkelstier. Den er også skolevei for mange barn på Ullevål skole. Den passerer forbi Ullevål stadion hvor det ofte er vanskelig å passere på grunn av arrangementer, og mange mennesker som beveger seg over veien på vei til og fra t-banen. Risikoen for ulykker med myke trafikanter vil øke dersom dette blir en vanlig tilkomst for biler til sykehuset og ikke minst ambulansetrykning.

De andre naturlig tilkomstveiene øst og vest for Sognsveien, dvs. Slemdalsveien og Tåsenveien er også mindre veier med mange myke trafikanter og man kan derfor anta at Sognsveien ofte vil bli valgt som tilkomst til sykehuset.

Dersom man går videre med prosjektet ber vi om at det utredes alternativer for økt veikapasitet mellom Gaustad og Oslo sentrum sammenliknet med dagens situasjon, og særlig følgende:

Tunnel mellom Ring 2 og Ring 3:

Et sted mellom Sørkedalsveien i vest og Maridalsveien i øst er det behov for en ny hovedveiforbindelse i tunnel mellom Ring 2 og Ring 3. Mellomliggende veiforbindelser er allerede underdimensjonert for gjennomfartstrafikk; enten pga lav bredde og/eller nærhet til barneskoler. Foruten å ventilere trafikk ut fra Oslo sentrum bør en ny hovedveiforbindelse mellom Ring 2 og Ring 3 planlegges slik at den også tjener som raskeste rute mellom Oslo sentrum og nytt sykehus på Gaustad.

Korteste avstand mellom Ring 2 og Ring 3 er mellom krysset Kirkeveien/Sognsveien (Ring 2) og rundkjøringen ved Domus Athletica (Ring 3) – se vedlagt kartskisse. En tunnel mellom disse to punktene, med kollektivfelt for utrykninger, vil sikre rask og god forbindelse mellom Ring 2 og Gaustad. En slik tunnel vil i tillegg avlaste eksisterende underdimensjonerte veier gjennom det samme området. For øvrig vil en ny veitunnel komme til nytte både ved en utbygging på Gaustad (særlig stort behov), og ved fortsatt drift av Ullevål sykehus (sikre god forbindelse mellom Gaustad og Ullevål). Så vidt Blindern vel kjenner til innebærer bygging av ny vannforsyningstunnel fra Holsfjorden at masse tilsvarende 30.000 lastebillass skal tas ut på et areal rett nord for krysset Sognsveien/Kirkeveien (Ullevål sykehus' grunn). Bygging av ny veitunnel burde kunne koordineres med dette arbeidet.

Nytt veikryss Kirkeveien/Sognsveien:

Et annet mulig tiltak er etablering av nytt veikryss Kirkeveien/Sognsveien. Dersom ny veitunnel som foreslått over ikke er aktuelt, og økt sykehustrafikk dermed legges til Sognsveien, vil denne hemmes vesentlig av utstrakt kødannelse i sørgående retning inn mot krysset Kirkeveien/Sognsveien. Selv på lite trafikkerte dager/tidspunkter er det ofte stillestående kø langt opp mot John Colletts plass. Bakgrunnen er at biler som skal mot venstre i krysset (østover langs Ring 2), som har vikeplikt for motgående trafikk, holder igjen alle biler i samme felt som skal rett frem eller til høyre. Ofte slipper bare én bil gjennom krysset pr grønt lys, og mange venter i 10-15 minutter i kø for å passere. Foruten at denne flaskehalsen medfører unødvendig trafikk i småveiene omkring, vil den være uheldig for ambulansetrafikk. En ny trafikkløsning for krysset Kirkeveien/Sognsveien som løser dette problemet, bør derfor vurderes nærmere.

3.3 Områdets risiko og sårbarhet vil øke

Vi mener at den generelle risikoen og sårbarheten i området vil øke med nye sykehuset. Vi viser til økt trafikk, økt helikoptertrafikk og den økte avhengigheten av Ring 3. Ring 3 er allerede i dag sterkt trafikkbelastet, og vi antar at dette også vil medføre en økt risiko for pasientsikkerheten fordi ambulansetrafikk via Ring 3 lett kan bli forsinket av stillestående trafikk. Hvis man kommer østfra risikerer ambulansene å bli stående i Tåsentunnelen og hvis man kommer fra Sognsveien, må ambulansene først ta østover før de kan snu på

lokket på Tåsen og kjøre vestover. Ofte er det kø i begge retninger samtidig så forsinkelse og farlige trafikksituasjoner må påregnes. Tilkomsten til sykehuset vil bli kunne bli helt hindret dersom Ring 3 sperres ved en ulykke el.l. ettersom dette i praksis er eneste tilkomst.

Selv om byggegrensen fra bekken nå er trukket nærmere bebyggelsen er vi i tvil om den er realistisk. Dette har bl.a. sammenheng med at vi ikke ser hvordan evakuering fra vestsiden skal kunne foregå dersom det ikke er tilstrekkelig plass til at to utrykningskjøretøy kan passere hverandre på veien. Vi ber om at PBE vurderer dette særskilt, både i forhold til sikkerhetsaspektet ved evakuering og forholdet til Gaustadbekken.

3.4 Forholdet til marka og Gaustadskogen

Marka og Gaustadskogen er områder mange i vår krets bruker, også til utflukter med barnehager og skoler. Det er tilrettelagt med rasteplasser og er den viktigste tilkomsten fra vårt område til marka. Forslaget ser ut til å legge mange hindringer i veien for dagens bruk, og dessuten komme tett inntil Gaustadbekkens naturlige løp. Hvis den midlertidige helikopterlandingsplassen kommer i dette området vil den hindre bruk i stor omkrets.

3.5 Støy fra helikoptre

De nye sykehushelikoptrene er svært støyende. Støyforholdene som følger av helikopterlandinger virker uakseptable i et område med så mange boliger.

3.6 Turveibro over Ring 3 må bygges

Blindern Vel har siden det nye Rikshospitalet på Gaustad ble åpnet i 2000, ventet på at turveibroen ved Universitetskrysset som gir en sikker adkomst over Ring 3 for myke trafikanter, skulle bli bygget. Vi protesterte derfor kraftig mot Statsbyggs forslag til omregulering (*PBE sak 201000745 – Turveikryssing av Ring 3, Universitetskrysset*), hvor de i stedet for å bygge turveibroa over Ring 3, ville anlegge en gang- og sykkelvei under Ring 3, i en trasé som krysser flere bilveier i plan. Vi viser til våre brev av 1.06.2015 og 24.08.2016 hvor vi ga en grundig redegjørelse for vår protest mot dette nye forslaget fra Statsbygg og krevet turveibroen bygget.

I reguleringsplanen for nytt Rikshospital på Gaustad (S-3410, vedtatt 04.05.1994), sto det i rekkefølgebestemmelsene at turveibroa over Store Ringvei ved Universitetskrysset skulle være ferdigstilt innen det nye sykehuset ble tatt i bruk, noe som kjent ikke har blitt en realitet. Ved en ytterligere voldsom utbygging på Gaustad vil en bedre og sikrere adkomst over Ring 3 ved Universitetskrysset være viktig av mange grunner, herunder å sikre traseen til turvei B5, hvor turveibroa er et viktig ledd, men også den økte mengde mennesker som skal til og fra området, hvor man må anta at en stor andel vil være myke trafikanter i tråd med byrådets økte satsing på sykkelveier. Ved en ytterligere utbygging på Gaustad vil behovet for en sikker gang/sykkelforbindelse over Ring 3 på stedet derfor være større enn noen gang.

4. PBEs egne innvendinger

Vi vil avslutningsvis påpeke at vi for øvrig slutter vi oss til innvendingene som PBE selv fremmer i høringsforslaget og ber om at Oslo kommune sier nei til forslagsstillers planer om utbygging av Gaustad slik det er fremmet i høringsforslaget.

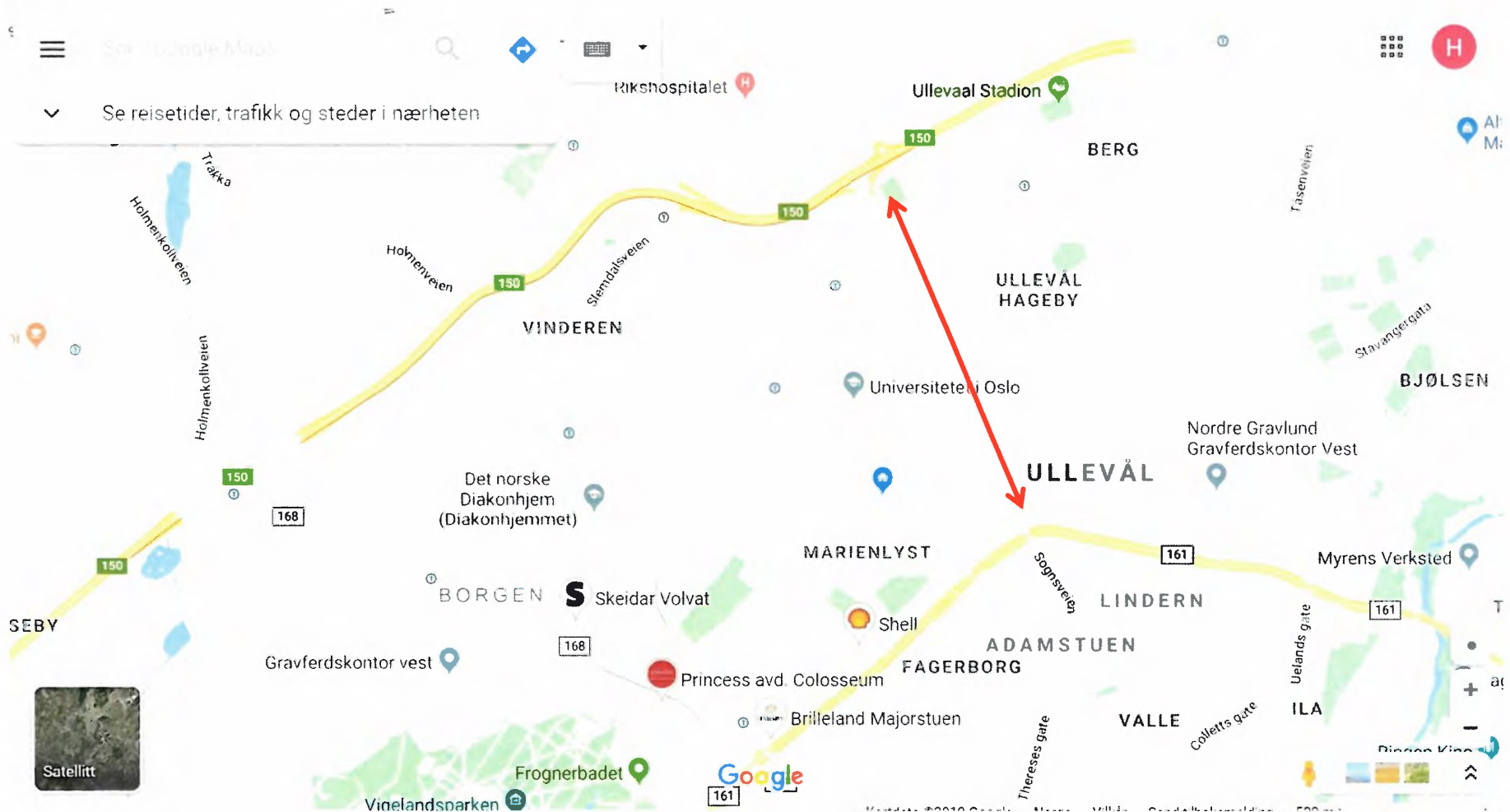
Med vennlig hilsen
for Blindern Vel



Nicolay Vold

Veitunnel mellom Ring 3 og Ring 2

- Korteste avstand mellom Ring 2 og Ring 3 er mellom Domus Athletica (Ring 3) og krysset Kirkeveien/Sognsveien (Ring 2)
- Kan koordineres med arbeidet med ny vannforsyning til Oslo – uttak av masser ved Ullevål sykehus/Ring 2





Fagforbundet Sykehus og Helse, Oslo avd.028

Høringsinnspill til Plan og bygningsetaten, Oslo kommune vedrørende:

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Saksnr:

201704683

Trondheimsveien 235, Aker sykehusområde

Saksnr:

201704677

Oslo, 7.juni 2021

Vi har valgt å sende inn hørings svar for saksnr: 201704683 og saksnr: 201704677 i samme dokument.

Areal

Rikshospitaltomten er ikke tilstrekkelig stor nok til å huse planlagt aktivitet, på en tilfredsstillende måte.

Dette medfører allerede nå en uheldig oppsplitting av funksjoner mellom RH og Aker.

Videre ser vi at det plasseres en stor mengde bygg på Aker tomte og dette resulterer i en voldsom fortetning. Innplassering av bygget til psykisk helse og rus er et godt eksempel på dette.

Det er pr. i dag ikke lagt opp til en samling av hele Groruddalen på Aker sykehus.

Miljø

Det vil rives fullt brukbare behandlingsbygg på Rikshospitalet for så å bygge opp igjen nye bygg på samme areal.

Det er planlagt å gå til innkjøp av eiendom eid av Fredensborg Eiendom AS for å få tilstrekkelig areal på Aker sykehus. Disse leilighetene må rives for å gjøre plass til nye sykehusbygg.

Funksjonalitet

Adkomst til nye Rikshospitalet er etter vår vurdering svært utsatt for forstyrrelser, da eneste adkomst er knyttet til ring 3.

Ring 3 er en sterkt belastet kjørestrækning som ofte resulterer i køer av biler ved avkjøring til Rikshospitalet, dette trafikkbildet vil øke sterkt. Vår erfaring er at pasienten/pårørende som oftest kommer i privatbil/taxi/ helseekspress eller ambulanse.

Dette er spesielt sårbart ved akuttoppdrag og ved større hendelser.

Det vil i hele byggeperioden (ca. 10 til 15 år) være forstyrrende anleggsdrift samtidig med full sykehusdrift med alle de påfølgende problemstillinger dette skaper.

Bygg for psykisk helse og rusbehandling

Dette er planlagt til Aker sykehus, tett opp til ring 3/Sinsenkrysset.

Denne beliggenheten er svært lite gunstig for denne pasientgruppen. støy og luftforhold.

Det planlagte behandlingsarealet er for lite, og tilgang til gode utendørsarealer er for dårlig, denne kombinasjonene er svært viktig i pasientbehandlingen.

Et nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling kan plasseres på Gaustad eller Ullevål tomta.

Med vennlig hilsen

Styret v/ Bjørn Wølsted-Knudsen
Leder
Fagforbundet Sykehus og Helse, Oslo

Høringsinnspill til Plan og bygningsetaten, Oslo kommune fra arbeidstakerorganisasjonene ved OUS vedrørende:

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Saksnr:

201704683

Innledning

Ansattes organisasjoner har deltatt i prosessene fra sykehuset ble dannet i 2009 til dagens dato. OUS har i denne perioden vært foreslått utviklet på ulike måter. I de første forslagene til framtidig utvikling ble Ullevål-tomta pekt på som framtidig tomt for samlokalisering av virksomhet, da bare denne tomten var tilstrekkelig stor til å romme nødvendig bygningsmasse. Det ble igangsatt planlegging av et nytt klinikkbygg, nytt legevakts-bygg, og bygging av nytt akuttmottak. Dette ble åpnet i 2014.

Fra 2013-14 ble planene lagt om til forslag om samling på Gaustad. Det ble forutsatt at den begrensede tomten på Gaustad kunne utvides vesentlig ved at Ringveien ble plassert i tunnel. Det ble laget skisser for en fullstendig samling på Gaustad-tomten, med utvidelse ned mot Blindernveien i sør.

Da det viste seg at Ringveien ikke kunne legges i tunnel måtte planen oppgis. OUS-ledelsen opprettholdt planene om å avhende sykehusanlegget og tomten på Ullevål. En skisserte at denne virksomheten kunne fordeles på en mindre utbygging på Gaustad-tomten i kombinasjon med opprettelse av et nytt lokalsykehus på Sinsen. Ansattes organisasjoner har fremmet innsigelser mot disse planene av flere årsaker:

- De tilgjengelige tomtene er for små til å tillate etablering av tilstrekkelig bygningsvolum med en hensiktsmessig fordeling av virksomhet
- Oppdeling av akuttvirksomheten på Ullevål gir ingen vesentlige gevinster, tvert imot er det en rekke ulemper i forslaget til ny virksomhetsfordeling
- Investeringskostnadene i løsningen er høye, og det er ikke sannsynliggjort at det foreligger vesentlige driftsgevinster i løsningen som kan forsvare de økte kapitalkostnadene som følger
- Plasseringen av anlegget for psykisk helse og rusbehandling på Sinsen er lite hensiktsmessig da tomten er støy-utsatt og tilgangen til utearealer er begrenset
- Skaleringen av de nye sykehusene er basert på forutsetninger om at dagens aktivitet ved Rikshospitalet ikke er i behov av økte arealer i planperioden, samt en betydelig overføring av aktivitet til Oslo kommune og de private ideelle sykehusene i Oslo. Etter alle solemerker vil anlegget ikke inneha tilstrekkelig kapasitet
- De aktuelle tomtene er uegnet for framtidig påregnelig behov for utvidelse

Ved presentasjon av konseptfaserapporten ble en rekke innvendinger anført av ansattes organisasjoner, både i behandlingen i OUS og i behandlingen i Helse Sør-Øst. I styrebehandlingen i Helse Sør-Øst fikk OUS i oppdrag å komplettere konseptfaseutredningen med en rekke tilleggsarbeider. Det ble framstilt i alt 8 rapporter som ble vedlagt konseptfaserapporten som grunnlag for oppstart av forprosjekt-fase. I rapportene ble det avdekket en rekke behov. Det ble imidlertid ikke gjort noen sammenfatning av hvilke konsekvenser funnene ville ha for det samlede areal- og investeringsbehovet. Ansattes organisasjoner anså at det var sannsynlig at en rekke behov ikke ville kunne ivaretas i den skisserte løsningen, og anbefalte at behovene ble innarbeidet, og at

det ble gjort en gjennomgang av hele prosjektet før en gikk videre til forprosjektfase (**se vedlegg**). Dette ble ikke etterkommet. Ansattes organisasjoner i OUS og Helse Sør-Øst har derfor gått imot oppstart av forprosjekt.

I forprosjektet deltar ansatte organisasjoner i en rekke medvirkningsgrupper. Gjennomgående er tilbakemeldingene fra våre representanter at medvirkningsmulighetene er sterkt begrensede. Dette synes å ha sammenheng med at prosjektet er sterkt presset på areal i utgangspunktet. Vi opplever regelmessig at det skisseres kutt i areal som allerede er utilstrekkelig for virksomheten som skal innplasseres.

Generelt

- Virksomhetsmodell

Planene for ny sykehusstruktur er basert på en forutsetning om nedleggelse av Norges største sykehus. Ullevål sykehus er landets mest komplette akutt sykehus. Sentrale behandlings- og beredskapsoppgaver innenfor kirurgiske og medisinske fag er samlokalisert i sykehuset. I tillegg til lokale og regionale akutfunksjoner innehar sykehuset en rekke tilleggsfunksjoner og en relativt betydelig elektiv (planlagt) virksomhet. Ved en nedleggelse av sykehuset vil aktiviteten og kapasiteten som i dag ivaretas av Ullevål måtte flyttes til andre sykehus.

I den foreslåtte løsningen vil sykehusets aktivitet deles opp mellom (i hovedsak) Gaustad og et nytt sykehus på Sinsen. Fordelingen av aktivitet og funksjoner har inntil nylig ikke vært avklart. I forkant av oppstart av forprosjektet fremkom det en rekke ønsker fra ulike fagområder om framtidig plassering. Disse ønskene er ikke innbyrdes avstemt, og det er heller ikke avklart om de lar seg realisere innenfor den totale løsningen.

Sykehusets multitraume-funksjoner er tenkt lagt til Gaustad. Denne virksomheten er avhengig av et relativt betydelig volum med vanlig akuttbehandling som underlag. I planene beskrives det at sykehuset på Gaustad skal ha ansvar for tre bydeler i Oslo. Akuttmiljøet har pekt på at dette volumet ikke vil være tilstrekkelig til å videreføre virksomheten på dagens nivå, og anført at de vil være avhengig av et opptaksområde på om lag 200 000 innbyggere. Det ser ikke ut til at Gaustad er dimensjonert i tråd med dette. I ulike sammenhenger har det vært framført at sykehuset på Gaustad skal tildeles opptaksområde tilsvarende 170 000 innbyggere. Areal og kapasitet som ligger inne i planene nå vil ikke være tilstrekkelig til å ivareta selv dette innbyggertallet. Et vesentlig lavere innbyggertall i opptaksområdet innebærer svekkelse av multitraume-funksjonene i sykehuset.

Enkelte fagområder som i dag er integrert i akutt sykehuset er planlagt plassert på Sinsen. Et eksempel er akutt ortopedi. Dette fagområdet er tett innvevet i multitraume-funksjonene. Om lag 40 prosent av multitraumatiserte pasienter har skader som krever ortopedisk behandling.

Også viktige tilstøtende medisinske behandlingsmiljø og funksjoner er planlagt plassert på Sinsen. Dette gjelder blant annet høyrisiko-isolatene og CBRNE senteret. I den foreslåtte løsningen blir altså de samlede akutt- og beredskapsfunksjonene oppdelt mellom Gaustad og Sinsen. Pasientunderlaget på Gaustad blir lavere enn det i dag er på Ullevål. Det er bred enighet i sykehusets akuttmiljø om at dette vil medføre svekkede akutfunksjoner i sykehuset, og at det vil kunne oppstå uklarhet knyttet til hvilket sykehus akutt og kritisk syke pasienter skal fraktes til.

Hvordan virksomheten ved Rikshospitalet og virksomheten som skal flyttes fra Ullevål skal samordnes i et nytt anlegg på Gaustad er ikke nærmere beskrevet. Det er imidlertid skissert at flyttingen skal medføre reduksjon i antallet vaktlag, og det må da antas at én ser for seg en integrert modell hvor virksomheten ved dagens Rikshospital og virksomheten som skal flyttes fra Ullevål skal ivaretas av sammenslåtte enheter. Denne organisering gir erfaringsmessig ulemper både for de elektive behandlingslinjene og for akutfunksjonene. En større gjennomgang av organiseringen av britiske sykehus har konkludert med at denne virksomhetsorganiseringen er mindre effektiv og dyrere.¹

- **Kapasitet**

Ulike forutsetninger har vært anvendt i beregningene av arealbehov i de nye anleggene.

Forprosjektet er nå basert på Sykehusbygg sin rapport «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» Sykehusbygg september 2018. Rapporten bygger på flere forutsetninger som ansattes organisasjoner anser at er beheftet med mangler og usikkerhet

- Det gjøres rede for at det kun gjøres framskrivninger for «aktivitet som er i bevegelse». Dette innebærer at det ikke er gjort framskrivninger eller vurderinger av økt arealbehov for store deler av sykehusets aktivitet, herunder hele aktiviteten ved dagens rikshospital
- Det gjøres rede for at episoder tilhørende Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus ekskluderes fra beregningsgrunnlaget. Dette innebærer at betydelige deler av dagens behandlingsvolum ekskluderes fra beregningsgrunnlaget
- Det legges til grunn en betydelig effektivisering og reduserte liggedøgn knyttet til ulike endringsfaktorer, hvorav «samarbeid om de som trenger det mest» utgjør det største volumet
- Det er lagt inn effektiviseringsforutsetning for dagens aktivitet ved Rikshospitalet som det ikke er redegjort for

Ansattes organisasjoner anser at alle disse forutsetningene er tvilsomme.

- Dagens aktivitet ved Rikshospitalet er vesentlig høyere enn sykehuset ble skalert for, og i en rekke virksomheter er det allerede i dag betydelig arealmangel i den grad at det medfører svekket pasientflyt. I Helse Sør-Øst sitt opptaksområde ventes det en behovsvekst på om lag 40 prosent fram til 2035, og det er lite trolig at dagens areal ved Rikshospitalet vil være stort nok til å håndtere denne oppgaveveksten
- En ekskludering av episodene fra Lovisenberg og Diakonhjemmet innebærer en betydelig oppgaveoverføring til disse sykehusene. Innenfor intensivfeltet vil det for eksempel innebære at Lovisenberg skal øke fra dagens 2 intensivplasser til 18 i den nye løsningen. De private ideelle sykehusene er ikke informert om disse forutsetningene, og har heller ikke planer som kan muliggjøre en slik overføring. Det fremstår også som lite hensiktsmessig å legge til grunn at disse sykehusene skal ha 100 prosent egendekning, som er konsekvensen av forutsetningene i beregningene. Til sammenligning er egendekningen ved Akershus universitetssykehus i størrelsesorden 60-70 prosent
- Endringsfaktorene som anvendes i sykehusbyggmodellen innebærer en fortsatt nedbygging av sengeplasser sett i forhold til oppgavemengden. Ansattes organisasjoner anser at det er usikkert om dette vil la seg realisere, og videre om det er hensiktsmessig å ha dette som

¹ <http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf>

målsetning. Stortinget har nylig presisert at nedbyggingen av sengeplasser innen psykisk helse skal stanses. I somatikken er det lagt til grunn en betydelig effekt knyttet til «samarbeid om de som trenger det mest» (tidligere benevnt «overføring til kommunen»). Dette er et tiltak med høyst usikkert potensiale. Så langt er det ikke godtgjort i norsk helsetjeneste at tiltaket vil gi effekt i det hele tatt

- Effektiviseringsforutsetningen som er lagt inn for dagens aktivitet ved Rikshospitalet er det ikke gjort nærmere rede for. Ansatte har bedt om redegjørelse for dette uten å ha fått noe svar

Samlet sett anses dimensjoneringsforutsetningene for de nye sykehusanleggene som lite realistiske. Det fremstår overveiende sannsynlig at arealbehovet i de nye sykehusanleggene vil bli høyere enn det som nå er lagt til grunn.

- **Areal**

HSØ har lagt til grunn lavere utnyttelsesgrad og kortere åpningstid (hvv. 85 % belegg på sengepost, vs. 90 % belegg og 8 timer i stedet for 10 timer enn anvendt blant annet ved bygging av Sykehuset Østfold). Prosjektene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare da framskrivningsmetodikken som er anvendt av Sykehusbygg i en rekke ledd legger til grunn at oppgaver som i dag løses av sykehuset skal løses av andre i en ny løsning, jfr. anmerkningene over. Tilbakemeldingen fra tillitsvalgte og ansatte i medvirkningsgruppene gjennomgående en bekymring for manglende areal. Det gjelder manglende areal til pasientbehandling – for eksempel kutt i areal til operasjonsstuer – men dette kommer særlig tydelig fram i form av manglende støtteareal; lagerplass, kontor, grupperom, møterom, ventarealer og garderober. Det er lite plass til lager for operasjonsutstyr i umiddelbar nærhet til operasjon, som er svært viktig for drift, og ikke kan erstattes av såkalte «fjernlager». Det er heller ikke areal nok til noe så grunnleggende som sterilsentral på nye Rikshospitalet. Planen om å frakte utstyr fra sterilsentral på Aker har betydelig risiko for forsinkelser og manglende utstyr.

For kontorareal legges det frem et fastsatt definert areal, og tydelig beskjed om at det ikke er noe rom for å øke dette arealet. Det fremlegges ingen bakgrunnsinformasjon om antall ansatte per kontorplass, eller hva som er standard beregninger om kontorareal i byggeprosjekter for øvrig og sykehus spesielt. Det er også stor bekymring om manglende kontorareal for klinisk forskning. Prosjektledelsen skisserer at behov for kontorfasiliteter skal ivaretas ved «mobilt kontor» og «pasienten i lomma». Det er ikke konkretisert hvordan dette er tenkt innrettet. En rekke funksjoner og oppgaver krever tilgang til sitteplasser i skjermede avsnitt.

Ansattes representanter har fremmet innvendinger mot manglende oversikt og konkrete planer. Endringer i antall kontorplasser, lagerrom og øvrig støtteareal vil kunne medføre svekkede muligheter for å ivareta oppgavene og å drive effektivt. Nye arbeidsformer kan endre behov for støttefunksjoner, men det bør foreligge konkrete og etterprøvbare planer for gjennomføring.

Å planlegge for teknologi som ennå ikke er utviklet er risikabelt. Det er høy risiko for at behovsframskrivningene ikke er korrekte, og at sykehuset kan bli innrettet med en generell arealmangel. Manglende kontor og annet støtteareal vil da forverre situasjonen.

- **Sykehusets utforming**

Utformingen av Nye Rikshospitalet har virksomhet i bygninger med varierende høyde og mange små etasjeplan med liten fleksibilitet og uten gode tverrgående forbindelser. Bygningene er ofte oppdelt

eller ligger adskilt i det bratte terrenget med til dels store avstander og nivåforskjeller. Dette vil gi et sykehus med dårlig logistikk og lite fleksibilitet. Sykeledelsens argumentasjon for at vertikale kompakte sykehus gir effektiv drift baseres på en sammenhengende bygningsmasse med store, likeverdige etasjearealer. Slik byggeplanen ligger nå vil det aldri kunne gi et effektivt og funksjonsdyktig sykehus.

Hele bygningsmassen på Rikshospitalet, både ny og gammel, vurderes ikke samlet. Det gjør planleggingsprosessen uoversiktlig og gir flere store uavklarte problemstillinger som eventuelt kan utsette byggestart eller fordyre prosjektet unødvendig mye. Det kan også medføre byggesøknader for endring av eksisterende bygg.

Plantegningene som det arbeides med i medvirkningsgruppene på nye Rikshospitalet avviker fra plantegningene som presenteres i PBEs fremstilling (se vedlegg).

I tillegg er det behov for tørrskodd overgang til Rikshospitalet fra Livsvitenskapsbygget hvilket ikke lar seg løse.

- **Funksjonalitet**

Tomtene på både Gaustad og Aker er små og trange sett i forhold til behovet. Dermed reduseres mulighetene til å finne de beste løsningene for god og effektiv sykehusdrift, og mulighet for å etablere gode, funksjonelle og fleksible løsninger. Fravær av areal til teknisk mellometasje svekker fleksibilitet i byggene, og gjør framtidige ombygginger og service og utbytting av utstyr vanskelig. En særlig bekymring er knyttet til manglende utvidelsesmuligheter. Det er overveiende sannsynlig at sykehusanleggene vil måtte utvides i de nærmeste tiårene. Tomtene legger ikke til rette for dette. Manglende mulighet for å etablere effektivt buffer- og rokaeareal anses som en vesentlig svakhet. Framtidig rehabiliteringsbehov i sykehusanleggene vil bli krevende og kostbart.

- **Medvirkningsgruppene**

Tillitsvalgte uttrykker gjennomgående manglende reell medvirkning. Prosjektene fastlagte rammer oppgis som det viktigste hinderet for en god prosess. Dette er særlig knyttet til areal, økonomi og det oppsatte tidsskjemaet.

Uavklarte og nye behov forutsettes løst uten justering av rammene. I tillegg reises det tvil om at de identifiserte behovene samlet vil la seg løse, og om hvordan arbeidet som gjøres i gruppene skal sys sammen til slutt. Så langt virker det slik at en endring et sted gir en endring et annet sted uten at konsekvensene vurderes, og uten at man vet hvem som har den totale oversikten. Det etterlyses en helhetlig oversikt og sammenhengende framstilling av nye OUS sin virksomhet.

Følgende punkter trekkes frem:

- det gis liten anledning til å sammenholde eksisterende areal opp mot nye areal for å vurdere helhetlig løsninger
- uoversiktlige forhold med hensyn til hvilken virksomhet som skal være hvor umuliggjør detaljplanlegging rundt funksjonsplasseringer

- det er uavklarte forhold rundt virksomhetsplassering i de ulike etappene
- det er manglende areal til teknisk etasje for røntgenutstyr og annet medisinsk-teknisk utstyr
- det er manglende areal til støttefunksjoner og utstyr på sengeposter, akuttmottak, røntgen og operasjonsstuer
- det er manglende areal for sykehotell
- det planlegges med for få skopi-rom
- det skisseres redusert areal til operasjonsstuer på 500m² ved begge de nye sykehusene uten at det er beskrevet konsekvensene dette vil ha for operasjonskapasitet
- areal til klinisk forskning er ikke tilstrekkelig
- avsatt areal for kontor/ arbeidsplasser er ikke tilfredsstillende

Særskilte emner

- **Akutt/ beredskap / intensiv**

Akuttfunksjoner og beredskap har ikke vært en del av grunnlaget i de opprinnelige målene for nytt OUS og de ideene og konseptene som HSØ har valgt, noe planene bærer preg av. Det til tross for at akutt funksjoner og beredskap er av avgjørende betydning for å kunne ivareta oppgavene sykehuset er tildelt. Øyeblikkelig hjelp står for over halvparten av virksomheten ved Ullevål sykehus. Ullevål er som et stort akutt og beredskapssenter helt sentral i hovedstadsområdet og regionen for å løse utfordringene innen akutt og beredskap. Dette har sammenheng med størrelsen på Ullevål sykehus og opptaksområde og det at Ullevål innehar viktige spesialfunksjoner innen kirurgi og medisin. Akuttsykehuset og beredskapssenteret Ullevål er besluttet lagt ned. Sykehuset splittes i to og skal delvis flytte til Gaustad med en mindre del lokalsykehusfunksjoner og en stor del av regionfunksjonene med mange av spesialfunksjonene innen kirurgi. Hoveddelen av Ullevål sine lokalfunksjoner flytter til Sinsen og hvor hovedtyngden av medisin inkludert en del regionale funksjoner med spesialfunksjoner innen medisin vil bli lagt. Splittingen av akuttfunksjonene med tilhørende spesialområder har vidtrekkende konsekvenser for akuttområdet og beredskapen. Det er fortsatt noe uklart hva som er bestemt for beredskapen, noe som i seg selv burde fått konsekvens for fremdrift gitt den store betydningen beredskapen har for et sykehus av denne størrelsen. Det er ikke foretatt noen risikoanalyse av beredskapen og løsningene, men som er etterlyst lenge både av tillitsvalgte og i linjen. Manglende vurdering av risiko for valgt løsning tilsier at en ikke har oversikt over konsekvenser eller mulighet til å gjøre gode vurderinger av løsning.

I HSØ, prosjektorganisasjonen og medvirkningsgruppene er følgende beslutning lagt til grunn for Nye OUS, og som medfører medisinsk beredskap til Aker og Kirurgisk beredskap til Rikshospitalet.

Kort oppsummert har akuttrapport, fagfordelingsrapport, styresak og til slutt styrevedtak i HSØ lagt følgende føringer [møte 18.februar 2021]:

1. Høysikkerhetsisolat til Nye Aker
2. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) til Nye Aker

3. Behandling av akutte forgiftninger til Nye Aker
4. Trykkammer til Nye RH
5. Traumesenter til Nye RH

Det ble i møtet opplyst at infeksjon og akutte forgiftninger utgjør volummessig den største aktiviteten ved CBRNE. Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin er som navnet sier, en nasjonal tjeneste.

En samling av all CBRNE-aktivitet til en lokalisasjon, vil beredskapsmessig sannsynligvis være å foretrekke. Samtidig lar hele den kliniske aktiviteten ved sykehusene på Aker, Ullevål og Rikshospitalet seg ikke samle ett sted. Det er mange avhengigheter som har ligget til grunn for de løsninger som nå er valgt.

Løsningen som er valgt fraviker det opprinnelige målbildet om samling av regionfunksjoner. Flere regionale funksjoner innen medisin, ortopedi og kirurgi er nå lagt til Aker uten en tydelig vurdering av avhengigheter. Gjennom konkretisering av innholdet i rapportene før igangsetting av forprosjektet nå 1. mars avtegner det seg et bilde hvor det fortsatt er store uløste faglige problemer. I konkretiseringen er fagmiljøer til dels holdt utenfor.

Det er vedtatt å dele beredskapen ved sykehuset. Hele den medisinske beredskapen med infeksjon/høysmitte, CBRNE (Chemical, Biological, Radioactive, Nuclear, Explosive) og forgiftninger legges til Aker. Hele den kirurgiske beredskapen med Traume legges til Rikshospitalet. I dag er all beredskap samlet på Ullevål hvor en over tiår har utviklet kompetanse og kapasitet. Beredskapen har vært testet. Deling av beredskapen i hhv medisinsk og kirurgisk mellom to sykehus har store svakheter og innebærer en betydelig svekkelse. Delt beredskap innebærer uklarhet hvor pasienten skal transporteres, svekket mulighet for å løse oppdrag og problemer særlig ved kombinerte hendelser og det medfører en redusert kapasitet. Det er vanskelig å forestille seg tiltak for å kompensere for den delte beredskapen slik at en kan gi et forsvarlig og godt nok tilbud.

Kirurgisk beredskap og traume er lagt til Rikshospitalet, men ortopedi er i hovedsak lagt til Aker. En har tenkt seg en egen beredskapsordning for traumeortopedi ved RH, men behandling av kompliserte bruddskader skal håndteres på Aker. Dette utgjør et redusert faglig tilbud og en svekket traumekirurgisk beredskap. Det er videre en betydelig svakhet at medisinsk beredskap er lagt til Aker og at en har valgt å legge hyperbar medisin [trykktank] til RH.

Intensivområdet er underdimensjonert i forhold til behovet. I utgangspunktet har HSØ lagt til grunn en framskrivning som legger opp til en betydelig arealreduksjon som følge av overføring av oppgaver. Innen intensivområdet har HSØ beskrevet en betydelig opptrapping av intensivvirksomheten ved Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus. En har i beregninger i HSØ beskrevet at en i planperioden skal mer enn firedoble kapasiteten ved disse to sykehusene ved at begge sykehus skal ha 18 intensivplasser hver, til sammen 36 senger. Det er sendt brev til administrerende direktør ved OUS om dette forholdet (se vedlegg) og hvor en uttrykker bekymring om intensivkapasiteten i Oslo og regionen gitt at Diakonhjemmet og Lovisenberg ikke bygger ut sin intensivkapasitet. Brevet til AD er ikke besvart. Så langt kjenner vi ikke til planer om å øke intensivkapasiteten ved andre sykehus i hovedstadsområdet. En utbygging ved Diakonhjemmet og Lovisenberg av denne størrelsen er u hensiktsmessig og tilsier en ekstrem egendekning. OUS står for en stor del av intensivberedskapen i regionen og er avgjørende for å løse de oppgaver regionen har. Flere sykehus i området har lav

intensivkapasitet og lener seg på OUS for beredskap feks i forbindelse med pandemien. Risiko for en betydelig underkapasitet både for hovedstadsområdet og HSØ innen intensivområdet er stor.

- **Bygging under samtidig drift**

Det vil være krevende med byggevirksomhet på Rikshospitalet parallelt med full operativ sykehusdrift vegg i vegg. Før nye bygg reises skal deler av RH rives som vil medføre en rekke ombygginger, provisoriske tilbygg og organisatoriske tiltak for å kompensere for areal- og funksjonstapet. Ved byggestart vil ulykkesrisiko, driftsstopp, støy, vibrasjoner og støv negativ påvirke personale og pasienter i mer enn 10 år.

- **Forskning og utdanning**

Areal til forskning utgjør samlet sett rundt 1 % av arealene i nybygg ved Nye Rikshospitalet og Nye Aker. Dette arealet er signifikant mindre enn det som benyttes til forskning og utdanning (FoU) i dag. Arealet er for lite til at det nye universitetssykehuset skal kunne utføre sine lovpålagte oppgaver innen forskning og undervisning. I tillegg er det avsatt for lite areal til kontorer. Manglende satsning på areal til klinisk forskning i planlagt nytt sykehusbygg begrenser mulighet for integrering av forskning og pasientbehandling samt mulighet for økning av antall kliniske studier gjennom sykehusets levetid. Planene står i sterk kontrast til anbefalinger og føringer fra Regjeringens Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021), Riksrevisjons rapport (2021) og Oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst (2021). Konsekvenser vil være færre kliniske studier og mindre innovasjon, som igjen vil gå ut over kvalitet av pasientbehandlingen.

Når det gjelder undervisning vil OUS ha for lite areal til å dekke behovet for lovpålagt utdanning. Hvis man kun ser på nybygg, har UiO fått avsatt areal undervisning av ca 850 medisinstudenter per år. OsloMet og Lovisenberg Diakonale Høyskole har derimot ikke fått avsatt areal til sine helsefagutdanninger før etappe 2, men OUS skal likevel dekke undervisningsbehovet til ca 2000 helsefagstudenter og ca 1000 leger i spesialisering ved sykehusene per år. Det er ikke tatt høyde for forventet økning av studieplasser verken i medisin eller andre helsefag ved beregning av areal. Begrenset areal vil kunne påvirke kvalitet av utdanningene og vurderes som risikabelt gitt den økende ressursmangelen av personell innen helsesektoren.

- **Adkomst nye Rikshospitalet.**

Slik tegningene foreligger nå er det knyttet mye bekymringer til adkomst til akuttmottaket på Rikshospitalet. Adkomsten til akuttmottaket blir svært trang og mye kryssende trafikk gir økt risiko for ulykker.

- **Radiologi nye Rikshospitalet**

Hele bygningsmassen på Rikshospitalet, både ny og gammel, vurderes ikke samlet. Det gjør planleggingsprosessen uoversiktlig og gir flere store uavklarte problemstillinger som eventuelt kan utsette byggestart eller fordyre prosjektet unødvendig mye. Det kan også medføre byggesøknader for endring av eksisterende bygg.

Ny og «gammel» røntgenavdeling i nye Rikshospital er ikke planlagt som et sammenhengende areal. Denne tilnærmingen gir redusert mulighet til sammenslåing av vaktlag hvilket er en viktig forutsetning for den økonomiske bærekraften i prosjektet. Mest mulig effektiv drift oppnås først ved grundige vurderinger av flyten mellom gammelt og nytt bygg.

Deler av arealet tiltenkt radiologisk virksomhet er planlagt uten teknisk mellometasje. Dette «låser» bygget og gjør det mindre fleksibelt og fordyrer etablering av medisinskteknisk utstyr.

Planene for utbyggingen av Rikshospitalet imøtekommer behovet for radiologiske behandlingsmodaliteter som trengs i 2030, men det planlegges ikke for arbeidsplasser for personellet som skal arbeide i området. Det er ikke planlagt med tilstrekkelige møterom, granskingsrom, lager og pauserom. Det vil få store konsekvenser for driftsaktiviteten og følgelig også for de tjenester som sykehuset er ansvarlig for overfor Oslo kommune.

- **Avslutning**

Ansattes organisasjoner har stilt seg kritiske til en utvikling av OUS basert på avvikling og salg av Ullevål sykehus. Sykehusets øvrige tomter er mindre, og ikke egnede for å utvikle en så stor bygningsmasse som kreves ved flytting av aktiviteten fra Ullevål. Oppdeling av akuttvirksomheten vil skape problemer med underlaget for de avanserte akutfunksjonene, og manglende samlokalisering av virksomhet vil medføre økt transport av kritisk syke pasienter, og uklarhet om hvor pasientene skal sendes.

De planlagte nye byggene er skalert ved bruk av en framskrivningsmetodikk som forutsetter at en rekke oppgaver skal overføres til andre sykehus og Oslo kommune. I tillegg er det lagt inn forutsetninger om en betydelig effektivisering, særlig innen døgnbehandling i somatikk og psykisk helse, med 22 og 25 prosents reduksjon. Tidlig utskrivning av pasienter med alvorlig somatisk og psykisk lidelse øker belastningen på kommunen og på samarbeidende sykehus. Forutsetningen om at de private ideelle sykehusene i Oslo skal ivareta en betydelig del av aktiviteten som i dag ivaretas av Oslo Universitetssykehus anses som særlig usikker, og ikke egnet. Erfaringene med Helse Sør-Øst sine siste sykehusprosjekter viser at sykehusene bygges med alt for lite areal. Dette svekker effektiviteten og medfører at sykehusene ikke klarer å ivareta oppgavene som forutsatt.

I medvirkningsgruppene kommer det frem at en rekke grunnleggende hensyn og behov – som tilgjengelig støtteareal – ikke er ivaretatt i løsningen. Den faktiske medvirkningen er sterkt begrenset fordi det allerede er fastsatt arealbegrensninger som dikterer løsningsmulighetene. Det er identifisert ulike behov som ikke var kjent i konseptfasearbeidet, disse forutsettes løst ved å kutte i et allerede knapt areal.

Oslo Universitetssykehus er Europas største sykehus. Det foreslås nå en utvikling basert på å legge ned og dele opp den største enheten, å inkorporere deler i bygninger og drift ved Rikshospitalet, og å flytte resten til et nytt sykehusanlegg på Aker. Samtidig skal betydelig aktivitet overføres mellom de omkringliggende sykehusene og til Oslo kommune. Det er krevende å etablere en fullgod oversikt over de samlede effektene av disse særdeles ambisiøse planene. Ansattes organisasjoner er bekymret for at planene som nå er vedtatt ikke i tilstrekkelig grad er gjennomarbeidet. En rekke behov synes ikke å være ivaretatt, og den virksomhetsmessige løsningen er beheftete med betydelige ulemper.

Ansattes organisasjoner anser at det er overveiende sannsynlig at bygningsløsningen som nå er planlagt ikke vil inneha tilstrekkelig areal til å ivareta behovet i 2030/31. Dette har både sammenheng med den anvendte framskrivningsmetodikken og de tilbakemeldingene vi får fra representantene i medvirkningsgruppene. Ansatte organisasjoner er videre bekymret for manglende fleksibilitet i de løsningene som velges, og at tomtene er uegnede for å ivareta kommende behovsøkning.

Fagforbundet Sykehus og helse, Bjørn Wølsted Knutsen

Norsk Sykepleierforbund, Svein Erik Urstrømmen

Den norske legeforening, Anne Marit Wang Førland

Norsk Psykologforening, Birgit Aanderaa

NITO, Jonathan Faundez

Delta, Kajsa Liljefors

Norsk Fysioterapeutforbund, Elizabeth Holtebekk

Utdanningsforbundet, Michael B. Lensing

Fellesorganisasjonen, Beate Heggheim

Norsk Radiografforbund, Eli Benedicte Skorpen

Forskerforbundet, Linda Møllersen

Den norske Jordmorforening, Tonje Stray Høyland

Vedlegg 1; Radiologi

Vedlegg 2; FoU

Vedlegg 3; Protokolltilførsel til fagrapporter før beslutning om forprosjekt

Vedlegg4; Brev til administrerende direktør, OUS Akuttrapport- intensiv dimensjonering



2021 06 02



Høringsinnspill til Protokolltilførsel til Akuttrapport-inten
Høringsnotat regulePBE_FoU_01.06.21_r8 rapporter - 12.10.21sivdimensjonering_2



Slik fremstår tegningen reguleringsplanen

Slik fremstår tegningene i dag

Sogn Kultur- og Historielag

www.sognhistorielag.no

Pb 11, Tåsen, 0801 OSLO

Plan og Bygningsetaten
Pb 364 Sentrum
0102 Oslo
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

SAK 201704683

SYKEHUSOMRÅDET PÅ GAUSTAD, GAUSTADALLEEN 34, OSLO

Sogn Kultur- og Historielag vil først fremheve at Gaustad og Ullevål sykehus er betydelige kulturminneobjekter, og har vesentlige kulturhistoriske verdier knyttet til sin bygningsmasse og omfattende historie. Rikshospitalet fortjener også nærmere omtale i saken.

Gaustad sykehus

Sykehuset på Gaustad ble reist i 1855, tegnet av en av datidens mest kjente arkitekter, Heinrich Ernst Schirmer (1814-1887). Gaustad sykehus eller *Gaustad sindssygeasy* som det opprinnelig het, regnes som Schirmers hovedverk. Sykehuset var et av det mest betydningsfulle arkitektoniske arbeid i Norge på 1800-tallet.

Sykehuset var meget moderne for sin tid, og utgjorde et brudd med de mer lukkede anstalter av bostfengselstypen. Sykehuset ble oppført i upusset tegl som det første bygg i landet med slikt materiale. Bygningene er i det alt vesentlige bevart i sin opprinnelige form frem til i dag, dog noe modernisert interiør og innvendig utforming. Sykehuset ligger fritt i landskapet som et paviljongsykehus, splittet i separate avdelinger. Den eldste delen av sykehuset er symmetrisk dannet, med utgangspunkt i klokketårnet som inngangsparti.

Riksantikvaren fredet sykehusanlegget i 2012. Men nye bygninger som ble reist på 1920- og 1960-tallet, medfører noe ulik vernestatus på enkeltobjekter i området.

Rikshospitalet

Det nye Rikshospitalet sto ferdig på Gaustad i år 2000. Det ble planlagt med høye idealer for pasientenes og de ansattes trivsel under motto «Det humanistiske sykehus» formulert i vinnerutkastet for arkitektkonkurransen. Her skulle arkitekturen bidra til å «bryte ned den vertikale organisasjonens maktuttrykk og søke et lavt horisontalt uttrykk». Idegrunnlaget forutsatte prioriterte verdier som «pasient og personalvennlighet gjennom tomtebeliggenhetens naturlige miljøkvaliteter, ved å benytte en balansert arkitektonisk skala samt å sørge for dagslys i alle oppholds- og arbeidsrom». «Gløtt ut til omgivelser og fellesområder er virkemidler som må utnyttes, et miljø formet av mennesker for mennesker som en levende og vakker by». Den overordnede målsetting var å «skape fysiske omgivelser som inngir tillit og trygghet for de mennesker som bruker sykehuset».

Rikshospitalet fikk da også ifølge Aftenposten 2004 solid skryt i New York Times og trekkes frem der som det beste eksemplet på en ny trend med helsebringende sykehusbygg. I en praktbok om sykehusdesign har det norske nasjonalsykehuset fått

plass over hele forsiden. De første årene etter innvielsen tiltrakk også sykehuset seg den reneste pilgrims strøm av helsearkitekter fra hele verden.

Når Rikshospitalet ble bygget var det en klar forutsetning at sykehuset skulle ha lav (gesims)høyde for å være i samsvar med Gaustad sykehus, visuelt og arkitektonisk. Disse to anlegg har da også tilnærmet lik høyde og størrelse i dag, hvor fløyene peker mot hverandre og samtaler i karakter, form og målestokk. Intensjonen har hele tiden vært at dette skal fortsette for fremtiden. Når planene om å flytte Ullevål sykehus til Gaustad ble utformet, var det derfor førende å legge dette forholdet til grunn for det nye, planlagte sykehuset. Det ble foreslått å legge lokk over ringveien for å opprettholde lav bebyggelse av hensyn til anlegget fra 1855. Veivesenet var imidlertid restriktive til lokk over ringvei og t-bane, og forslaget fra Departementet og Helse-Sørøst ble derfor skrinlagt. Det som ble skrinlagt samtidig, var hensynet til Gaustad sykehus og byggehøyder. Helsemyndighetene kom nå med kvikkfiks løsningen om å bygge i høyden for i det hele tatt å få plass til det nye sykehuset. Glemte var tidligere premisser og føringer i forhold til den tilstøtende, fredede bygningsmasse.

Vi henviser i denne forbindelse til Vestbanestasjonen ved Rådhusplassen. Der ble det i sin tid foreslått å bygge et hotell i 10-15 etasjer ved siden av Vestbanen. Riksantikvaren vendte tommelen ned. Et høyhus kan visuelt detronisere et mindre kulturminneobjekt i umiddelbar nærhet. Både Gaustad og Vestbanen er fredet. Gaustad sykehus fra 1855 i alt sitt omfang står ikke noe tilbake som kulturminne for den enkeltstående Vestbanestasjonen fra 1872.

Det er uholdbart og svært kritikkverdig å neglisjere det tidligere hensyn om lav bebyggelse for nye Ullevål med sin plassering ved siden av Gaustad sykehus.

Gaustad sykehus og Rikshospitalet er i dag tilpasset hverandre i den forstand at de er bygget langs akser i nord-syd retningen. Begge har sidefløyer ut mot øst og vest. På Gaustad *asyl* peker fløyer med to høye etasjer med hjørnetårn mot det nye Rikshospitalet. På sistnevnte, peker raden med pasientfløyer med tre lavere etasjer med tårnmarkering mot det gamle sykehuset. Dette gir et fint samspill med gressplener og trær mellom de to bygningsanleggene. Slikt sett utgjør sykehusmiljøet på Gaustad med *asylet* og Rikshospitalet en arkitektonisk helhet, og må underlegges en samlet vurdering og opplevelse. Det må aksepteres at Rikshospitalet ble tegnet og tilpasset Gaustad sykehus.

Gaustad sykehus er utvilsomt en arkitektonisk perle og et umistelig kulturhistorisk objekt. I vid forstand en meget viktig miljøfaktor for hele byen. Å rive deler av Rikshospitalet og erstatte dette med 50 meter høye tårn, må regnes som kultur- og miljøbrutalisme etter historielagets oppfatning.

Ullevål sykehus

Ullevål sykehus ble tatt i bruk i 1887. Det er Norges største sykehus. Det er utvidet kontinuerlig gjennom alle år, første og annen byggeperiode skjedde alt i 1902-03 og 1912-26. Etter siste krig er det reist en rekke nybygg, blant annet en stor sentralblokk, kirurgi, poliklinikk, laboratoriebygg, nevrologisk og mikrobiologiske avdelinger, for å nevne noen. Ut fra den nærmest kolossale størrelsen på sykehuset

etter norske forhold, er det oppsiktsvekkende at myndighetene vil nedlegge alle helsetjenester på Ullevål.

Historielaget vil alltid slå et slag for å bruke eldre, historiske bygg til sitt gitte formål, det være seg Nasjonalgalleri, museer, kunsthøgskoler, utenriksbygg på Victoria terrasse, m. fl. Et sykehus må naturligvis være tilpasset fremtidsrettede helsetjenester, men Ullevål sykehus har altså fått tilført en rekke nye lokaler og bygninger i vår tid.

Pandemiavdelingen var den første som sto ferdig på Ullevål i 1887. Den var etterspurt med den skarlagensfeber og difteribølge som gikk gjennom byen på den tiden. Nå opplever vi nye pandemier. Ullevål er langt mer skikket med sitt store areal og mange bygninger til å håndtere slike farsotter enn Gaustad, med langt mindre plass til rådighet.

Og hva med branntekniske hensyn. Det er urovekkende om det brenner i et høyhus enn i mange mindre, frittstående bygninger. Hvem skal bære de syke ned alle trapper, brannfolk eller sykehuspersonale? Formentlig er det ikke bare pasienten som skal ned, men også sykesengen og alt utstyr, intravenøst med mer, som er knyttet til en pasient på sykehus. Heisen kan ikke benyttes ved brann.

Rikshospitalet er langt bedre rustet i så måte med sengeposter som er kjedet sammen, slik at det oppnås fleksible postgrenser. (Fløyene som vender mot Gaustad sykehus). Da vil rømningsveiene ved brann foregå horisontalt. Pasienter i senger trilles over til neste sengefløy. Effektiv evakuering for pasienter i senger og rullestoler. Vi må aldri glemme vår historie eller unnlate å lære av den.

Byutvikling

Topografien og bygningsmiljøet er spesielt viktig på Gaustad som ligger på et høydedrag med utsikt sydover, men også mot Ullevål i øst og mot Smestad i vest. Høyhus i dette området vil også være en visuell slagside mot selve Vettakollen, som et av de beste utsiktspunkter vi har i Oslo. Vettakollen er svært verdifull for natur, miljø og turisme.

Ved bygging av Rikshospitalet var en viktig premiss siktlinjer fra Ringveien mot fredete Gaustad sykehus. Derfor ble parkeringshuset senket for ikke komme i konflikt med siktlinjene. Disse siktlinjene blir nå sperret av høye tårnbygg, klart i strid med intensjonene.

Sluttmerknader

Sogn Kultur- og Historielag mener at dagens Rikshospital bør fredes som den står i dag, og vil på det kraftigste advare mot planen om en monsterartet utbygging av det nåværende Rikshospitalet. Hvis noe slikt skulle bygges, vil det være som et knyttneveslag mot idealene som ligger til grunn for det nye Rikshospitalet slik det sto ferdig i året 2000, det humanistiske sykehus med lave bygninger med nær kontakt med naturen og de nye parkanleggene rundt. Slik står sykehuset der i dag. Dertil er argumentasjonen for å bevare sykehuset på Ullevål overbevisende.

Oslo, den 6. juni 2021

Svein Kile

Leder, Sogn Kultur- og Historielag

Hans A Grimelund-Kjelsen

styremedlem

Oslo 7. juni 2021

Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no
Saksnummer 201704683



UTTALELSE I FORBINDELSE MED OFFENTLIG ETTERSYN AV REGULERINGSPLAN FOR GAUSTADLLEEN 34 - GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE

Bunadsgeriljaen består av en paraply av bunader med hovedkvarter i Kristiansund. Bevegelsen har flere undergrupper, hvor den største er Sandessjøen. Her er fødeavdelingen ved sykehuset truet. Så er det Dønna, Brønnøysund, Nesna, Trøndelag og Gjøvik (Innlandet). Alle disse områdene har også andre støttegrupper for sine sykehus. **Det som er spesielt for Bunadsgeriljaen er at vi kjemper for fødetilbudet.**

Vi ønsker derfor å være en bevegelse i tillegg til andre grupper som kjemper for sine sykehus. I Nesna og Namsos er det gjort et unntak. Der kjemper de for utdanningstilbudet sitt. Vi mener dette er innafor siden det er snakk om rekruttering av sykepleiere til sykehusene. Og dette er en del av distriktspolitikken. Selv om vi kjemper for fødetilbud i distriktene, er vi en tverrpolitisk forening.

Bunadsgeriljaen har fra første stund engasjert seg i sykehussaken i Oslo.

NEI TIL NEDLEGGELSE AV ULLEVÅL SYKEHUS OG ET RISIKOFYLT BYGGEPROSJEKT PÅ RIKSHOSPITALET

Vi mener at nedleggelse av Ullevål sykehus vil være uheldig for mange pasienter i hele landet og at løsningene som Helse Sør-Øst planlegger for Oslo Universitetssykehus (OUS) alt i alt gir en dårlig løsning for gravide, fødende og nyfødte, spesielt sett i sammenheng med kostnaden for prosjektet. I tillegg mener vi at byggeplanene, med rokadeprojekt, riving og bygging på det eksisterende Rikshospitalet i 10-15 år vil utgjøre en stor risiko for fødende og nyfødte, spesielt for premature og syke spebarn på nyfødtintensivavdelingen på Rikshospitalet.

JA, TIL EN RETTFERDIG FORDELING AV RESSURSENE I HELSE SØR-ØST

Å legge ned Ullevål sykehus for å bygge nytt ved Aker og Rikshospitalet er unødvendig kostbart og vi ser med bekymring på at økonomien i Helse Sør-Øst vil bli utsatt for store

belastninger som en følge av prosjektene med en kostnadsramme på over 50 milliarder. Siden Helse Sør-Øst drives som et konsern med felles økonomi for alle helseforetakene i regionen vil det å investere over evne i et sykehusområde føre til at det må spares andre steder. Vi ser allerede nå at Helse Sør-Øst prioriterer Oslo Universitetssykehus gjennom å pålegge de øvrige helseforetakene uforholdsmessige krav og byrder. For eksempel er Sykehuset Innlandet og andre sykehus har blitt pålagt store innsparinger – noe som har medvirket til sommerstengte fødeavdelinger. Bunadsgeriljaen har ved å samle forskning og dokumenter som viser hvordan lengre reisevei fører til økt risiko for mor og barn. (Se rapport utarbeidet av Kommunekonsult i samarbeid med Bunadsgeriljaen.

<https://www.kommunekonsult.no/wp-content/uploads/2021/03/Sykehus-nordmore-og-romsdal-hovedrapport-kommunekonsult-2020.pdf>)

Sommerstengte fødeavdelinger er en trussel mot pasientsikkerhet og vi kan ikke akseptere at Oslo prioriteres på bekostning av andre i Helse Sør-Øst.

BEVAR FØDETILBUDET PÅ ULLEVÅL MED ULLEVÅL-TEAM OG ABC-KLINIKKEN

Bunadsgeriljaen vil dessuten bevare ABC-klinikken på Ullevål som er landets mest kjente fødested for naturlige fødsler og frykter at dette viktige tilbudet vil forsvinne dersom Ullevål blir lagt ned og virksomheten ved sykehus skal inn på to tomter som flere uavhengige rapporter har pekt vil være for små til at det blir plass til alt virksomheten det er behov for. Et tilbud som det som finnes ved ABC-klinikken vil fort kunne bli salderingspost. Det er enormt viktig at denne klinikken både styrkes og består. Vi er også opptatt av å bevare og fødetilbudet på Ullevål generelt. Også den unike og viktige enheten Ullevål-team som er et tilbud til gravide og eventuelt partnere med ulike spesielle utfordringer i svangerskapet som psykiske vansker, rus og/eller en vanskelig livssituasjon har vært truet av nedbemanning og avvikling. Vi er svært bekymret for økonomien i dagens planer og at innsparinger til nye bygg vil gå på bekostning av noen av de aller svakeste pasientgruppene som disse kvinnene og deres barn representerer.

RISIKOEN FOR FØDENDE OG NYFØDTE VED RIKSHOSPITALET I BYGGEPERIODEN ER UAKSEPTABEL

I fjor høst publiserte Aftenposten en rekke artikler knyttet til sårbarheten for de aller minste av våre nyfødte knyttet spesielt opp mot Rikshospitalet. 140 ansatte varslet om 31. august i et brev til ledelsen om forholdene ved avdelingen som var for trang

<https://www.aftenposten.no/norge/i/MRMJkE/ansatt-opproer-paa-rikshospitalets-nyfoedtintensivavdeling-det-foeles-s>. De ansatte opplevde at trange forhold med støy og stress medførte en stor risiko for pasientene. Bunadsgeriljaen mener at det vil være

uforsvarlig å ha fødende og syke, for tidlig fødte som pasienter på Rikshospitalet når det nå

planlegges en omfattende rocade og riving før nye bygg kan settes opp. Dette vil føre til en ytterligere presset situasjon i allerede trange forhold. Overlege Atle Moen slo alarm om hvordan stress og støy påvirker de aller minste barna svært negativt.

I en kronikk i Aftenposten 4. august

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/kJAxkQ/uetiske-forhold-paa-rikshospitalets-nyfoedtavdeling-atle-moen> 2020 skrev Moen:

Rikshospitalets nyfødtavdeling har kanskje landets minst funksjonelle lokaler for å dekke behovene til syke nyfødte og deres foreldre. Samtidig har avdelingen ansvaret for behandling av de aller sykeste barna i Norge(...)

Gjennom de siste 10–15 årene har antall døgn med intensivbehandling steget kraftig, og pasientene er ikke sjelden under intensiv behandling gjennom uker og noen ganger måneder.

Dette representerer en stor fysisk og psykisk belastning for sårbare barn med en hjerne i rask utvikling. Barnet behøver ro og fysisk og psykisk skjerming, men i stedet eksponeres de mer eller mindre kontinuerlig for stress og støy fra omgivelser hvor behandling av et like sykt barn pågår i nabosengen mindre enn to meter unna.

Avdelingen er nesten ubeskrivelig trang. Og her skal helsepersonell gi høyteknologisk behandling ved bruk av avansert og til dels støyende medisinsk utstyr, foreldre gi støtte og omsorg og barnet utvikle seg og få erfaringer med livet som noe som er meningsfullt, og ikke kun består av smerter, angst og stress. Ansatte strekker seg svært langt for å gjøre livet best mulig for barna, men rammene setter begrensninger som ikke lar seg overskride

Topp behandling uten rammeverket

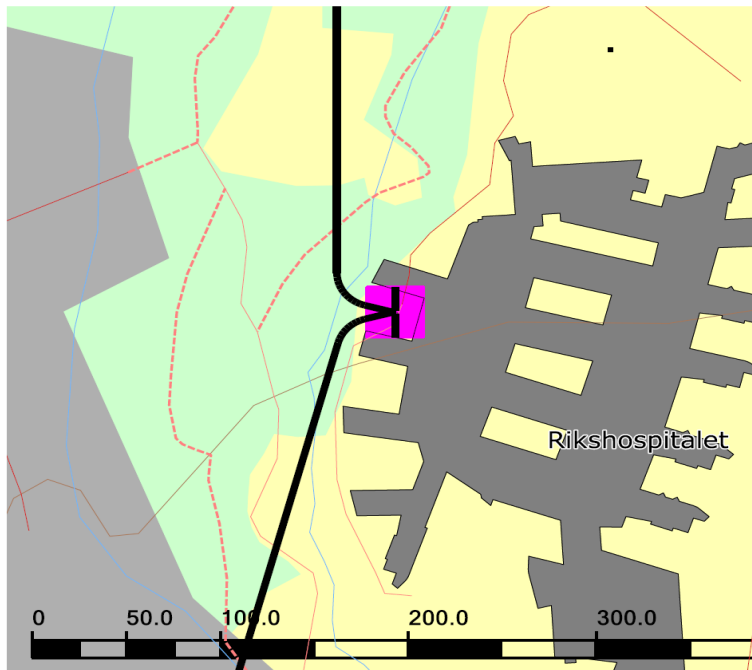
Vi har solid faglig dokumentasjon på at eksponering av nyfødte for kronisk stress og smerte kan gi alvorlige konsekvenser for helse og utvikling både på kort og lang sikt.

I 2012 rettet både barneombud og presse oppmerksomheten mot forholdene i avdelingen. Det ble lovet bedring bare man fikk på plass et nytt sykehus. Per i dag sies det at det vil skje i 2028, 16 år etter at barneombud og presse var på besøk. Det ble nylig etablert to skjermede plasser på enkeltrom, men fortsatt ligger 16 av 20 senger i arealer uten tilstrekkelig mulighet for skjerming og ro.

I løpet av de neste åtte årene skal 5000 alvorlig syke barn med foreldre tilbringe 50.000 behandlingdøgn i en avdeling som leverer avansert medisinsk behandling i internasjonal toppklasse. Men det gis ikke mulighet

til å skape en fysisk ramme rundt behandlingen som støtter barnets egen utvikling, og lindrer og reduserer belastningen ved langvarig intensivbehandling.

Nå vet vi at de nye sykehusebyggene på Rikshospitalet ikke vil stå ferdig før tidligst i 2030 og at det under disse trange og kritikkverdige forholdene i tillegg skal bygges massivt. På toppen av dette planlegges det en midlertidig elevert helikopterlandingsplass som nærmeste nabo til fødeavdelingen og nyfødtintensivavdelingen. Der også de nye redningshelikoptrene AW01 SAR Queen skal lande.



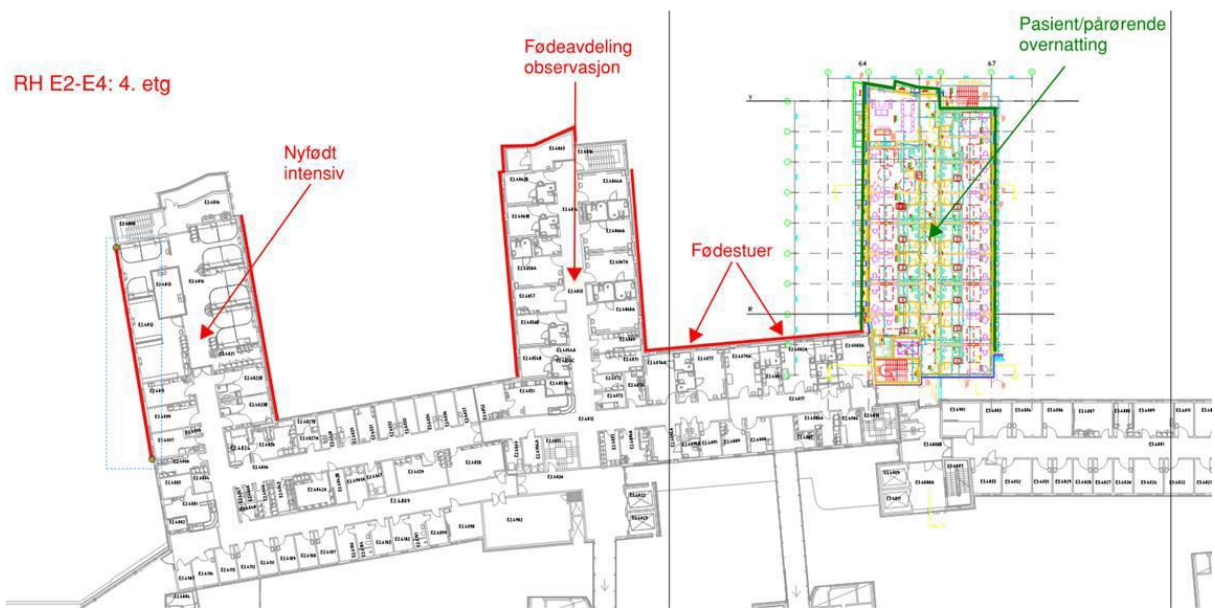
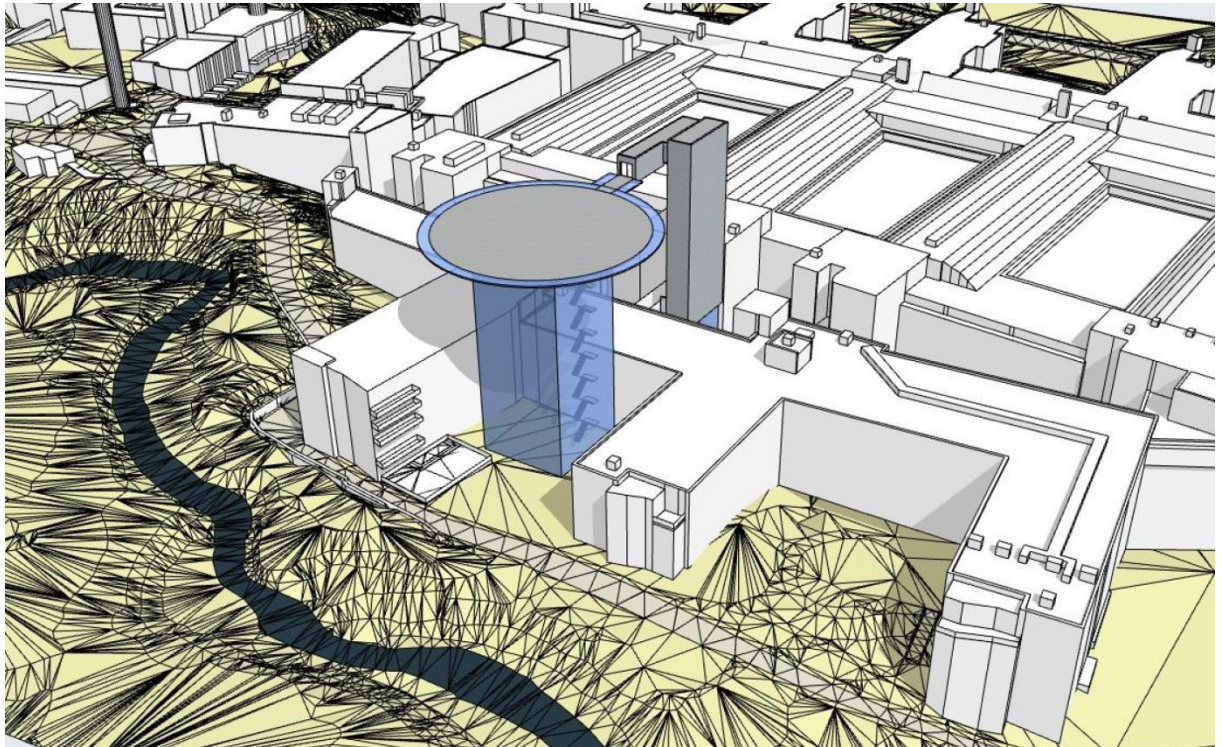
Figur 2-1 Landingsstraséer for AW-101.

Den



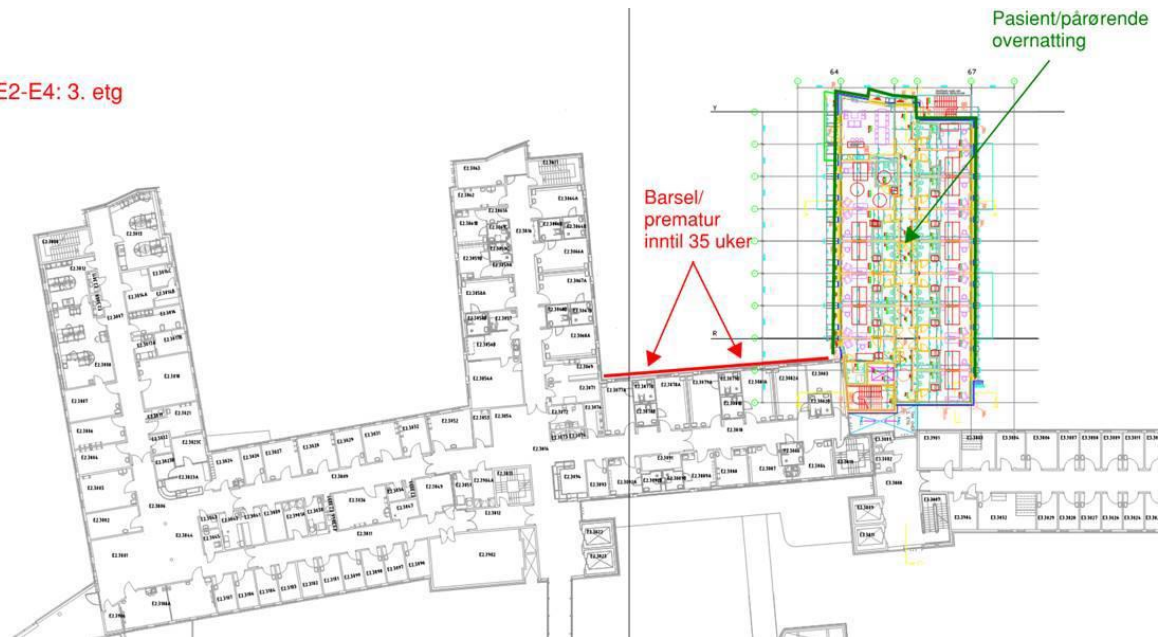
midlertidige landingsplassen for helikoptre er planlagt lagt innimellom fødeavdeling og nyfødtintensiv: Det er også det midlertidige akuttmottaket med ambulansemottak som skal bygges inn i et av atriene som er nærmeste nabo.

Illustrasjonene er hentet fra presentasjon i medvirkningsgruppe for Forprosjekt rocade før riving C1 Rikshospitalet, Nye OUS fra 27. mai 2021.06.07



Det blir overflyvning av disse avdelingene som helipaden skal plasseres midt innimellom.

RH E2-E4: 3. etg



I et intervju med Aftenposten 17. august 2021

<https://www.aftenposten.no/norge/i/9vydxw/overlege-stress-stoey-og-uro-gjoer-at-noen-syke-nyfoedte-paa-rikshospita> står følgende om hva som kan bli konsekvensene av støy og stress for de aller minste.

– Blir psykotiske

– De siste tre–fire årene har vi forstått at noen barn under langvarig intensivbehandling i vår avdeling utvikler det som i voksenmedisinen er kjent som intensiv delir. Det er en tilstand hvor pasienten blir agitert og psykotisk, får høy feber og generelt fremstår som alvorlig syk, sier overlegen.

Han mener årsaken er sammensatt, men peker på to sentrale faktorer: langvarig bruk av sterke smertestillende og beroligende medikamenter samt kronisk stress og smerte.

– Det viktigste tiltaket for å forebygge og behandle delir er derfor skjerming og lavest mulig dosering av smertelindrende og angstdempende medikamenter. I stedet har vi i noen situasjoner måttet gi barnet antipsykotiske medisiner som hverken er utprøvd eller ment for bruk hos spedbarn, sier Atle Moen.

Han legger til:

– Mange for tidlig fødte barn får hyppige pustestoppfall og behov for mer oksygen når de opplever stress og uro. Barn med alvorlig medfødt hjertesykdom blir også ustabile i blodtrykk og puls og trenger mer medisiner og støttebehandling enn hva de ellers ville hatt behov for. Når vi lykkes med å redusere stress og uro, ser vi ofte at barnet stabiliseres

Vi kan ikke se at pasientsikkerhet for fødende og nyfødte – spesielt for premature og syke spebarn i tilknytning til byggeprosjektet og plassering av midlertidig helikopterplattform og akuttmottak er konsekvensutredet eller omtalt i ROS-analysen. Dette er en alvorlig mangel ved reguleringsforslaget som er ute til offentlig ettersyn.

Etter Bunadsgeriljaens syn vil en slik plassering av uansett være for risikofylt.

På bakgrunn av det overnevnte mener vi at reguleringsplanen må avvises og at det i stedet må utredes et alternativ der Rikshospitalet fortsetter med dagens virksomhet, Ullevål utvikles som akuttsykehus og Aker bygges som lokalsykehus for hele Groruddalen samlet. Dagens planer gir ikke en holdbar løsning for fødende kvinner og deres barn, hverken i byggefasen på Rikshospitalet eller i regionen forøvrig og vi frykter konsekvenser for økonomien i hele Helse Sør-Øst. Som nevnt innledningsvis er vi også opptatt av at de fødeavdelingen på Ullevål med ABC-klinikken og Ullevål-team består.

7. juni 2021

Bunadsgeriljaen

Anja Solvik
Daglig leder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.22:16
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RCHZ
Innsendt av: Are Christoffer Saastad
E-postadresse: are@reform.no
Mobilnummer: 91724293

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Stiftelsen Gaustadklubbens fond advarer mot nedleggelsen av Gaustad sykehus og reduksjonen i det framtidige sengetilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i hovedstadsregionen.

En nedleggelse av Gaustad sykehus vil være et svært stort feiltrinn. Gaustad er landets eldste psykiatriske sykehus, med sammenhengende drift fra 1855. Stedet har en unik nærhet både til naturen og til byen, og har enorme utviklings- og utbyggingsmuligheter.

Å frata dette området fra pasientgruppene det er bygget for, vil ha stor betydning for mennesker i dype livskriser, som trenger omgivelser som kan hjelpe i behandlingen.

Det er også slik at en videreføring av de foreliggende planene vil kollidere med de sterke verneinteressene knyttet til Gaustad sykehus og området rundt, og i praksis vil sette til side en rekke innvendinger fra antikvariske faginstanser.

I løpet av det siste året er det blitt stadig klarere at bygningsmassen som planlegges på Nye Aker (Aker sykehusområde) står i grell kontrast til Gaustad sykehus' kvaliteter. Mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblematikk vil her bli plassert i et stort og tett bygningskompleks, og nærområdet de tilbys å gå tur i, er Sinsenkrysset og dets omgivelser.

Store deler av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i OUS skal legges til den nederste delen av Aker-området. Utearealet for denne delen av anlegget vil befinne seg i et inngjerdet område, tett inn mot Dag Hammarskjølds vei (Ring 3), som er sterkt trafikkbelastet.

I tillegg skal det benyttes en del gammel bygningsmasse på Aker, som



Refstad-anlegget og Bygg 12. Her vil ikke fordelene med nye bygg, som utbygger er opptatt av, ha relevans. Noen vurderinger går ut på at Bygg 12 er helt uegnet for pasientgruppen.

De foreliggende planene betyr en kraftig nedbygging av sengekapasiteten innen psykisk helsevern i hovedstadsregionen. Vi kjenner ikke til at det finnes noe faglig eller epidemiologisk grunnlag for at en videre nedbygging av sengetallet er forsvarlig. En rekke faglige eksperter mot konsekvensene en videre nedbygging av sengekapasiteten vil gi. En krisesituasjon som koronapandemien har effektivt avdekket omfattende mangler i det psykiske helsetilbudet til befolkningen. Det er et meget dårlig svar på denne og kommende kriser, å øke nedbyggingen.

Vi ser det som særlig kritikkverdig at Oslo universitetssykehus ikke har avklart entydig hvor tallmessig stor reduksjonen i sengekapasitet blir, etter en samling på Nye Aker. Uavhengige utregninger gjort av faglige tillitsvalgte viser derimot at samling på Nye Aker vil innebære en sengetallsreduksjon på mellom 20 og 30 %. En reduksjon i en slik størrelsesorden vil kort og godt kunne gi en kritisk situasjon for det samlede behandlingstilbudet i Oslo.

Det er også på det rene at antallet ansatte i Klinikk for psykisk helse og avhengighet (KPHA) må reduseres med et stort antall årsverk for å få plass i lokalene på Aker. Dette har også sammenheng med den hardhendte innsparingsplanen i OUS. I sykehusets økonomiske langtidsplan er det for KPHA snakk om en reduksjon på 191,4 årsverk innenfor døgndrift og på sengeposter. En slik reduksjon er ikke mulig uten at det går på bekostning av pasienttilbudet.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) har i vår kommet med to rapporter om helsebygg innen psykisk helsevern. I utredningene er trivsel en viktig komponent:

"Arkitektonisk utforming, innredning, fargebruk og lys- og lydforhold inngår i et helhetlig behandlingsmiljø. Vi trenger gode lokaler å bli friske i. Like viktig som innemiljøet, er tilgang til uteområder og beroligende omgivelser".

Gaustad sykehus representerer en unik verdi, nettopp bygget med hensikten å bidra til sinnets helse. Dersom sykehusets nedlegges for gruppene det er ment for, forsvinner også store deler av meningen med sykehusanlegget.

Resultatet vil være at både brukere av stedet, og Norge som kulturnasjon vil tape.

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (2021.06.07 Høringsuttalelse fra Stiftelsen Gaustadklubbens fond.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret

Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret



Organisasjonsnr. 996838250
Firmanavn Stiftelsen Gaustadklubbens Fond
E-post mariane.sandholdt@gmail.com

Avsender: Stiftelsen Gaustadklubbens fond

Sak til offentlig ettersyn: Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde/ Trondheimsveien 235, Aker sykehusområde

Stiftelsen Gaustadklubbens fond er en uavhengig stiftelse som arbeider for det døgnbaserte behandlingstilbudet innen psykisk helsevern, med et særlig fokus på bevaring av Gaustad sykehus.

I forbindelse med planene om Nye Oslo universitetssykehus (OUS), skal det foretas store forflytninger og omrokninger på det somatiske fagfeltet i Oslo. Stiftelsen Gaustadklubbens fond ønsker i denne sammenheng å rette særskilt oppmerksomhet mot utbyggingens følger for Gaustad sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det framtidige sengetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblematikk i hovedstadsregionen.

Gaustads unike kvaliteter fratras pasientene

En nedleggelse av Gaustad sykehus vil være et svært stort feiltrinn. Gaustad er landets eldste psykiatriske sykehus, med sammenhengende drift fra 1855. Stedet har en unik nærhet både til naturen og til byen, og har enorme utviklings- og utbyggingsmuligheter, både til dagens drift, og til en drift tilpasset moderne krav.

Å frata dette området fra pasientgruppene det er bygget for, vil ha stor betydning for mennesker i dype livskriser, som trenger omgivelser som kan hjelpe i behandlingen.

Det er også slik at en videreføring av de foreliggende planene vil kollidere med de sterke verneinteressene knyttet til Gaustad sykehus og området rundt, og i praksis vil sette til side en rekke innvendinger fra antikvariske faginstanser. Dette vil ha særlig betydning for pasientene på sykehuset, men også ringvirkninger langt ut over dette.

Fra Gaustad til Sinsenskrysset

I løpet av det siste året er det blitt stadig klarere at bygningsmassen som planlegges på Nye Aker (Aker sykehusområde) står i grell kontrast til Gaustad sykehus' kvaliteter. Mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblematikk vil her bli plassert i et stort og tett bygningskompleks, og nærområdet de tilbys å gå tur i, er Sinsenkrysset og dets omgivelser.

Store deler av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i OUS skal legges til den nederste delen av Aker-området, der boligblokkene ligger i dag. Utearealet for denne delen av anlegget vil befinne seg i et inngjerdet område, tett inn mot Dag Hammarskjølds vei (Ring 3), som er sterkt trafikkbelastet.

I tillegg skal det benyttes en del gammel bygningsmasse på Aker, som Refstad-anlegget og Bygg 12. Her vil ikke fordelene med nye bygg, som utbygget er opptatt av, ha relevans, som mulighet til automatisering av støttestrukturer og å lage romfordelinger som er spesifiserte for psykiatriens behov. Planene for ombygging av Bygg 12 er for øvrig ukjente, på tross av at det planlegges å legge 43 senger hit. Bygget tilbyr i dag begrensede aktivitetsarealer. Mange sengerom i bygget vil måtte benyttes som dobbeltrom for å komme opp i tilstrekkelig antall senger. Antakelsen om at man kan planlegge med 43 senger er med andre ord sannsynligvis feil. Noen vurderinger går ut på at Bygg 12 er helt uegnet for pasientgruppen.

Redusert bemanning og sengekapasitet

Viere betyr de foreliggende planene en kraftig nedbygging av sengekapasiteten innen psykisk helsevern i hovedstadsregionen. Denne har allerede gjennom mange år blitt sterkt redusert. Vi kjenner ikke til at det finnes noe faglig eller epidemiologisk grunnlag for at en videre nedbygging av sengetallet er forsvarlig. Tvert om advarer en rekke faglige eksperter mot konsekvensene en videre nedbygging av sengekapasiteten vil gi. En krisesituasjon som koronapandemien har effektivt avdekket omfattende mangler i det psykiske helsetilbudet til befolkningen. Det er et meget dårlig svar på denne og kommende kriser, å øke nedbyggingen.

Vi ser det som særlig kritikkverdig at Oslo universitetssykehus ikke har avklart entydig hvor tallmessig stor reduksjonen i sengekapasitet blir, etter en samling på Nye Aker. Uavhengige utregninger gjort av faglige tillitsvalgte viser derimot at samling på Nye Aker vil innebære en sengetallsreduksjon på mellom 20 og 30 %. En reduksjon i en slik størrelsesorden vil kort og godt kunne gi en kritisk situasjon for det samlede behandlingstilbudet i Oslo.

Det er også på det rene at antallet ansatte i Klinik for psykisk helse og avhengighet (KPHA) må reduseres med et stort antall årsverk for å få plass i lokalene på Aker. Dette har også sammenheng med den hardhendte innsparingsplanen i OUS. I sykehusets økonomiske langtidsplan er det for KPHA snakk om en reduksjon på 191,4 årsverk innenfor døgndrift og på sengeposter. En slik reduksjon er ikke mulig uten at det går på bekostning av pasienttilbudet.

Betydningen av helsebygg innen psykisk helsevern

Vi vil henlede Plan- og bygningsetatens oppmerksomhet på Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), som i vår har kommet med to viktige rapporter om helsebygg innen psykisk helsevern. I utredningene er trivsel en viktig komponent. Ukom skriver blant annet dette:

"Arkitektonisk utforming, innredning, fargebruk og lys- og lydforhold inngår i et helhetlig behandlingsmiljø. Vi trenger gode lokaler å bli friske i. Like viktig som innemiljøet, er tilgang til uteområder og beroligende omgivelser".ⁱ

Dette er velkjent kunnskap, som likevel lenge har vært nedvurdert i planleggingen av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk. Gaustad sykehus representerer en unik verdi, nettopp bygget med hensikten å bidra til sinnets helse. Dersom

sykehusets nedlegges for gruppene det er ment for, forsvinner også store deler av meningen med sykehusanlegget.

Resultatet vil være at både brukere av stedet, og Norge som kulturnasjon vil tape.

Oslo, 7. juni 2021

Mariane Sandholdt /s/
styreleder

ⁱ <https://ukom.no/forside/nyheter/legger-ram-to-rapporter-om-helsebygg-i-psykisk-helsevern/?fbclid=IwAR0bUm4zACeh0h1BGTkeXaQqeng-jkHv4cJhkyVIHrviVU-JGfWAjXG9fE>



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:33
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-REPZ
Innsendt av: Mari Oktava Hansen
E-postadresse: sykehusbarnkomiteen@lovemammaene.no
Mobilnummer: 95155029

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Ligger vedlagt.
Last opp eventuelle vedlegg Høringsinnspill fra Lovemammaene (Høringsinnspill 7.6.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Lovemammaene
Adresse Bølerlia 6
Postnummer 0691 OSLO
E-post sykehusbarnkomiteen@lovemammaene.no

Løvemammaenes sykehusbarnkomité ønsker å fortelle om pasientperspektivet ang. reguleringsplanene for Gaustad sykehusområde og Aker sykehus.

Løvemammaene er en diagnose uavhengig organisasjon som jobber med å opplyse om og forbedre syke og funksjonshemmede barn og unges rettigheter i Norge.

Vi mener at de nye reguleringsplanene for sykehusene i Oslo kan få fatale konsekvenser for våre syke og funksjonshemmede barn hvis ikke de blir gjennomgått grundig og man har pasientene i fokus.

Hvis man ser på planene, så er det lagt opp til at det skal bli høyblokker på nye Gaustad sykehus. Om det skulle begynne å brenne i høyblokka, hvor f.eks. nyfødintensiven ligger i 7. etasje, vil heisene stoppe og man må benytte seg av trapper (så fremt de ikke brenner), da vil det ikke være så lett å få fraktet alle de små barna (med alt utsyr) ned 7. etasjer for å kunne evakuere. Dette ser vi på som svært skremmende og helt uforsvarlig.

En annen ting ift. til høyblokken og heisene, er at om det skulle komme en pandemi eller en epidemi så vil heisene potensielt kunne være rene smittebomber. Dette kunne vært redusert ved at det er lave blokker slik at flere har muligheten til å ta trapper, eller at dit vedkommende er på vei er på bakkeplan. Vi forventer at Norge har tatt lærdom av pandemien som rammet hele verden i 2020. Vi bør være takknemlige for Ullevål sykehus som i sin tid ble bygget på grunnlag av å skulle kunne forhindre at smitten spredde seg.

Vi ønsker også å peke mot de kronisk syke barna som bor i Oslo, og hvor viktig Ullevål sykehus har vært for dem og deres familier. At de kronisk syke barna også skal måtte dele sykehus på Rikshospitalet som er landsdekkende for alle Norges barn som er i behov av spisskompetanse. Vi i Løvemammaene har mye egenerfaring over Oslo-barna, og sett gunsten med å ha spesialister på to sykehus og har svært sjeldent vært bort i dårlig kommunikasjon sykehusene imellom, det er heller motsatt. Vi vet at sykehuspersonell på Rikshospitalet og Ullevål i mange titall år har samarbeidet godt.

Vi vet allerede at det ikke vil bli mulighet for ytterligere utbyggelser på Gaustadtomten. Dette anser vi som svært bekymringsverdig for Norges hovedstad da antall innbyggere kommer til å øke betraktelig med årene som kommer. Vi vet også at det er mange muligheter for utbyggelser på Ullevåltomten, og finner det derfor vanskelig å forstå hvorfor man bevist skulle ta bort den muligheten.

I vårt skriftlig innspill tok vi opp reisevei og barnesykehus. Dette er utdrag fra innspillet: «Løvemammaene har i tidligere høring tatt opp bekymringen for reiseveien i Oslo hvis det gjennomføres sammenslått sykehus på Rikshospitalet/Gaustad. De som bor i Oslo og tilhører Ullevål har flere alternativer å kjøre når de skal på sykehuset. Til Gaustad er det kun en vei å velge, og som allerede er en presset vei i rushtrafikken. I tillegg kan det det få fatale konsekvenser ved akutte situasjoner hvis trafikken står. Barn med store og kompliserte tilstander har som kjent mye pakking med seg, selv på dagsopphold og logistikken rundt det er både tidskrevende og massiv så det å måtte legge på masse ekstratid pga. trafikken er svært uheldig for disse familien. Og hva med når det er full stopp i trafikken? Legene og avtalene har ikke tid å vente. Vi anser at dette kommer til å bli en stor belastning for hele Oslo, og ser ikke det som gjennomførbart med mindre man bygger nye veier.

Løvemammaene mener sterkt at det er på tide at Norge etablerer et barnesykehus, som naturlig nok bør ligge i Oslo. Ved å beholde Ullevål sykehus og Ullevåltomten gir det mye potensiale til å opprette det. Sverige, Danmark og Finland har barnesykehus og det føles urimelig å skulle prøve å

sammenligne Norge med Island, som ikke har et barnesykehus, og med en totalbefolkning som er mindre enn halvparten så stor som Oslos befolkning. I Norge mangler vi også viktige kompetansesenter som f.eks. barnepalliasjon og for barn uten verbaltale med behov for alternative språk. Dette kunne altså enkelt løses på et barnesykehus og få mest mulig på samme sted. Det vi med sikkerhet vet er at det ikke er plass til å bygge et barnesykehus på Gaustad, og det er ikke direkte fornuftige fremtidsutsikter – at Norge aldri skal få et barnesykehus.»

Vi har vært skeptiske til dette prosjektet i lang tid, og opplever ikke at vi får gode nok svar om hvorfor det skulle være et bedre alternativ å rive Ullevål og bygge høyblokker på Rikshospitalet, enn å ruste opp Ullevål og bevare muligheten til at hovedstaden vår har to fantastiske sykehus med mulighet for å endelig kunne opprette et barnesykehus.



Uttalelse til sak 201704683 reguleringsplan for Gaustad Sykehusområde

Naturvernforbundet Oslo Nord vil fraråde OUS planer om en større utbygging av det nåværende Rikshospitalet på Gaustad.

Området er for lite til å kunne romme de ønskede funksjonene uten å medføre betydelige ødeleggelser av natur og kulturverdier i og rundt området slik vi, Forgnervassdragets Venner og andre har påpekt. Dette har vi også sammen med bl.a. Vel-foreninger og Fortidsminneforeningen i brev form formidlet til styret i Helse Sør-Øst, se vedlegg.

De fremlagte planene gjelder byggetrinn 1. Et byggetrinn 2 vil medføre ytterligere ødeleggelser, og press på Markagrensen og Sognsvannsbekken. F.eks er det ikke usannsynlig at "sikkerhetshensyn" dukker opp og trumfer gjennom en alternativ trase for ambulanse over Sognsvannsbekken.

Vårt standpunkt er at OUS må velge andre mer egnede områder for å få realisert sine behov.

Oslo 7. juni 2021

Åke Hartmann
Leder

Til Styret i Helse-sør-Øst
Kopi Helseminister Bent Høie

Det er ingen skam å snu!

Stans planleggingen av gigantsykehus! Bevar miljøet på Gaustad!

Helse Sør-Øst (HSØ) ønsker å samle og utvikle sine sykehusfunksjoner. I utgangspunktet har de villet videreutvikle Rikshospitalet på Gaustad med utgangspunkt i en tomt som strakk seg sydover langt over Ring3. Veivesenet har imidlertid satt foten ned for å legge Ring 3 i tunnel, og derfor må sykehuset begrenses til området nord for Ring 3.

Likevel vil HSØ bygge like mye på dette området, som i syd er begrenset mot Ring 3, i vest mot Sognsvannsbekken, i nord mot veier og etablert småhusbebyggelse og i øst mot det fredete Gaustad sykehusområde og Solvang Hagekoloni.

For å få plass til alt blir bygningene voldsomt høye og bryter opp Oslos grønne åsside i strid med kommuneplanen, fører til flere alvorlige brudd på miljøet rundt og setter press på Markagrensa! Det vil gå ut over

Friluftslivet

Området vest for Sognsvannsbekken er et fredet grøntområde som brukes hele året til rekreasjon, trening og som inngang til Nordmarka. Skiløypene er preparert helt ned til Rikshospitalet og fortsetter videre ned til Blindern.

Skoler bruker turveien opp langs Sognsvannsbekken med skilting av de geologiske formasjonene og området brukes daglig av barn og barnehager til friluftaktiviteter.

Anleggsarbeidet som vil strekke seg over 9-10 år, kommer til å bruke mye av dette området, og gjøre det utilgjengelig for andre i denne tiden. Det vil gi varige sår i et vernet område.

Naturen

På området er det stier og små skogsområder med et stort naturmangfold med bl.a. hule eiker, hassel, matrisker og beitende hjortedyr.

Utbyggingen kan medføre varig endring på fredet natur hvor det er registrert 155 arter, hvorav 25 er truede, og kan føre til spredning av fremmede skadelige arter.

Sognsvannsbekken vil bli berørt, og avrenning til Sognsvannsbekken av slam og forurensning ved utbyggingen vil forringe dette sårbare vassdraget som ender i Frognerparken.

Kulturminner

I området ligger kulturminner og det gamle fredede Gaustad sykehus som ble grunnlagt rundt 1850. Dette er et helhetlig og stort grøntanlegg med plener, trær, veier og stier. Grøntanlegget, sammen med bygningsmassen og murene representerer arkitektoniske, helsehistoriske og miljømessige store verdier og er et viktig nasjonalt kulturminne.

Om ikke dette er ille nok, så er det varslet en fase 2 for å øke kapasiteten betydelig. Hva er det da som ryker? Turområdet? Sognsvansbekken? Markagrensa? De fredede kulturminnene?

Når også medisinskfaglige røster har alvorlige innvendinger mot planene, bør HSØ kunne legge prestisjen til side.

Gjør en ny helhetsvurdering. Løs sykehusbehovet på andre tomter! Lytt til de massive protestene!

Signert av

Henning Iversen, leder i **Berg • Nordberg • Sogn • Tåsen Vel**

Elin J. Hallberg, daglig leder for **Fortidsminneforeningen i Oslo og Akershus**

Gjermund Andersen, leder i **Naturvernforbundet i Oslo og Akershus**

Åke Hartmann, leder i **Naturvernforbundet i Oslo Nord**

Joni Lundevall, leder i **Oslo Natur og Ungdom**

Ole Rikard Høisæther, generalsekretær i **Selskabet for Oslo Byes Vel**



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:46
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RERZ
Innsendt av: Mariann Isumhaugen
E-postadresse: misumha@start.no
Mobilnummer: 45607535

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Hei
Som leder av Redd sykehusene i Innlandet over sendes det uttalelse om Gaustadplanene, og notat om konsekvenser av planene i Oslo for HSØ.

Last opp eventuelle vedlegg

- Vedlegg til uttalelse (Uttalelse om Gaustadplanene - Redd Sykehusene i Innlandet.docx)
- Vedlegg til uttalelse (Notat om konsekvenser av planene i Oslo for HSØ .pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret

Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Redd sykehusene i Innlandet

Eventuelt v/ eller c/o-navn v/ Mariann Isumhaugen

Adresse Sør Fron

Postnummer 2647 SØR-FRON

E-post misumha@start.no

Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no
Saksnummer 201704683



UTTALELSE OM REGULERINGSPLAN FOR GAUSTADLLEEN 34 - GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE

Redd Sykehusene Innlandet er først og fremst bekymret for to ting knyttet til planene for nye sykehus i Oslo. Såkalt Nye OUS.

1. Økonomien i Helse Sør-Øst
2. Manglende kapasitet til Oslo-sykehusene til å håndtere regions- og landsfunksjoner.

Vi mener at planene har så stor innvirkning på sykehusstilbudet i hele Helse Sør-Øst og til en viss grad i hele Norge at disse planene burde ha blitt konsekvensutredet med tanke på kapasitet i hele regionen og at de burde ha vært sendt ut på en langt bredere høring i de områdene som er avhengige av Oslo Universitetssykehus og kapasitetene og ekspertisen både ved Rikshospitalet, Ullevål og Radiumhospitalet.

60 prosent av sykehus-tjenestene OUS leverer er regionale og nasjonale tjenester. Det planlegges nå med en så massiv omlegging av disse viktige sykehusene at planene burde ha vært vurdert opp mot nasjonal helseberedskap og kapasitet ved de øvrige sykehusene i regionen.

1. Økonomien i Helse Sør-Øst

Redd Sykehusene i Innlandet utarbeidet sammen med Sykehusaksjonene i Oslo et notat om hvilke konsekvenser de kostbare planene kan få for hele Helse Sør-Øst dersom noe ikke skulle gå etter planen i Oslo. Det vil gå ut over alle i regionen for øvrig. Det ble tidligere samme høst levert en rapport utarbeidet av en uavhengig gruppe med toppøkonomer som viste skyhøy økonomisk risiko knyttet til prosjektet. Oslo legeforening har publisert denne rapporten på sine nettsider: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/sykehusplaner-for-oslo/>

Den viser at det rett og slett er usannsynlig at Oslo Universitetssykehus vil nå sine økonomiske mål. Den økonomiske rapporten som er utarbeidet av blant annet kvalitetssikringsekspert Eilif Holte, professor i samfunnsøkonomi Bjarne Jensen og siviløkonom Per Henry Christiansen er svært grundig og resultatet av analysene urovekkende. Det pekes på en rekke risikoområder, hvor høy reguleringsrisiko og politisk risiko som er vel kjent for Plan- og bygningsetaten og Oslos politikere blir pekt på som risiko som kan føre til kostnadssprekker allerede før byggestart.

Det var på bakgrunn av dette at vi tok initiativet til å se nærmere på konsekvensene for resten av HSØ dersom OUS ikke oppnådde sine mål slik rapporten peker på at er svært sannsynlig utfall.

Vi vedlegger derfor vårt notat som en del av vårt høringsinnspill i sin helhet når det gjelder punkt 1.

2. Manglende kapasitet til Oslo-sykehusene til å håndtere regions- og landsfunksjoner

Sykehusene i hele Sørøst-Norge er avhengig av OUS. Både er regionen avhengig av Ullevål med sin store kapasitet som bakvakt når sykehusene i hele regionen er fulle eller har redusert bemanning. Ullevål har medisinsk og kirurgisk beredskap hele døgnet, hele året og akutt- og traumemotaket der tar imot de hardest skadde og mest alvorlig syke pasientene fra hele regionen året rundt. Uten denne enorme beredskapen vil pasientsikkerheten i hele regionen bli alvorlig svekket. Også Innlandet er i stor grad avhengig av denne kapasiteten og ekspertisen. Vi vet også at kapasiteten er sprengt på flere sykehus i regionen, spesielt på Ahus og ved Sykehuset i Østfold. Innlandet, Telemark, Vestfold og Agder kan ikke regne med at det er ledig kapasitet ved disse sykehusene slik som det normalt har vært på Ullevål.

Vi synes det er svært betenkelig at risiko knyttet til pasientsikkerhet både knyttet til nedleggelsen av Ullevål etter at de nye sykehusene står ferdig og i byggeperioden ikke er vurdert i planene. Vi kan ikke se at regionsfunksjoner og kapasitet for regionen er konsekvensutredet og mener at det er kritikkverdig. Under pandemien har vi sett hvor viktig tilstrekkelig sykehuskapasitet og fleksibilitet er. Hele regionen og til dels hele landet er også avhengig av Ullevåls enorme ekspertise når det gjelder akutt og traume og muligheten til å håndtere store akutte helsehendelser. Det bør være nok å nevne 22. juli.

I tillegg er Rikshospitalet som kun har nasjonale og regionale funksjoner viktig for pasienter i hele landet. Rikshospitalet behandler en rekke tilstander som benmargstransplantasjoner og sjeldne sykdommer som eneste sykehus i landet. Byggeperioden vil gjøre disse funksjonene utsatt. Det er sannsynlig at Rikshospitalet i perioder vil måtte redusere aktiviteten betydelig mens byggingen pågår. Noen konsekvensutredning av dette har vi heller ikke sett.

OUS angår ikke bare Oslo og planene til HSØ burde ha blitt gjenstand for en langt bredere høring en det detaljreguleringer legger opp til.

Redd Sykehusene i Innlandet ber om planene skrinlegges fordi beredskap og kapasitet i regionen som helhet ikke er konsekvensutredet og fordi den økonomiske risikoen for hele Helse Sør-Øst ikke er vurdert. Store økonomiske problemer for Helse Sør-Øst vil ramme pasienter i hele regionene. Vi mener videre at å bruke over 50 milliarder på nye bygg for OUS ikke kan forsvares når det er behov for investeringer i en lang rekke andre prosjekter i regionen. En uavhengig gruppe som har utviklet en alternativ idéfase har vist at det er mulig for Helse Sør-Øst å spare opp mot 20 milliarder ved å beholde Ullevål og heller satse på nye bygg der. Vi mener at den såkalte Parksykehusløsningen bør utredes og sammenlignes med dagens planer. Vi tror at dette alternativet vil gi en langt bedre løsning for hele regionen og ikke minst for oss i Innlandet.

For Redd Sykehusene i Innlandet

Mariann Isumhaugen
Leder



Stor sannsynlighet for alvorlige konsekvenser for hele Helse Sør-Øst dersom Oslo Universitetssykehus ikke lykkes med å nå sine økonomiske mål

NOTAT OM KONSEKVENSER AV NY ØKONOMISK ANALYSE

24. 11 2020

Torgeir Bruun Wyller, leder i Helsetjenesteaksjonen • Maren Rismyhr, leder i Aker Sykehus Venner
Hans Erik Heier, leder i Redd Rikshospitalet-Rikshospitalets venner • Mariane Sandholt, leder i Stiftelsen Gaustadklubbens fond
Mariann Isumhaugen, leder i Redd Sykehusene i Innlandet • Lene Haug, leder i Redd Ullevål Sykehus

24. 11 2020

Oslo Universitetssykehus kan ikke bære kostnadene til de nye sykehusene i Oslo viser ny økonomisk rapport

Oslo universitetssykehus (OUS) planlegger å sette opp nye sykehusbygg på Aker og Gaustad/Rikshospitalet i Oslo. Prosjektet har fått navnet Nye OUS. Nye OUS er beregnet å koste rundt 50 milliarder. Stortinget innvilget i fjor et lånetilsagn for første etappe på 29,1 milliarder kroner.

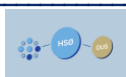
Rapporten «Økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo universitetssykehus» er utarbeidet av kvalitetssikringsekspert Eilif Holte, professor i forvaltningsøkonomi Bjarne Jensen, sykehusarkitekt Tor Winsnes og siviløkonom og statsviter Per Henry Christiansen. Rapporten gjennomgår de økonomiske forutsetningene for Nye OUS og viser at risikobildet er betydelig forverret etter at Stortinget i fjor behandlet lånesøknaden.

Dersom økonomien i Nye OUS sprekker vil det ha konsekvenser for alle planlagte sykehusprosjekter i Sørøst-Norge

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) eier følgende underliggende helseforetak: OUS, Akershus Universitetssykehus (Ahus), Sunnaas Sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Sørlandet, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold (Kalnes) og Vestre Viken samt Sykehusapotekene og Sykehuspartner. HSØ har det overordnede økonomiske ansvaret for alle helseforetakene som er avhengig av økonomien til HSØ. Dersom OUS ikke klarer å realisere Nye OUS som planlagt vil det påvirke økonomien til HSØ og få store negative konsekvenser for hele helseregionen. Planlagte investeringer og oppbygning av nødvendig sykehuskapasitet i regionen kan bli utsatt.

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen konkluderer i sin rapport at det er uforsvarlig å starte forprosjektfasen slik prosjektet står i dag. Rapporten viser blant annet at:

- Det er overveiende sannsynlig at forutsetninger for ny driftsmodell i OUS ikke vil la seg realisere.
- OUS ikke har økonomisk bæreevne til investeringene i Nye OUS
 - Rehabiliterings- og ombygningskostnader av Rikshospitalet etter 2035 vil påvirke OUS' økonomiske bæreevne, de var ikke del av kvalitetssikringen.
 - Forutsetningen om økt arbeidsproduktivitet før innflytting i nye bygg er urealistisk. Sannsynligheten for ytterligere økt arbeidsproduktivitet etter innflytting er svært liten, særlig fordi det er svært uklart hvordan den nye sykehusmodellen blir og om ny driftsmodell i det hele tatt lar seg realisere.
 - At OUS systematisk ikke klarer å holde sine opprinnelige budsjettmål, men nedjusterer dem like før perioden, bekrefter at det er stor risiko for at effektivitetsberegningene som ble forelagt Stortinget ikke er reelle.
 - Årsresultatene for OUS de siste fem årene er påvirket av mange ekstraordinære inntekter, bl.a. eiendomssalg.
 - Etter å ha bygget Nye OUS vil helseforetaket ha tidoblet sin langsiktige gjeld, fra 3 milliarder til vel 30 milliarder. Når OUS starter nedbetalingen av lånet, øker kapitalkostnadene fra ca. 4,3 % i dag til 11 % av driftsinntektene. Økningen i gjeld er uforsvarlig.



I fjor konkluderte advokat Anne Christine Kroepelien i en juridisk utredning med at beslutningsgrunnlaget for «målbildet» ikke var forsvarlig utredet: målbildet er ikke sendt på høring, det er ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse som viser at den nye sykehusstrukturen i OUS gir en fornuftig virksomhetsfordeling og den beste lokaliseringen for nye sykehus i Oslo. Heller ikke helseforetakenes egen «Tidligfaseveileder for sykehusbyggprosjekter» er fulgt.

I tillegg til at det er mangler ved saksbehandlingsprosessen som ledet frem til dagens planer for Nye OUS er det nå demonstrert at hverken OUS eller HSØ har økonomisk bærekraft til å gjennomføre prosjektet.

Mer enn halve Norges befolkning sogner til sykehusene i Helse Sør-Øst.

De planlagte utbyggingene på Aker og Gaustad vil påvirke samtlige av helseforetakene i konsernet i flere ti-år framover. Sprekk i budsjettene, feil i kalkylene og sviktende økonomiske forutsetninger i OUS vil kunne få svært store negative konsekvenser for hele helseregionen.

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser at det ikke bare overveiende sannsynlig, men nærmest uunngåelig at HSØ vil måtte ta store deler av regningen i Oslo.

Rapporten konkluderer med at OUS' økonomi er ikke så robust at den kan bære investeringene knyttet til Nye OUS.

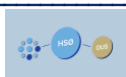
Økonomien i OUS må bedres betraktelig i årene fremover. Dels skal det skje gjennom bedre driftsrutiner, dels ved fornyelse av bygningsmassen hvor god logistikk og funksjonalitet settes som krav. Hvordan dette skal skje er ikke sannsynliggjort i planene.

HSØ har ingen mulighet til å unnlate å overholde sine låneforpliktelser uavhengig av hvordan det går i Oslo, i Drammen eller med andre prosjekter. For Nye OUS er effektivitetsgevinstene grovt overvurdert slik at sykehuset sannsynligvis ikke vil klare sine låneforpliktelser og derfor må bli subsidiert av de øvrige sykehusene i regionen.

Det vil få alvorlige konsekvenser for pasientene for hele HSØ dersom OUS ikke når sine økonomiske mål



HSØs forventede behov for investeringer fra ØLP 2021-2024



«Stor sannsynlighet for alvorlige konsekvenser for hele Helse Sør-Øst dersom Oslo Universitetssykehus ikke lykkes med å nå sine økonomiske mål»

HSØ står ovenfor en formidabel oppgavevekst og det er behov for investeringer i hele regionen.

HSØ har planlagt investeringer for 8-15 milliarder hvert år i de neste 12 årene. Normalt ligger det samlede investeringsnivået for hele landet på omlag 8 milliarder. Helse Sør-Øst har planlagt et særdeles høyt investeringsnivå, men prosjektene vil i liten grad bidra til å løse den største utfordringen sykehusene står foran, en kraftig behovsvekst.

Planene sikrer ikke tilstrekkelig kapasitet til tross rekordstore investeringer

I Regional utviklingsplan beskriver HSØ at behovet for sengekapasitet/liggedøgn i sykehusene frem mot 2035 vil øke med 41 % i regionen. Mest prekære vil behovene være ved Sykehuset i Østfold (Kalnes) og Akershus Universitetssykehus (Ahus), der det allerede i dag mangler sengeplasser.

Tabell 8: Utvikling i liggedøgn i sykehusområdene (SO) i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 uten og med korreksjon for omstillingsfaktorer og endring i opptaksområder

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* ^ "	205 796	307 381	49 %	249 978	21 %
Innlandet SO*	227 228	260 991	15 %	208 554	-8 %
Oslo SO^	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"	136 876	205 583	50 %	168 887	23 %
Totalsum	1 679 422	2 363 269	41 %	1 942 047	16 %

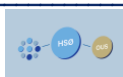
* Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF
 ^ Aktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF
 " Aktivitet for Vestby kommune utført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

Tabellen er hentet fra Regional utviklingsplan for HSØ

Til tross for de massive investeringene vil Oslo og spesielt Viken få et stort underskudd på sykehussenger og poliklinikkrom fra tidlig i 2030. Utover 30-tallet vil situasjonen stadig bli verre. Selv om OUS skulle nå sine økonomiske mål og planene til HSØ skulle la seg realisere er det allikevel ikke tilstrekkelige til å sikre nok sykehuskapasitet.

I Oslo er bekymringen stor knyttet til både kapasitet, oppsplitting av viktige fagmiljøer og realismen i de økonomiske kalkylene. HSØ vil måtte ta kostnadene om noe slår feil – det er HSØ som er ansvarlig for både lånene og egenkapitalen. Dette vil få følger for alle de øvrige nødvendige investeringene som er planlagt, ikke bare for byggeprosjektene, men for investeringer til IKT, vedlikehold og for den daglige driften i sykehusene, for mulighetene til å kjøpe inn medisiner og til å betale lønninger til ansatte.

Det vil ikke være en mulighet å unnlate å betale renter og avdrag. Dette blir simpelthen holdt tilbake i Helse og omsorgsdepartementet. Departementet overfører driftstilskudd til de regionale helseforetakene hver måned. Dette er penger til drift i form av både rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering. Betalingen av renter og avdrag starter så snart de nye byggene tas i bruk. Departementet sikrer seg betalingen ved simpelthen å trekke fra



utgiftene til avdrag og renter før de månedlige utbetalingene gjennomføres. Det er HSØ som mottar utbetalingene og deretter fordeler dem til helseforetakene i regionen.

Det er også utfordringer knyttet til andre sykehusprosjekter. Nytt sykehus i Drammen er under bygging. Mye tilsier at det er for lite den dagen det står ferdig blant annet fordi det er bygget etter de samme beleggsnormene (90% belegg) som Sykehuset i Østfold. I tillegg har prosjektet som ikke har økonomisk bærekraft på prosjektnivå blitt nedskalert kraftig i forkant av byggestart. De øvrige sykehusene i Vestre Viken HF må effektivisere driften for at Nye Drammen sykehus skal kunne realiseres. Vestre Viken HF som i dag består av fire mindre sykehus + Hallingdal sjukestugu er allerede i dag HSØs mest effektive sykehus, ytterligere effektivisering kan bli krevende.

Slike nedskaleringer har tidligere ført til problemer både på Ahus og Kalnes. Den Norske Legeforening advarer mot å gjenta dette i Drammen (og ved det nye sykehuset i Hammerfest). Når sykehus skal dimensjoneres benyttes det som kalles «sykehusbyggmodellen» til å beregne fremtidig behov. En rekke kriterier som forventet befolkningsøkning, forventet aldersfordeling og sykелighet benyttes for å anslå hvor store nye sykehus bør være. Samtidig legges det inn forventninger som skal redusere behovet, som utvikling innen medisinen, kortere liggetid og en annen fordeling av oppgaver mellom kommunene og sykehusene og så videre. Kort sagt forventninger om redusert behov. Modellen har åpenbart mange usikkerhetsmomenter. Det er krevende å forutsi hvordan utviklingen vil bli langt frem i tid. Det er derfor viktig å ha mulighet til senere utvidelser. Når prosjekter som er dimensjonert etter prinsippene i sykehusmodellen nedskaleres ytterligere før byggestart øker risikoen for at nye sykehus bygges for små.

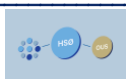
En rekke nødvendige prosjekter står i fare for ikke å bli gjennomført fordi HSØ ikke har tilstrekkelige investeringsmidler:

- Somatikk- og strålebygg i Skien
- Nytt psykiatribygg på Akershus Universitetssykehus
- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)
- Somatikk og strålebygg Akershus Universitetssykehus
- Akuttbygg Sørlandet Sykehus
- Tredje etappe Sunnaas sykehus
- Stråleterapibygge Vestre Viken
- Stråleterapibygge Østfold

Dette er planlagte prosjekter som trolig vil bli utsatt i lang tid. Helt nødvendige tilbygg ved Kalnes og Ahus er ikke en gang inkludert i investeringsplanen. Dersom planene i Oslo gjennomføres kommer vi i en situasjon der vi vil mangle kapasitet i hele Stor-Oslo. Med sprengt kapasitet både i Drammen, Oslo, Akershus og Østfold kan det bli vanskelig å opprettholde en god beredskap og et forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud i området.

Situasjonen på Ahus beskrevet av styret i Akershus legeförening 21.januar 2019:

«I forbindelse med utviklingsplan til 2035 for Akershus Universitetssykehus (AHUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS) ønsker vi å melde bekymring om sengekapasiteten.»



«Per i dag har ikke AHUS kapasitet til å behandle alle pasientene i opptaksområdet.»
«Fra 2020 vil i praksis ikke sykehuset ha kapasitet til å behandle pasientene i opptaksområdet lenger. Nye AHUS ble bygget for å dekke et opptaksområde på 340,000 mennesker. I 2020 vil dette tallet tippe over 540,000, noe som tilsvarer 60% flere pasienter enn tiltenkt.»

«Befolkningsøkningen i AHUS sitt opptaksområde er størst i hele landet og det kommer til nesten 10,000 til hvert år. I tillegg vil den eldre befolkningen øke mest, også dette er en økning som er størst i landet. Med de i beste fall optimistiske endringene i pasientbehandling så er minste behov 150-200 senger. Dette fordrer en betydelig endring i aktivitet, med blant annet en overføring av 20% til hjemmetjenester innen 2030, tjenester som ikke er utviklet i dag. Dette synes usannsynlig, og det reelle behovet for senger er nok nærmere 3-400 gitt dagens situasjon.»

Problemene på Kalnes ble denne våren beskrevet i en omfattende evalueringsrapport. Kritikerne, som advarte om at sykehuset ville bli for lite allerede under planleggingsfasen, fikk rett. Tusenvis av pasienter lå på korridoren allerede det første året. Prestisjesykehuset som planlagt for null korridorpasienter har hatt store problemer helt siden åpningen. Ordet skandale har stadig blitt brukt. Det har vist seg at sykehuset var underdimensjonert på de fleste funksjonsområder. Trange forhold gjør også sykehuset lite effektivt, ved at arbeidsflyten hindres. Kalnes er et av de mest moderne sykehusene i HSØ, men likevel ikke spesielt effektivt og har en krevende økonomi.

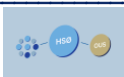
Dersom HSØ skal ha økonomisk bærekraft til å håndtere det voksende behovet, særlig fra 2032 og utover må sykehusene som planlegges og bygges nå være gode, effektive og store nok. Effektivitet er ikke det er ikke det samme som å minimalisere funksjonsarealene.

Kritikken av planene for Nye OUS dreier seg mye av det samme, som det ble advart mot i Østfold: For liten sengekapasitet og manglende og for små funksjonsarealer. Konsekvensene vil imidlertid mer alvorlige. OUS er Norges desidert største sykehus og viktig for hele landet. To tredjedeler av pasientene som behandles i OUS bor ikke i Oslo. For liten kapasitet i OUS vil få alvorlige følger både for pasientsikkerheten og beredskapen i hele østlandsområdet. Sykehusene rundt Oslo er i stor grad er avhengig av OUS både som bakvakt når det er fullt hos dem og for å kunne hjelpe de hardest skadde og mest alvorlig syke pasientene fra hele regionen og i mange tilfeller fra hele landet.

Hvor robust er Helse Sør-Østs økonomi?

Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen har vist hvor skjør økonomien i OUS er. Planene i Oslo er derfor helt avhengige av HSØs bæreevne for at de skal kunne gjennomføres. Avhengigheten er gjensidig, HSØ og de andre sykehusområdene er helt avhengige av hvordan det går med OUS. OUS utgjør cirka halvparten av HSØs økonomi.

Helse Sør-Øst har tidligere oppgitt, blant annet i forbindelse med lånesøknaden fra 2019, at de har en robust samlet økonomisk bæreevne. Dette er det vanskelig å slutte seg til.



Regnestykkene «går opp» – i teorien, men marginene er svært tette og baserer seg på en rekke usikre anslag, optimistiske forutsetninger og beste-falls scenarier.

Tre krevende forutsetninger må oppfylles for at HSØ skal ha bæreevne:

1. At OUS realiserer sine økonomiske mål om effektivisering de neste årene og at OUS oppnår gevinster og innsparinger i milliardklassen etter innflytting i nye sykehusbygg. Det kan heller ikke bli kostnadssprekker i byggeprosjektene. Erfaringer tilsier at det er urealistisk, allerede nå ligger det an til større kostnader enn budsjettert i planene.
2. At hele HSØ (alle sykehusområdene fra Agder i sør til Innlandet) lykkes med å realisere et mål om nullvekst i bemanning.
3. At de øvrige prosjektene i HSØ-regionen lar seg gjennomføre uten for store sprekker i kostnader og at effektiviseringsplaner lar seg gjennomføre samtidig som inntektene øker.

Dette er tre forhold som hver for seg innebærer betydelig og erkjent risiko. Den samlede aggregerte risikoen er så høy at den bør anses som uakseptabel. Selv mindre avvik fra planer og budsjetter vil føre til store økonomiske problemer for Helse Sør-Øst.

Hvis man ikke tar for gitt at HSØ vil få tilført titalls milliarder ekstra vil de økonomiske problemene i Oslo kreve så mye av HSØs midler at det vil gi pasientene i hele regionen et dårligere tilbud og kommunene vil få måtte overta svært mye av ansvaret for syke pasienter.

OUS mangler egenkapital og setter seg urealistiske mål

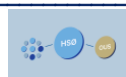
Det stilles krav om 30 prosent egenkapital i store sykehusprosjekter. OUS skal gjennomføre et prosjekt som er kostnadsberegnet til totalt 50 milliarder, rundt 38 milliarder i første etappe. I 2019 søkte HSØ Helse- og omsorgsdepartementet om lånegaranti og fikk innvilget en låneramme i statsbudsjettet for 2020 på 29,1 milliarder. Hoveddelen av lånebeløpet skal utgjøre 70 prosent av kostnadene i første etappe av Aker/Gaustadprosjektet. (Det inneholder også lån til universitetsarealer på 1.9 milliarder som lånefinansieres med 100 prosent) For de øvrige byggene kreves det 30 prosent egenkapital. OUS er i gang med å bruke av lånebevilgningen, men har ikke den nødvendige egenkapitalen.

NOK i millioner	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Totalt
Sum prosjekter under gjennomføring*	1 748	2 643	3 340	2 652	1 661	391	-	-	-	-	-	-	12 434
Estimert periodisering Aker og Gaustad	218	591	2 723	3 009	2 480	2 739	2 979	4 389	3 879	2 360	1 700	392	27 458
Samlet estimert låneprofil	1 966	3 234	6 063	5 661	4 140	3 129	2 979	4 389	3 879	2 360	1 700	392	39 892

* Prosjekter hvis lånesøknad er godkjent p. t. Merk at tilskuddsandel for protonterapi senter ved Radiumhospitalet ikke er inkludert i lånebeløpet.

Hentet fra HSØs lånesøknad for Aker/Gaustad 2019

I tillegg til dette har HSØ søkt om, og fått innvilget lånegaranti til andre prosjekter i Oslo på 12,4 milliarder. Disse prosjektene innebærer blant annet nye bygg på Radiumhospitalet. Byggene er planlagt tatt i bruk i 2023, da vil renter og avdrag på disse begynne å forfalle og belaste driftsbudsjettene. I statsbudsjettet for 2021 har i tillegg HSØ fått innvilget en lånegaranti på 830 millioner til ny regional sikkerhetsavdeling i OUS.



Det er HSØ som søker om lånegarantiene, og som må garantere for egenkapitalen overfor Helse- og omsorgsdepartementet. HSØ på sin side holder de underliggende helseforetakene ansvarlige for sine respektive sykehusprosjekter.

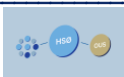
Enkelt forklart så stiller imidlertid HSØ normalt krav til helseforetakene i regionen om at de selv må «spare opp» 30 prosent egenkapital før HSØ vil gå inn for prosjektene. Det spares altså først. Det gjøres imidlertid unntak, blant annet for OUS og prosjektet i Drammen. OUS burde optimalt ha klart å spare opp i overkant av 9 milliarder før de fikk grønt lys. Det har ikke OUS klart – de har ca. 3 milliarder innestående hos HSØ. HSØ må derfor hente egenkapitalen fra andre kilder. OUS på sin side må altså låne langt mer av HSØ enn 70 prosent. At OUS ikke har egenkapital nok til prosjektet legger stort press både på OUS og HSØ. HSØ bruker av sykehusenes fellespott med oppspart egenkapital/likviditet for å finansiere usikre investeringer i Oslo. At OUS vil ha tilbakebetalingsevne når byggene står ferdig er heller ikke sannsynliggjort. OUS har derfor lovet å gjennomføre store innstramminger (effektivisering) de nærmeste 5-7 årene for å bidra til å fremskaffe egenkapitalen de mangler. OUS tar altså opp låne og lover å skaffe egenkapitalen etterpå. HSØs såkalte robuste bærekraft er basert på at OUS lykkes med dette. Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser i sin analyse hvor lite sannsynlig det er at OUS ikke vil lykkes med dette. De peker på dessuten en rekke forhold som har ført til økt risiko for kostnadsoverskridelser siden 2019. Blant annet økt reguleringsrisiko, en rekke kostnader som ikke er beregnet, mangel på en overordnet virksomhetsmodell, stor motstand blant de ansattes og økt politisk risiko.

Konklusjonen er at det er overveiende sannsynlig at OUS ikke vil være i stand til å levere økonomisk resultater i den størrelsesorden som er nødvendig for et regnestykkene til HSØ skal gå opp.

En annen optimistisk forutsetning for HSØs økonomiske bæreevne er at OUS skal kunne realisere store effektiviseringsgevinster som en følge av innflytting i nye bygg. Det er disse gevinstene som skal brukes til å betale renter og avdrag på de enorme lånene som begynner å forfalle så fort de nye byggene tas i bruk. Planene til HSØ gjør i liten grad rede for hvordan gevinster i milliardklassen skal oppnås som en følge av nye bygninger. Nye bygninger skal tilfredsstillende et kapasitetsbehov og gi god funksjonalitet, inntjeningen som beregnes som følge av nye bygg er som oftest urealistisk, det har historien vist. Nye OUS vil tidoble kapitalkostnadene til 3,3 milliarder kroner ift. dagens nivå når de nye byggene tas i bruk. Dersom OUS ikke klarer belastningen må HSØs andre sykehus ta kostnadene, utsette egne prosjekter og nedbemanne. 3,3 milliarder tilsvarer gjennomsnittlig lønn for ca. 2500 sykehusansatte. Nedbemanning kan forverre økonomien ytterligere ved at aktiviteten og dermed inntektene synker.

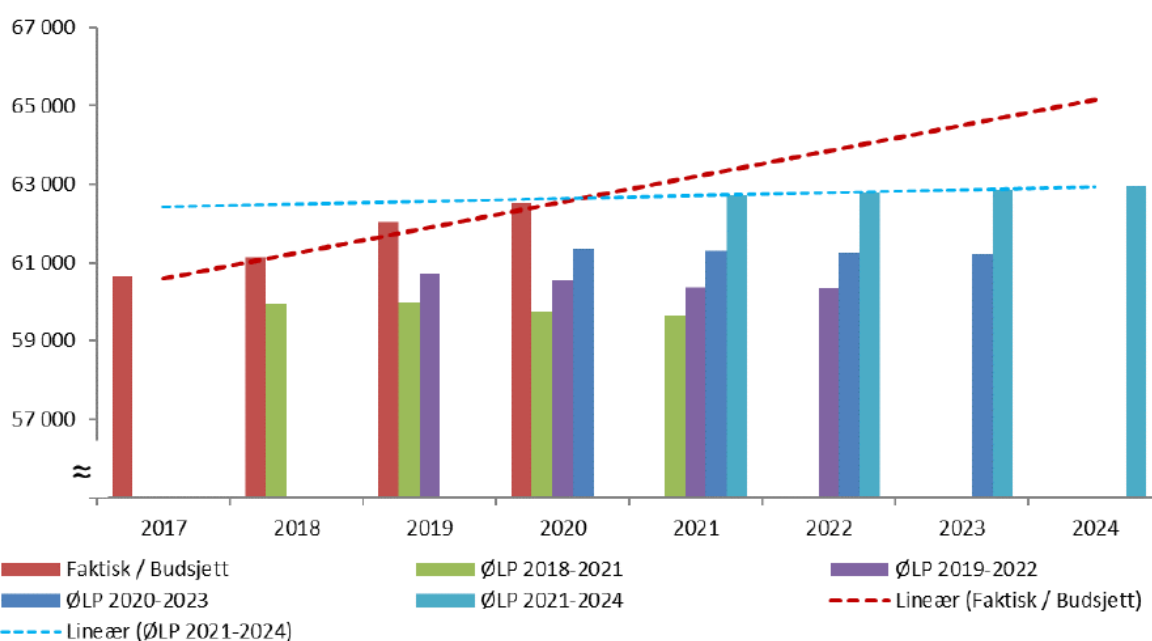
HSØs økonomi er avhengig av nullvekst i bemanningen fremover

HSØ en stor utfordring når det gjelder bemanningsvekst i hele regionen. I juni behandlet styret i HSØ den økonomiske langtidsplan for regionen. Der ble det lagt opp til en nullvekst i bemanning i årene fremover. Dette er også, et vår mening et urealistisk mål. Som kjent utgjør lønnsutgifter rundt 80 prosent av kostnadene ved sykehusdrift. Den økonomiske situasjonen i HSØ er så presset i årene fremover at det regionale helseforetaket ikke har bæreevne til å håndtere selv en liten vekst i bemanningen. Med den store økningen i antall



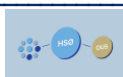
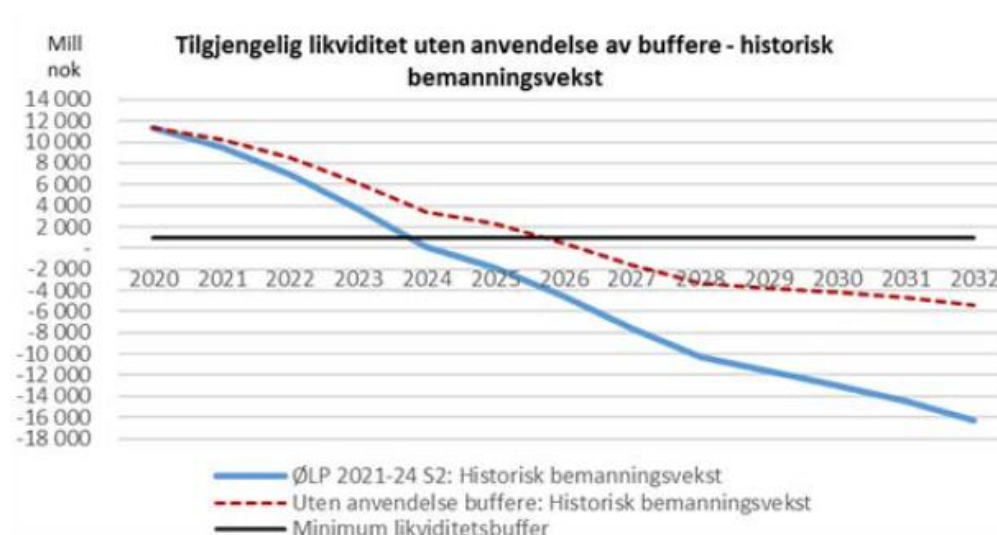
eldre i befolkningen fremover er det mer naturlig å se for seg et økt behov for bemanning snarere enn den nullveksten som HSØ er avhengig av for å ha kontroll på økonomien.

Diagrammet nedenfor er hentet fra ØLP for perioden 2021-2024 for HSØ som ble vedtatt av styret i HSØ i juni. Den røde stiplede linjen viser hvordan bemanningsveksten har vært de siste årene og hvordan situasjonen vil bli dersom veksten fortsetter på samme nivå. Dette mener imidlertid HSØ at de kan stoppe, og som vi ser planlegger de med null vekst frem til 2024. De røde stolpene viser hva sin faktisk har skjedd.



Grafen er klippet fra styrepapirene til møtet 25. juni 2020.

På samme måte som i OUS har styret og ledelsen optimistiske anslag når de legger sine planer. Heller ikke HSØ legger historien og erfaringer til grunn når det legges planer for fremtiden. Historien viser nemlig at bemanningsveksten alltid har vært høyere enn planlagt og antall ansatte har økt i tråd med økt aktivitet. Dersom HSØs plan om nullvekst ikke lar seg realisere – nå heller – vil økonomien bli svært anstrengt i løpet av få år og RHF-et vil ende opp med negativ likviditet relativt raskt.



Grafen er klippet fra styrepapirene til møtet 25. juni 2020

Store investeringer planlegges i hele regionen

Det blir ekstremt krevende for HSØ å håndtere en kraftig oppgavevekst i årene fremover uten å verken kunne øke bemanningen eller investere i nødvendige bygninger og utstyr.

En rekke sykehus i regionen har behov for utvidelser og opprustning. Vi står foran den største oppgaveveksten i spesialisthelsetjenesten noen sinne, nå som de store etterkrigskullene nærmer seg 80 år.

Totalt har HSØ planlagt å låne cirka 50 milliarder til investeringer i årene fremover. Det gir et behov for rundt 20 milliarder i egenkapital. Det har ikke HSØ, de har bare rundt 11-12 milliarder. Dette er mindre enn egenkapitalbehovet bare til prosjektene i Oslo og Drammen.

Følgende prosjekter er vedtatt gjennomført:

Prosjekt	Cirka kostnad
Nytt klinikkbygg og protonsentersenter – Radiumhospitalet Oslo	3,9 milliarder
Nytt sykehus i Drammen	10 milliarder
Nytt bygg i Vestfold – Tønsbergprosjektet	2,8 milliarder
Ny storbylegevakt i Oslo	1,8 milliarder
Nytt psykiatribygg Sykehuset Sørlandet	0,8 milliarder
Første fase Aker/Gaustad i Oslo	38,4 milliarder
Regional sikkerhetsavdeling Oslo Universitetssykehus	1,5 milliarder
Totalt	59,2 milliarder

Lån til vedlikehold og IT-prosjekter kommer i tillegg

Følgende prosjekter er i konseptfase / under planlegging

Gjennomføringen av disse prosjektene forutsetter bærekraft på regionalt nivå. Dette er prosjekter som det er stor risiko for at HSØ vil måtte utsette.

Prosjekt	Cirka kostnad
Bygg somatikk og strålebehandling Skien, Sykehuset Telemark	0,5 milliard
Nytt bygg for psykisk helsevern – Akershus Universitetssykehus	0,9 milliard
Totalt	1,4 milliarder

Prosjekter som har kommet kortere i planleggingen:

Konseptfaser for disse prosjektene er ikke igangsatt og kostnadsoverslagene er usikre i og med at konsept ikke er valgt og alternativene er på innrammings- eller idéstadiet. Videre planlegging forutsetter bærekraft på regionalt nivå samt driftseffektiviseringer på helseforetaksnivå, kutt i kostnader og sparing for å vise evne til å håndtere kostnader knyttet



«Stor sannsynlighet for alvorlige konsekvenser for hele Helse Sør-Øst dersom Oslo Universitetssykehus ikke lykkes med å nå sine økonomiske mål»

til betaling av renter og avdrag når byggene står ferdig. Disse prosjektene er det stor risiko for at HSØ ikke vil ha mulighet til å igangsette før mot midten eller slutten av 2030-tallet, selv dersom alt går etter planen med nullvekst i bemanning, effektivisering, gevinstrealisering og høy aktivitet for å sikre nok inntekter.

Prosjekt	Cirka kostnad
Videreutvikling av Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)	9 milliarder
Stråle- og somatikkbygg Akershus Universitetssykehus	2 milliarder
Akuttbygg ved Sykehuset Sørlandet	1-2 milliarder
Byggetrinn 3 Sunnaas Sykehus	0,4 milliard
Stråleterapibygget Vestre Viken	0,5-1 milliard
Stråleterapibygget Østfold	0,5-1 milliard
Videreutvikling av Oslo Universitetssykehus – fase 2	12 milliarder
Totalt	23,4 – 29 milliarder

Omfattende vedlikeholdskostnader og kostnader til IKT er ikke tatt med – men også dette vil kreve store investeringer i årene fremover og må prioriteres.

Fase 2 i Oslo som altså har kommet kort i planleggingen er en helt nødvendig del av Aker/Gaustad-utbyggingen dersom OUS skal kunne løse oppgavene som er planlagt. Foreløpig finnes det ingen realistisk plan for hvordan dette eller de øvrige prosjektene i tabellen over skal kunne realiseres.

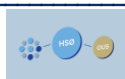
Nødvendige utvidelser på Ahus og Kalnes Østfold er ikke en gang på idéstadiet. Hvordan det skal la seg finansiere er vanskelig å se.

Planene i Oslo går ut over pasienter i resten av regionen allerede nå

De økonomiske problemene er synlige i hele helseregionen allerede nå, før de store løftene i Oslo er påbegynt og før de store lånebeløpene er utbetalt. Mange tror at problemene for pasientene, de ansatte og kommunene kommer først på 30-tallet, men som vist har HSØ behov for egenkapital og innstramningene har startet for lengst.

Innlandet

Sykehuset Innlandet har gamle bygg og en lite hensiktsmessig sykehusstruktur. Behovet for nye bygg og bedre løsninger er stort. Fremtidens sykehusstruktur i Innlandet har vært omstridt men for noen år siden samlet Innlandet seg om en løsning med et nytt stort hovedsykehus ved Mjøsa. Sykehuset Innlandet er Norges tredje mest effektive sykehus og er et av de sykehusene som har mest penger på bok hos HSØ. Innlandet har spart opp 3 milliarder – men som en følge av den spesielle modellen i HSØ disponerer ikke Sykehuset Innlandet disse midlene selv. HSØ disponerer over dem slik de vil. Og som det tydelig fremgår har HSØ behov for å bruke Innlandets oppsparte midler til prosjekter som ligger foran i køen i andre sykehusområdet – spesielt i Oslo. Innlandet har ingen garanti for at de får igjen sparepengene sine. De er avhengige av at OUS og andre når sine økonomiske mål for at det skal skje. At det vil skje på denne siden av 30-tallet er urealistisk. Sykehuset Innlandet har imidlertid blitt pålagt ytterligere sparing og kutt for å bevise at de har bærekraft til å håndtere renter og avdrag den dagen de kanskje skal betales fordi det nye Mjøssykehuset står klart. Derfor jobber Sykehuset Innlandet med innsparinger i alle ledd og



viktige tilbud innen rehabilitering og psykiatri legges ned, antallet ansatte reduseres. Blant annet har Sykehuset Innlandet planer om å legge ned Norges eneste offentlige spesialistsykehus for lungerehabilitering nå midt under en lungepandemi.

Sykehuset i Østfold

Sykehuset i Østfold var for lite allerede da det åpnet. Mangelen på kapasitet har allerede gitt kommunene som sogner til sykehuset store utfordringer med ta imot pasienter som er mer alvorlig syke enn det kommunene har ressurser til å håndtere. Behovet for utvidelser er prekært. Kalnes går hvert år med underskudd noe som gjør at sykehuset ikke får lov til å investere. I stedet for at Kalnes får sette opp et nytt kontorbygg slik sykehuset ønsker, krever HSØ at de leier kostbare kontorlokaler.

Ahus

Ahus har prekært behov for flere sykehussenger både inne somatikk og rus og psykiatri. Et nytt psykiatribygg er planlagt, men det er betydelige mindre enn fagfolkene og de ansatte ved sykehuset mener er nødvendig. Tre folkerike Oslo-bydeler; Stovner, Grorud og Alna har Ahus som sitt lokalsykehus. Et viktig mål for mange i Oslo er at hele Groruddalen skulle få komme tilbake til Oslo og få nye Aker sykehus som sitt lokalsykehus. Det er imidlertid ikke plass til somatiske pasienter fra Grorud og Stovner på Aker i første fase. Bare for Alna er det planlagt at Aker skal bli lokalsykehus i første fase. Ahus trenger pengene som pasientene fra Groruddalen tilfører sykehuset, men har egentlig ikke plass til dem uten at de får utvidet kapasiteten. Derfor må Ahus kjøpe gjestedøgn på andre sykehus til pasientene sine. Det er dyrt, de har omlag en milliard i årlige kostnader til gjestepasientoppgjør.

Sykehuset Sørlandet

Sykehuset Sørlandet har akuttmottak i brakker. Noen løsning på dette er ikke planlagt i nærmeste fremtid

Sykehuset i Telemark

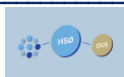
I Telemark har de avsluttet konseptfaseplanlegging av nytt Stråle og akuttbygg. Kostnadskalkylene utarbeidet av Sykehusbygg HF har vist seg å være feilaktige, og sykehuset har ikke fått aksept hos Helse Sør-Øst for å øke investeringsbeløpet slik at de får bygget planlagt areal. Det nye bygget planlegges derfor med et vesentlig mindre areal enn innmeldt behov, og det vil i løpet av planperioden oppstå behov for utvidelser. Helse Sør-Øst har foreløpig ikke gitt aksept for oppstart av forprosjekt, og det er ikke gitt lånetilsagn i statsbudsjettet.

Sykehuset i Vestfold

Sykehuset er i ferd med å bygge nytt med det såkalte Tønsbergprosjektet. Det er allerede meldt fra om at det vil bli trangt i den nye bygningsmassen, og en må vente at det raskt vil oppstå behov for utvidelser også i Sykehuset Vestfold

Vestre Viken HF

Det nye sykehuset som bygges i Drammen setter stort press på økonomien i Vestre Viken HF. Sykehuset er landets mest effektive helseforetak, men sliter likevel med økonomikravene. Det nye sykehuset er planlagt med såkalt «høy utnyttelsesgrad», på



samme måte som Ahus og Sykehuset Østfold. Erfaringsmessig fungerer dette ikke, og det må gjøres tiltak for å styrke kapasiteten etter at sykehuset er ferdig.

Løsningen

Den økonomiske analysen til Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen viser at et alternativ med Ullevål som en del av løsningen både på kort, mellomlang og lang sikt vil kunne gi svært store besparelser for HSØ. Å satse på å bygge ut på Ullevål og gradvis flytte Rikshospitalets virksomhet til Ullevåltomten når Rikshospitalet er for gammelt vil koste 20 milliarder mindre enn dagens planer. I tillegg vi mange av investeringene kunne skyves frem i tid. Å utsette å erstatte gode funksjonelle bygg i Oslo vil kunne gi HSØ likviditet til å investere andre steder hvor behovet er svært stort. Frem til 2034 vil OUS med en slik plan ha behov for 23,6 milliarder i stedet for 48,9 til Aker og Gaustad. Denne differanse vil gi rom for investeringer i IKT og vedlikehold og til ikke minst til pasientbehandling og samtidig sikre oss mer sykehuskapasitet i hele regionen.

Dersom HSØ endrer planene i Oslo og i stedet satser på et alternativ med Ullevål kan kapasiteten ved Ullevål og Rikshospitalet beholdes og Aker bygges ut slik at det blir plass til hele Groruddalen i første fase. Det siste vil ikke bare være langt billigere totalt sett, men vil også løse store deler av kapasitetsproblemet på Ahus.

Dersom ledelsen og styret i HSØ ikke går inn for å stoppe det planlagte prosjektet og utrede bedre løsninger vil den økonomiske situasjonen om noen få år bli svært utfordrende ved samtlige helseforetak i regionen. Sykehusene kan få problemer med å levere forsvarlige helsetjenester til befolkningen.

Samfunnskostnaden ved å gå videre med prosjektet Nye Oslo Universitetssykehus kan bli svært høye. Det er behov for å utrede bedre og mindre kostnadskrevenende løsninger så raskt som mulig. Det har blitt advart mot prosjektet av økonomiske, medisinske, juridiske og arkitektfaglig hold i mange år. Utredningene av løsningen har vist at den valgte løsningen har store svakheter. Den økonomiske risikoen som rapporten fra Holte, Jensen, Winsnes og Christiansen har avdekket er av så alvorlig karakter at det vil være uforsvarlig å gå videre med planene. Å sikre forsvarlige offentlige spesialisthelsetjenester til over halvparten av Norges befolkning er et politisk ansvar som påligger Stortinget og Regjeringen.

Vi ber ansvarlig politisk ledelse handle nå!

*Torgeir Bruun Wyller, leder i **Helsetjenesteaksjonen***

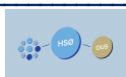
*Maren Rismyhr, leder i **Aker Sykehus Venner***

*Hans Erik Heier, leder i **Redd Rikshospitalet-Rikshospitalets venner***

*Mariane Sandholt, leder i **Stiftelsen Gaustadklubbens fond***

*Mariann Isumhaugen, leder i **Redd Sykehusene i Innlandet***

*Lene Haug, leder i **Redd Ullevål Sykehus***



Ans/Dagsavis

Hvem er vi: 4 aksjonskom og alle foreningene
Vi leverer utryllende koringsvar til 7 juni.

Til Trude Isaksen, Kommunikasjon
Plan og Bygningsetaten.

Mottatt	
OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN	
07 JUNI 2021	
SAKSNR: 201704683/574	

Torgeir Brunn Wyller prof geriatr

Fred Heggen Overlege i Psykiatri hdligeu
Leriksenberg na Gamstad.

Twid Cordtsen Oslo Patientforening.

Lene Hanny Ullevål og Sykepleierforb

Thorvald Aaser opp Oslo Legerforening og Fagforbu

Birgit Anderaa Psykologforening

Maren Rismyr Aker

Marianne Sandholdt Skiftelsen
Gamstad Klubbens
fond.

Hans Erik Heier Riksen prof.

Følgende kunne ikke stille, men sendte tilbud

Kristin Harland Legerforening

Bjørn Wølsted-Knutson Fagforbundet

Bård Erik Rind Norsk Sykepleierforbund

Fra: Kristin Hovland kristin.hovland@legeforeningen.no
Emne: Hilsen fra Oslo legeforening
Dato: 3. juni 2021 kl. 01:27
Til: Thorvald Steen mariavl@vikenfiber.no



Ved
I forbindelse med overrekkelse av høringssvar, i forbindelse med regulerings-saken vedrørende Gaustad og Aker, ønsker Oslo legeforening å uttrykke sin støtte til disse (denne) gruppene som har engasjert seg i sykehusplanene for Oslo. På grunn av landsstyremøte i legeforeningen har vi dessverre ikke mulighet til å være tilstede her i dag.

Oslo legeforening har lenge engasjert seg i planene om nye sykehus i Oslo, med tanke på konsekvensene disse får både for pasienter og personell på sykehusene. Vi er bekymret for at

1. sykehusene blir for små
2. konsekvensen for Oslo kommune er uklar
3. den økonomiske risiko er for høy
4. og ikke minst ifm overleveringen i dag: en reguleringsplan med høy risiko hvor Helse Sør-Øst ikke har tatt hensyn til gjeldende regler i Oslo.

Vi takker dere alle for engasjementet i denne saken!

Vennlig hilsen
Kristin

Kristin Hovland
leder Oslo legeforening



Oslo legeforening

Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Telefon 47 90 40 98

<https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/>

Følg Oslo legeforening på [Facebook](#)

Fra: Bjørn Wølsted-Knudsen UXBJWO@ous-hf.no 
Emne: Høringssvar
Dato: 2. juni 2021 kl. 14:27
Til: mariavi@vikenfiber.no
Kopi: OUSHF PB Fagforbundet fagforb@ous-hf.no



Hei igjen.

Fagforbundet Sykehus og Helse er dessverre forhindret i å komme til Rudolf Nilsens plass i dag grunnet møtevirksomhet.

Vi vil likevel uttrykke vår motstand mot de planene som i dag foreligger for de nye sykehusene i Oslo. De er allerede definert for små og vanskeliggjør effektiv pasientbehandling.

Vi vil selvfølgelig uttrykke vår motstand i vårt høringssvar.

Ønsker dere alle lykke til på Rudolf N. plass og skulle gjerne vært der med dere.

Med vennlig hilsen

Bjørn Wølsted-Knudsen
Leder
Fagforbundet Sykehus og Helse, Oslo avd.028
Tlf: 22118233/90522910
e-post: fagforbundet@ous-hf.no



NB! Husk og oppdatere personalia i medlemsportalen.

www.medlem.fagforbundet.no/logg-inn

Se også vår facebook side: Fagforbundet Sykehus og Helse avd.028

Nettside: www.avd028.fagforbundet.no

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Oslo Kommune, Plan- og bygningssetaten
post@oslo-kommune.no

**Forslag til høringsuttalelse fra Oslo pasientforening:
Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde –
PBE sak: 201704683**

Oslo pasientforening ble stiftet 3. mai 2021 av tre pasienter som har sett med stadig økende bekymring på planene knyttet til Nye Oslo Universitetssykehus. Foreningen består av et styre med tre medlemmer og representerer pasienter og pårørende fra hele Oslo som er opptatt av at det skal være tilstrekkelig med kapasitet og gode helsefaglige løsninger i fremtidens sykehus i Oslo.

Årsaken til at Oslo pasientforening ble opprettet er å etablere en pasientforening i Oslo som kan ivareta et helhetlig perspektiv på de store omleggingene som planlegges i denne regionen, og som ikke står i et sterkt økonomisk avhengighetsforhold til helseforvaltningen og helseforetakene. Styret jobber på frivillig basis.

Som pasientforening fokuserer vi i størst mulig utstrekning på pasientene og pårørende.

Hovedplanen i store trekk

Tidligere adm.dir på Ullevål sykehus, Bjørn Eriksteins store visjon var å legge lokk over Ring 3 og bygge nedover mot universitetet. Da det ble klart at Veivesenet ikke var villig til å senke Ring 3 for så å legge lokk over, fortsatte HSØ/OUS med samme plan på den lille tilgjengelige tomte ved Rikshospitalet. Allerede da burde planen ha blitt stoppet av ansvarlige myndigheter! Det hadde spart samfunnet for enorme summer og fremtidsbekymringer.

Den meget omstridte planen til HSØ/OUS er:

Å selge Ullevåltomta til høystbydende til boligformål

Å bygge et gigantisk akuttisykehus på Aker sammen med Storbylegevakten.

En av utfordringene med denne planen er at den delen av tomte som kommunen solgte for en billig penge til en eiendomsspekulant for noen år siden, er avgjørende for å få tilstrekkelig plass. Å kjøpe den delen av tomte tilbake, vil koste HSØ/OUS store summer. Det vil uansett høyst sannsynlig ikke være plass i det planlagte høyhussykehuset på Aker til å avlaste A-hus som Groruddalens lokalsykehus.

Å bygge et enormt høyhussykehus på Gaustad.

Planen forutsetter at store deler av Rikshospitalet blir revet for å få plass til de planlagte smittetårnene. Det nye sykehuset skal bygges «inn i» Rikshospitalet mens det er i drift.

Å legge ned aktiviteten på Gaustad psykiatriske sykehus og plassere pasientene i en betongblokk et steinkast fra Sinsenkrysset med et atrium i midten der de kan «lufte seg». Dette er et rent overgrep på samfunnets svakeste. På Gaustad har de vakre omgivelser som gir ro. Velferdsbygget for de psykiatriske pasientene skal overtas av universitetet til bruk som bibliotek, lesesaler m.m. Pasientene fortrenses til en midlertidig brakkerigg. En underlig og provoserende avgjørelse som er umulig å forstå. Forutsetningen for å beholde Gaustad psykiatriske på Gaustad er at det ikke blir bygget et storsykehus nærmest vegg i vegg.

Viktige fagmiljøer splittes/utvannes

Ullevål er kjent ut over landets grenser for sin helprofesjonelle akutt- og traumeavdeling som betjener hele Norge. Det er også et faktum at for å fungere i akuttsituasjoner må en akutt- og traumeavdeling ha flere andre avdelinger nært og lett tilgjengelig, som røntgen, CT, ortopedi, etc. Dersom denne funksjonen skal deles mellom Gaustad og Aker vil det kreve dobbelt sett med omliggende avdelinger med utstyr og ekspertise, noe det ikke er beregnet plass eller personale til på verken Aker eller Gaustad. Det vil også øke kostnadene betraktelig.

Når pasienter blir lagt inn med akutte skader eller sykdommer, kan man ikke f.eks. operere kompliserte benbrudd for så å oppdage at vedkommende underveis får hjerteinfarkt, hjerneblødning eller andre akutte tilstander som behandles på det andre akuttsykehuset i Oslo. Det er lang vei mellom Aker og Gaustad i akuttsituasjoner, spesielt i rushtidene.

Rikshospitalet er akkurat det navnet sier det er. Det er et høyspesialisert sykehus for i hovedsak elektiv eller planlagt behandling som i dag. Det er også stedet for sjeldne kroniske diagnoser der ekspertisen trenger å være samlet på ett sted. Forskning er også en viktig del av Rikshospitalets oppgaver. For et par år siden fikk de i tillegg en avdeling for stamcelletransplantasjon som det eneste statlige sykehuset i Norge.

Det er viktig å huske at både Ullevål og Rikshospitalet har riksdekkende funksjoner. De er ikke kun for Oslos befolkning. HSØ/OUS forutsetter at nåværende Rikshospital skal integreres med resten av funksjonene i det nye storsykehuset, med mulig konsekvens at Rikshospitalets unike spesialiteter blir kraftig utvannet. Igjen er pasientene taperne.

Kostnadskrevende prosjekt

Gaustadprosjektet blir både for lite og vil koste betydelig mer enn å benytte Ullevåltomten. Et byggeprosjekt med omfattende tilpasninger, mange angrepsvinkler og uoversiktlige konsekvenser har en høy risikoprofil. Sannsynligheten for store kostnadsoverskridelser og forlenget byggetid er stor. **Vi mener det er uansvarlig å godta et slikt risikoprojekt uten engang å ha krevet en upartisk utredning av Ullevåltomta.**

Forslaget til HSØ blir uansett så kostnadskrevende at det vil gå utover alle de offentlige sykehusene, ikke bare i Oslo, men i hele regionen.

Det blir lite penger igjen til vedlikehold og nødvendige nyanskaffelser på Ullevål frem til storsykehuset på Gaustad er ferdig. HSØ/OUS planlegger å effektivisere i så stor grad at ansvarlige fagfolk og helsepersonell har vurdert det som umulig. Underskudd vil føre til at driften må trappes ned. Det kan skape dramatiske situasjoner og stor usikkerhet blant folk.

Støynivå

Det er planlagt å rive to fløyer i dagens Rikshospital. Det medfører en omrokking av syke pasienter internt i Rikshospitalet og det vil fremdeles være mange som ikke får plass. Hvor skal disse pasientene være de neste 10-15 årene mens byggingen pågår? HSØ forutsetter også at pasienter og helsepersonell skal jobbe med byggestøy, vibrering støy og skitt i alle disse årene. Det er helt urealistisk, og vi vet at flere høyt kvalifiserte leger og sykepleiere kommer til å søke seg vekk fra byggeplassen. Hva skjer da med pasientene? Støy og støv vil neppe bidra til en hurtig tilfriskning, og med mangel på helsepersonell blir dette en katastrofe for hele Oslo.

I tillegg kommer den planlagte helikopterflyplassen som kommer til å ha et støynivå og «lufttrykk» som er skadelig for de nærmeste naboene, for barnehagene i området, og vil gjøre det umulig for barn å bruke de flotte utearealene som er mye brukt. Spesielt med de nye, kraftige helikopterene som er kjøpt inn. Det er nå kommet planer om å bygge helikopterplassen på et «tårn» rett ved sykehusene. Helt urealistisk. I tillegg vil anleggsarbeidene foregå i adkomstsonen for ansatte og pasienter. I 10-15 år!

Vi som forening er spørrende til at en så pasientfientlig plan har kunnet gå så langt i så lang tid uten å bli stoppet. Milliarder kunne vært spart dersom prosjektet hadde blitt stoppet da Veivesenet sa nei til å legge lokk over Ring 3.

For liten sykehuskapasitet i Oslo

Oslo pasientforening mener at Helse Sør-Østs planer for sykehusene i Oslo vil gi bekymringsverdig lav kapasitet i sykehusene. I HSØ/OUS sin plan ligger omfattende overføringer av pasienter fra Oslo Universitetssykehus til kommunehelsetjenesten i Oslo og til de andre sykehusene i Oslo.

De nye sykehusene er basert på utvidet bruk av teknologi og kortest mulig behandlingstid. De har også basert planen på at en stor del av veksten i behovet for helsetjenester som følge av befolkningsøkning, der eldre vil utgjøre en større del, skal overlates til kommunehelsetjenesten og «hjemmesykehus» med teknologiske løsninger. Dette vil i stor grad gå ut over den eldre delen av befolkningen. Hvis vi ser hvordan hjemmetjenesten fungerer i flere bydeler i dag, er dette en spesielt dårlig løsning. Mange av den eldre generasjon har dårlig, hvis noen datakunnskaper. Ca halve befolkningen i Oslo består av husstander med én person.

Denne typen tjenester er under ingen omstendighet en løsning som tar nødvendig hensyn til pasientene.

Etter 2035 står OUS uten reservearealer både på Rikshospitalet og Aker.

Adkomst

Sikkerhetsmyndighetene har krevd at det nye sykehuset på Gaustad må ha en nødankomst. Altså to sikre og tilgjengelige adkomster.

Ring 3 er utfordringen uansett om man kommer fra øst eller vest. Både hovedadkomsten og nødadkomsten er svært sårbare når det er stor trafikk eller trafikkstans. Nødankomsten er ment å gå opp langs Sognsvannsbekken fra Ring 3 til Slemdalsveien. Dette vil i hovedsak

dreie seg om anleggstrafikk som vil rasere turveidraget og bekken, og i realiteten okkupere nødadkomsten.

Ring 3 er i dag en jevnt høy trafikkbelastet vei, spesielt i rushtidene. I realiteten rammer en stopp på Ring 3 begge adkomstene. Allerede i byggeperioden vil adkomsten til Rikshospitalet og Gaustad psykiatriske sykehus gjøre tilgangen enda mer presset enn den er i dag.

Når det nye sykehuset skal tas i bruk om 10-15 år, vil det mangedoble pasienter og ansatte og dermed øke behovet for god og tilgjengelig adkomst, som ikke eksisterer.

Dersom det skjer en større ulykke, større snøfall med biler som sklir utfor veien etc., kan det bli helt umulig for ambulanser med kritisk syke mennesker å komme frem. For ikke å snakke om ved et eventuelt terrorangrep. 22. juli hadde blitt en langt større katastrofe dersom sykehuset hadde ligget på Gaustad.

Innbyggertallet i Oslo øker. Planen til HSØ/OUS, som innebærer å selge en av byens mest attraktive tomter til boligutviklere der det er planlagt å bygge boliger så høyt og tett som er tillatt. Det er også planlagt å bygge høyt og tett med boliger i tilknytning til Tåsensenteret, som har Ring 3 som eneste naturlige hovedvei. Dette vil øke trafikkbelastningen ytterligere.

Forslått bebyggelse raserer to sykehusanlegg (Ullevål og det nåværende Rikshospital). Begge er basert på en humanistisk tankegang fra hver sin tidsepoke. Det forslaget som ligger ute til høring, er direkte ødeleggende for pasientbehandlingen ikke bare i Oslo, men hele regionen/landet.

På Ullevål har de to fullverdige adkomster, en fra Ring 3 og en fra Ring 2. I tillegg er det opptil flere innganger for fotgjengere som uten problem kan benyttes som adkomst for ambulanser.

Vi mener at et prosjekt som fremdeles endres og er så usikkert, ikke kan godkjennes. Dessuten er det helt uansvarlig at HSØ/OUS og Bent Høie nekter en upartisk utredning av Ullevåialternativet!

Sykehus er ikke butikk som skal drive med overskudd

Et sykehusprosjekt som satser på økonomisk gevinst i byggeperioden, vil høyst sannsynlig by på noen kostnadskrevende overraskelser.

En byggeperiode på 10-15 år vil svekke helseberedskapen for befolkningen, ikke bare i Oslo, men i hele regionen og gi redusert trygghet.

**Fra Oslo Pasientforening
Stiftet 3. mai 2021**

**v/leder Turid Cordtsen
turidco@gmail.com**

Avsender: Stiftelsen Gaustadklubbens fond

Sak til offentlig ettersyn: Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde/ Trondheimsveien 235, Aker sykehusområde

Stiftelsen Gaustadklubbens fond er en uavhengig stiftelse som arbeider for det døgnbaserte behandlingstilbudet innen psykisk helsevern, med et særlig fokus på bevaring av Gaustad sykehus.

I forbindelse med planene om Nye Oslo universitetssykehus (OUS), skal det foretas store forflytninger og omrokeringer på det somatiske fagfeltet i Oslo. Stiftelsen Gaustadklubbens fond ønsker i denne sammenheng å rette særskilt oppmerksomhet mot utbyggingens følger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og som implisitt dreier seg om Gaustad sykehus og det framtidige sengetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblematikk i hovedstadsregionen.

De foreliggende planene betyr en kraftig nedbygging av sengekapasiteten innen psykisk helsevern i hovedstadsregionen, som gjennom mange år allerede er blitt sterkt redusert. Vi kjenner ikke til at det finnes noe faglig eller epidemiologisk grunnlag for at en videre nedbygging av sengetallet er forsvarlig. Tvert om advarer en rekke faglige eksperter mot konsekvensene en videre nedbygging av sengekapasiteten vil gi.

Vi ser det som særlig kritikkverdig at Oslo universitetssykehus ikke på noe tidspunkt har utarbeidet noen oversikt over hvor tallmessig stor reduksjonen i sengekapasitet blir, etter en samling på Nye Aker. Uavhengige utregninger gjort av faglige tillitsvalgte viser derimot at samling på Nye Aker vil innebære en sengetallsreduksjon på mellom 20 og 30 %. En reduksjon i en slik størrelsesorden vil kort og godt gi en kritisk situasjon for det samlede behandlingstilbudet i Oslo.

En nedleggelse av Gaustad sykehus vil være et svært stort feiltrinn. Gaustad er landets eldste psykiatriske sykehus, med sammenhengende drift fra 1855. Stedet har en unik nærhet både til naturen og til byen, og har enorme utviklings- og utbyggingsmuligheter, både til dagens drift, og til en drift tilpasset moderne krav.

I løpet av det siste året er det blitt stadig klarere at bygningsmassen som planlegges på Nye Aker står i grell kontrast til Gaustad sykehus' kvaliteter. Mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblematikk vil her bli plassert i en høyblokkstruktur, og nærområdet de tilbys å gå tur i, er Sinsenkrysset.

All psykiatrisk sykehusbehandling i OUS skal legges til den nederste delen av Aker-området, der boligblokkene ligger i dag. Konsulentfirmaet Rambøll har lagt fram to alternativer;

1. Tre fire etasjers blokker med hvert sitt lille atrium i midten. Dette beskrives som

fredelige og godt skjermede «lyshager».

2. En langstrakt hovedbygning med sidefløyer i 2 til 3 etasjer. Utearealet skal være et inngjerdet område, tett inn mot Dag Hammarskjölds vei, delvis i gul og rød støysone, omtrent ved tunnelmunningen til ring 3, der det pr. i dag passerer ca. 66 000 biler i døgnet, med en stor andel tungtrafikk.

Støybelastningene fra Ring 3 er nedtonet i beskrivelsen av utearealer i henhold til alternativ 2.

Denne endringen vil ha stor betydning for mennesker i dype livskriser, som trenger omgivelser som kan hjelpe i behandlingen – ikke bryte dem ned. Vi opplever nå at stadig flere opplever Gaustad sykehus som helt umistelig i norsk psykiatri.

Det er også slik at en videreføring av de foreliggende planene vil kollidere med de sterke verneinteressene knyttet til Gaustad sykehus og området rundt, og i praksis vil sette til side en rekke innvendinger fra antikvariske faginstanser.

Vi vil henlede oppmerksomheten på Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), som i vår har kommet med to viktige rapporter om helsebygg innen psykisk helsevern, der trivsel er en viktig komponent. Ukom skriver blant annet dette:

"Arkitektonisk utforming, innredning, fargebruk og lys- og lydforhold inngår i et helhetlig behandlingsmiljø. Vi trenger gode lokaler å bli friske i. Like viktig som innemiljøet, er tilgang til uteområder og beroligende omgivelser".¹

Dette er velkjent kunnskap, som likevel lenge har vært nedvurdert i planleggingen av tilbudene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk. Gaustad sykehus representerer en unik verdi, nettopp bygget med hensikten å bidra til sinnets helse. Dersom sykehusets nedlegges for gruppene det er ment for, forsvinner også store deler av meningen med sykehusanlegget. Resultatet vil være at både brukere av stedet, og Norge som kulturnasjon vil tape.

Oslo, 7. juni 2021

**Mariane Sandholdt /s/
styreleder**

¹ <https://ukom.no/forside/nyheter/legger-ram-to-rapporter-om-helsebygg-i-psykisk-helsevern/?fbclid=IwAR0bUm4zACeh0h1BGTkeXaQqeng-jkHv4cJhkyVIHirviVU-JGfWAjXG9fE>

Høringsuttalelse - Detaljreguleringsplan med konsekvensutredning - Gaustad sykehusområde

Innhold

1	Innledning	2
2	Oppsummering og hovedkonklusjoner	2
3	Om HSØs utredningsmetode	4
4	Formålet med plan og bygningsloven og planprosessen. Behov for områderegulering	4
5	Planmyndighet og forholdet til HSØs "målbilde"	6
6	HSØs varierende planer - bakgrunn og viktige trekk i planprosessen	6
6.1	Innledning	6
6.2	Målbildet som det avgjørende premisset for planforslaget	6
6.3	Målbildet fastsatte tomtevalget for tidlig og i strid med HSØs prosessregler i sykehusutbyggingsaker	7
6.4	Forholdet til Oslo kommunes tidligere behandling av saken	12
7	ROS-analysen oppfyller ikke kravene i pbl. § 4-3	15
7.1	Lovens krav	15
7.2	ROS-analysen for Gaustad sykehusområde	16
8	Den foreslåtte sykehusstrukturen – overordnet	18
9	Særlig om forslaget om nedleggelse av akuttenheten på Ullevål og ny delt løsning med akuttenhet på Ullevål og Aker. Overføring av ansvar for helsetjenester til Oslo kommune	18
10	Særlig om sykehuskapasitet og konsekvensene for de kommunale helsetjenestene	19
11	Særlig om tilgjengelighet for sykehusarealene og behovet for adkomst via Ring 3	20
12	Særlig om tilgangen på helsetjenester i byggefasen	21
13	Vernede Gaustad sykehus – behov for dispensasjon fra Riksantikvaren	21
14	Rasering av «torget» på dagens Rikshospital – det nye adkomsttorget har ikke kvaliteter som et adkomsttorg	22
15	Tomtearealet på Gaustad – oppsummert	23

1 Innledning

Det vises til Plan- og bygningsetaten i Oslo kommunes (PBE) invitasjon til å inngi høringsuttalelse for detaljreguleringsplan for Gaustad sykehusområde.

Foreningen Redd Ullevål sykehus¹ inngir med dette høringsuttalelse. Foreningen vil også levere separate deluttalelser for enkelte temaer. Planene for utbygging på Gaustad sykehusområde møter motstand i mange fagmiljøer og PBEs invitasjon til å inngi høringsuttalelse favner vidt og dekker bl.a. helsefaglige forhold. Denne høringsuttalelsen reflekterer dette, men fokuserer på det vi antar er det mest relevante, rent planfaglig. Mange deler av denne høringsuttalelsen er relevant også for forslaget om detaljreguleringsplan for Aker sykehus, og bes derfor ført som en høringsuttalelse også i den saken.

Gjennomgangen nedenfor er ikke ment å gi uttrykk for en prioriteringsrekkefølge med hensyn til hvilke forhold Foreningen anser som mest mangelfulle eller kritikkverdige.

Formålet med prosjektet nytt sykehus på Gaustad sykehusområde, og med detaljreguleringen, er å øke kapasiteten på helsetjenester for å svare på befolkningens voksende behov. En hovedinnvending er at det er høyst tvilsomt om dette formålet ivaretas ved forslaget.

2 Oppsummering og hovedkonklusjoner

Foreningen Redd Ullevål sykehus hovedkonklusjoner er:

- HSØs utredningsmetode er fragmentarisk, noe som gir dårlig grunnlag for borgermedvirkning og svakt beslutningsgrunnlag.
- Oslo kommune er ikke bundet av HSØs «målbilde». Målbildet er et uttrykk for HSØs ønske, men har ingen rettslig betydning i en plan- og bygningsfaglig sammenheng.
- Gjennomgang av historikk viser at Oslo kommunes tidligere positive holdning til planene, ble avgitt basert på uriktig faktisk grunnlag. Dessuten ble det uttrykt flere forbehold, bl.a. om bygging av lokk over Ring 3, som ikke lenger er del av planene.
- ROS-analysen oppfyller ikke kravet i plan- og bygningslovens § 4-3.
- Den foreslåtte nye bygningsstrukturen gir mange små og oppdelte etasjeplan. Dette er lite effektivt og fleksibelt. Tverrforbindelsene internt i det nye anlegget og mellom nye

¹ Foreningen Redd Ullevål sykehus ble stiftet 6. april 2018 som en partipolitisk nøytral forening hvis formål er å sikre videre drift av Ullevål sykehus som stort lokal- og regionssykehus. Foreningens arbeid skjer vesentlig i samarbeid med fagorganisasjonene og ansatte i OUS. Foreningen Redd Ullevål Sykehus har 800 betalende medlemmer og over 30.000 støttemedlemmer. Styret består av Tor Winsnes, sykehusarkitekt, Dag Hovland, arkitekt, Liv Haug, bankfunksjonær og leder av Oslo Venstrekvinnelag, Eli Nordal, pensjonert overlege, Per Aschjem, sykepleier, Kari Støren, psykiatrisk sykepleier, Hans Erik Heier, overlege tidligere leder for Blodbanken og Inger Margreth Holther, sykepleier, professor og tidligere sjefsykepleier ved Rikshospitalet. Leder er Lene Haug, journalist og redaktør. Styret samarbeider med en rekke aktive bidragsyter som er anerkjente eksperter på ulike fagområder..

og gamle bygg er svake. Forsyningstjeneste skal foregå gjennom kulverter i bratt terreng, noe som gir dårlig logistikk.

- Midlertidig helikopterlandingsplass er sentralt i planene, men er ikke innlemmet i planforslaget eller konsekvensutredningen. Dette må gjøres, slik at betydningene av en slik landingsplass også kan vurderes.
- De samfunnsmessige konsekvensene av nedleggelse og oppsplitting av akuttmottaket på Ullevål sykehus er ikke utredet, til tross for at medisinske miljøer advarer sterkt mot dette.
- Tre av Oslos sykehus blir liggende langs trafikkbelastede Ring 3. Dette vil redusere helsetjenestens tilgjengelighet og øke samfunnets sårbarhet i akutte situasjoner. Ring 3 blir i seg selv et egnet terrormål. Forutsetningen om at Ring 3 har tilstrekkelig kapasitet synes ufundert.
- Tomtearealet på Gaustad er for lite til å gi noen muligheter for fremtidige utvidelser, samtidig som Oslos befolkning er sterkt voksende og aldrende. Kapasiteten på det nye sykehuset vil trolig være sprengt allerede ved oppstart.
- Forutsetningen om overføring av vesentlige helsetjenester til Oslo kommune, er ikke utredet. Det er ikke vurdert om Oslo kommune har bygningsmasse og helsefaglig kapasitet til å svare på utfordringen.
- Befolkningens tilgang på helsetjenester i en langvarig byggefase (13-15 år) vil bli sterkt svekket. Drift av nåværende Rikshospitalet, samtidig som det bygges nytt sykehus på området, er en svært kompleks øvelse som lett vil redusere produktiviteten og påvirke kvaliteten på de tjenestene som ytes på nåværende Rikshospitalet.
- Forslaget om utbygging på Gaustad er i konflikt med fredningen av Gaustad sykehus og bevaringen av landskapet rundt. Riksantikvaren har varslet innsigelse mot planene for omregulering, noe som svekker mulighetene for gjennomføring av planen.
- Utbygging på Gaustad vil bli dyrere enn en alternativ utbygging av Ullevål sykehus, samtidig som planen har en rekke svakheter og liten kapasitet til å kunne dekke byens behov. Et ubesvart spørsmål er hvorfor HSØ likevel ønsker utbygging på Gaustad.
- Det må gjøres en reell vurdering av om utforming av nytt sykehus som foreslått i reguleringsplanforslaget er robust mot pandemier, epidimer og smitte. Det er ikke relevant å påpeke at det ikke er grunnlag for å hevde at det foreligger smitterisiko ved bruk av heis. Det relevante spørsmålet er om det er tilstrekkelig godtgjort at det planlagte sykehuset, både plassmessig og smittevernmessig, med overveiende sannsynlighet² vil kunne svare på samfunnets behov ved neste pandemi, eller om dette hensynet tilsier en annen løsning. Til sammenligning ble Ullevål sykehus i sin tid tilpasset

² Det relevante sannsynlighetskriteriet er om det er minst 50 % sannsynlig at samfunnets behov ivaretas. Medisinske evidenskrav til sannsynliggjøring av hvordan smitte skjer og om det kan skje i en heis, er ikke relevant.

spesielt for å svare på slike utfordringer, med tilgang fra bakkeplan til betydelige deler av sykehuset, og god plass.

- Soldiagrammer er kun utarbeidet for kun et begrenset antall timer, noe som kamuflerer reduksjonen i sollys som følge av den planlagte utbyggingen.

3 Om HSØs utredningsmetode

HSØs utredningsmetode er fragmentert, noe som illustreres av de om lag 400 forskjellige utredningsdokumentene som finnes i saken. Grunnlaget for høring er dermed også fragmentert. Fragmentering innebærer at viktige overordnede hensyn, som går på tvers av fagdisipliner og sektorer ikke er vurdert. Foreningen mener at utredningsmetodikken tilslører den helt sentrale innvendingen mot HSØs planer – at tilgjengelig areal på Gaustad og Aker til sammen er for lite til å fylle behovet for et godt og funksjonelt sykehus som fyller de medisinskfaglige behov som sykehuset skal dekke i dag og fremtiden.

Utredningsmetoden karakteriseres videre ved at mange vesentlige forhold som de ulike konsekvensutredningsrapportene påpeker som problematiske eller risikofylte, konfliktfylte eller ennå ikke utredet, skyves fremover under henvisning til at de vil bli tatt hensyn til i detaljprosjektering og anleggsgjennomføring³. Denne metodikken, som også innebærer en fragmentering, er ikke tilfredsstillende, da mange av de påpekte forholdene vanskelig vil la seg utbedre eller løse på grunn av plasseringen som er valgt og tomtens størrelse og beskaffenhet. Dette reiser problemer i forhold til kravet om forsvarlig utredning av saksgrunnlaget og kommunens plikt til å ivareta sentrale planhensyn. Vedtagelsen av planen slik den er nå, vil låse en rekke løsninger hvor man ikke har utredet om problemene vil la seg avhjelpe. Det er en fare for at viktige problemer blir avhjulpet med ad hoc løsninger begrenset av lite areal og lite fleksibilitet.

4 Formålet med plan og bygningsloven og planprosessen. Behov for områderegulering.

Formålet med plan- og bygningsloven (planloven) er å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner, jf. § 1. Innenfor denne rammen skal planmyndighetene bl.a. «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale forskjeller» og legge til rette for god utforming av bygde omgivelser, jf. § 3-3 e) og f). Øvrige deler av formålsbestemmelsen viser at lovens formål er svært omfattende. Det ligger innenfor planmyndighetenes mandat og plikt å sikre at viktige hensyn ikke faller mellom flere stoler på grunn av fragmenteringsmetodikken i høringsgrunnlaget.

Planlovens hovedgrep for å unngå uheldige konsekvenser av et oppdelt beslutningsgrunnlag (fragmentering), er de ulike plannivåene, herunder kommunens adgang til bruk av områderegulering der det er behov for mer områdevis avklaringer av arealbruken, jf. planloven § 12-2.⁴

³ F.eks. ROS-rapporten side 56- 60.

Foreningen Redd Ullevål sykehus mener kommunen må benytte områderegulering for å sikre at formålet med planloven og de hensyn som bærer forslaget til detaljreguleringsplan for Gaustad sykehusområde ivaretas.

Områdereguleringen kan dekke områder som ikke er geografisk sammenhengende – og en områdeplan for «Sykehusområder Oslo nord» kan være tjenlig. Denne kan dekke nåværende Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehusområde samt Aker sykehusområde og dermed sikre at hensyn som berører alle disse områdene ses i planfaglig sammenheng i langt større grad enn det som i dag er tilfelle.

En områdeplan vil være spesielt egnet for å vurdere hvordan risiko- og sårbarhetsforhold og forventede behov i fremtiden samlet sett påvirkes ved utbygging av nye sykehus på hhv. Gaustad og Aker, i en langvarig anleggsfase, og i en driftsfase. Tilsvarende vil trafikkutfordringene på Ring 3, gitt to mulige sykehusutbygginger langs denne veien i en omfattende og overlappende tidsperiode, trolig også samtidig med en utbygging på Ullevål-tomta og andre store byggeprosjekter. Trafikkutfordringene har en viktig side mot sårbarhet- og risikovurderinger, jf. nedenfor. Ved et slikt overordnet perspektiv, synliggjøres eksempelvis at forutsetningen om at trafikken og trafikkavviklingen på Ring 3 vil ikke vil pådras kritiske behov⁵, å være svakt fundert.

Felles utredning av planfaglige hensyn ved bruk av områderegulering etter planlovens § 12-2, vil etter Redd Ullevål sykehus' mening avdekke at det er færre arealkonflikter ved valg av annen lokalisering enn Gaustad for utvikling av nytt storsykehus.

Uansett er konsekvensutredningen ufullstendig med tanke på å vurdere de samlede effektene av to så store infrastrukturutbygginger, ettersom disse utredningene i det store og hele er begrenset til virkninger innenfor planavgrensningen og i liten grad omtaler andre viktige forhold som utbyggingene medfører utenfor planområdene, herunder trafikkonsekvenser, forhold knyttet til risiko- og sårbarhet mv. Det vises til omtalen i punkt 7.2.

Planlovens saksbehandlingsregler suppleres av den sektorovergripende forvaltningslovens § 17 der det fremgår at forvaltningsorganet plikter å påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak fattes. Forvaltningslovens § 17 oppstiller et forsvarlighetskrav til saksutredning som ikke unngås ved valg av plantype etter planloven. Hvis kravet ikke oppfylles, er vedtaket ugyldig med mindre det er grunn til å tro at feilen ikke har virket bestemmende for vedtakets innhold, jf. forvaltningslovens § 41. I denne høringsuttalelsen påvises en rekke viktige forhold som *ikke er utredet, vurdert eller hensyntatt*. Dette er i en rettslig sammenheng noe ganske annet enn å diskutere interesser som er utredet, men som ulike interessegrupper vektlegger forskjellig. Når vesentlige forhold ikke er utredet i det hele tatt, er det rimelig å anta at feilen vil medføre at vedtaket er ugyldig.

⁵ ROS-analyse side 46: «Eksisterende veinett skal ha kapasitet til å håndtere estimert trafikkøkning.»

5 Planmyndighet og forholdet til HSØs «målbylde»

Ved vurderingen av forslaget til detaljreguleringsplan er en viktig premiss at Oslo kommune *ikke er bundet av HSØs «målbylde»*. Begrepet «målbylde» har ingen plass i planloven og er ikke styrende på annen måte enn at det er HSØs ønske. Oslo kommune er heller ikke bundet av Byråds eller PBEs kommunikasjon med HSØ om plassering av nye OUS. Det er kun bystyret som kan vedta bindende planer. Byråds og PBEs dialog med HSØ er kun av forberedende og orienterende art.

Hvis et «målbylde» vedtatt av HSØ i en tidlig fase skulle legge bånd på Oslo kommunes kompetanse som planmyndighet, ville det bety at beslutningen om lokalisering av nytt sykehus var fattet lenge før det var mulig å oppfylle planlovens og forvaltningslovens plikt til å opplyse saken og sørge for planfaglig gode løsninger, og på tvers av kompetansetildelingen i planloven som legger både utredningsplikten og vedtakskompetansen til kommunen.

For øvrig er det grunnlag for å hevde at Oslo kommunes foreløpig har tatt stilling til HSØs planer på sviktende grunnlag, jf. om dette i pkt 6.

6 HSØs varierende planer - bakgrunn og viktige trekk i planprosessen

6.1 Innledning

HSØs målbylde har vært styrende for planprosessen. Tidligere trekk i planprosessen er viktig for å forstå hvorfor foreliggende forslag har et så omfattende antall svake punkter.. Vi vil derfor redegjøre for en del trekk i planprosessen som har vist seg å bli styrende.

6.2 Målbylde som det avgjørende premisset for planforslaget

Gjeldende planprosesser på Gaustad og Aker er et resultat av Helse Sør-Østs planer for å gjennomføre «målbylde» for Oslo Universitetssykehus HF, vedtatt av helse- og omsorgsminister Bent Høie som foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.⁶ Foretaksmøtet godkjente Helse Sør-Øst sitt fremtidige målbylde⁷ for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Foretaksmøtet uttalte at «Dette målbylde legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF». Utredningene som fører fram mot HSØs styrets og foretaksmøtets behandling er for en stor del utarbeidet i regi av OUS og deretter behandlet av HSØ.

Foretaksmøtets vedtak fulgte opp Helse Sør-Østs styrevedtak av 16. juni 2016.⁸ I saksfremlegget til nevnte styremøte ble flere ulike løsninger til dekning av fremtidige sykehusbehov diskutert. Bygningsalternativ som omfattet Ullevål ble skrinlagt. Det ble bl.a. vist til Ullevåltomtens store

⁶ Protokoll fra Foretaksmøte 24. juni 2016 [KM_C654e-20160817081722 \(regjeringen.no\)](#)

⁷ Når det gjelder målbyldets rettslige status vises det til punkt 5 ovenfor.

⁸ [Godkjent protokoll styremøte 16 juni 2016.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

salgsverdi og at det ville være meget krevende å sikre god klinisk drift på Ullevål ved et eventuelt byggeprosjekt på tomten.⁹

Målbildet er det avgjørende premisset for utarbeidelsen av planforslagene og utelukker samtidig viktige alternative vurderinger. I det følgende vil vi peke på mangler ved vedtakelsen av målbildet som peker i retning av at et eventuelt planvedtak som bygger på forslagsstillers planforslag, hviler på faktiske feil og et mangelfullt opplyst saksgrunnlag, jf. bl.a. forvaltningsloven § 17.

6.3 Målbildet fastsatte tomtevalget for tidlig og i strid med HSØs prosessregler i sykehusutbyggingsaker

I foretaksmøtet 24. juni 2016 ble det besluttet at målbildet skulle «legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF». Beslutningen om tomtevalg på Aker og Gaustad ble med andre ord fattet på dette tidspunktet. Dette var åpenbart alt for tidlig både i forhold til modenheten i prosjektet og i forhold til prosessreglene som gjelder for slike beslutninger.¹⁰

I HSØs forutgående styrevedtak av 16. juni 2016 heter det bl.a. «Hoveddelene av de utredningene som er knyttet til Aker og Gaustad ligger på et idéfasenivå.». Videre fremgår det at arealbehovet på Gaustad skulle «kvalitetssikres i det videre arbeidet» og at det måtte «legges som en foreløpig premiss at utviklingen av regionsykehuset på Gaustad skjer nord for Ringveien». Disse uttalelsene må ses på bakgrunn av at valgene så langt i idéfasen bygget på en forutsetning om at sykehuset skulle strekke seg både syd og nord for Ringveien med bredt lokk over Ringveien som skulle binde bygningene sammen. Dette var også det forslaget som ble forelagt for Byrådet til uttalelse i februar 2016, jf. nærmere omtale av dette nedenfor. Imidlertid hadde denne planen allerede møtt på uoverstigelige hindringer ved at Statens Vegvesen i 19. januar 2016 hadde sagt nei til å bygge lokk over Ring 3. Det ble senere også klart byggeplanene var lagt uten å avklare dette med grunneiere syd for Ringveien, som viste seg å ikke ville avgi tomt til sykehuset. Ved ekstern kvalitetskontroll datert 11. februar 2016 uttalte OPAK Metier:

«OPAK og Metier mener at prosjektet har undervurdert risikoen i alternativene, og spesielt alternativ 3, Delvis samling på Gaustad. Ut fra samtaler og skriftlige

⁹ Brukerveiledning – saksfremlegg til styret i Helse Sør RHF (helse-sorost.no) s. 9-10. Det er interessant å merke seg at dette i sin tid var et viktig motargument mot å velge å bygge ut den mye større Ullevål-tomten, mens dette argumentet nå er tillagt liten betydning ved en utbygging av den mye trangere Gaustad-tomten med langt dårligere adkomstmuligheter.

¹⁰ [Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf](https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html) Gjeldende veileder avløser Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter vedtatt i 2011: <https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>. Styret i HSØ vedtok i 2017 at Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Tidligfaseveilederen) skal tas i bruk på «pågående byggeprosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang», se <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2017/20170914/088-2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf> (sak 88/2017)

tilbakemeldinger fra Plan – og bygningsetaten (PBE) og Statens vegvesen (SVV) synes det sannsynlig at:

- Etablering av lokk kan bli vanskelig, og SVV melder skriftlig at ingen av løsningene med lokk er gjennomførbare
- SVV synes å mene at en planleggingshorisont på 10 – 15 år for etablering av lokk er for kort
- PBE signaliserer at det vil bli stilt krav om at lokk over Ring 3 er ferdig før første etappe på Gaustad i delvis samling på Gaustad er ferdigstilt
- PBE signaliserer en betydelig reguleringsrisiko, som kan medføre at tomtearealene er for små til å etablere et sykehus på Gaustad som skissert i alternativ 3 (delvis samling på Gaustad)»

OPAK og Metier uttalte også at: «Det kan derfor diskuteres om alternativ 3 (Delvis samling på Gaustad), slik det er presentert i dag, gir et riktig bilde overfor beslutningstakere.»

Til tross for dette og i stedet for å revidere prosjektet, for eksempel ved å gjøre en fornyet vurdering av Ullevål-tomten, fortsatte HSØ sin planlegging på Aker og Gaustad uten hensyn til at de nå hadde langt mindre areal på Gaustad tilgjengelig enn det planene opprinnelig forutsatte. At planene om å bygge syd for Ringveien var forlatt ble heller ikke klargjort overfor PBE, ref. bl.a. at HSØ i bestillingen av oppstartsmøte så sent som 20. mars 2017 anga¹¹ to alternative løsninger for utbyggingen: «Et alternativ med utbygging vesentlig nord-øst for dagens Rikshospital og et alternativ med utbygging hovedsakelig i sør, med lokk over Ring 3 og tilknytning til Forskningsparken» (vår kursivering). Det nord-østlige alternativet måtte for øvrig også skrinlegges fordi HSØ ikke hadde tatt hensyn til fredede Gaustad sykehus.

Det var videre svært uklart hvordan byggene skulle kunne innpasses på Gaustad-tomtene, noe den senere prosessen viser bl.a. med et prosjekt som stadig skiftet karakter ettersom tomtens begrensninger viste seg. Dette medførte bl.a. at utkast til planprogram måtte sendes ut på høring ved hele tre anledninger for å hensynta ulike hindringer. Viktige spørsmål om funksjonsfordeling var heller ikke avgjort, noe som bl.a. viste seg ved at akuttmottaket måtte fordeles mellom Aker og Gaustad. Dette har vært svært uheldig for den helsefaglige planleggingen som sykehusets ansatte har måtte forholde seg til.

Den uryddige prosessen har bl.a. sammenheng med at prosessreglene for sykehusutbyggingssaker, som fremgår av Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter ikke er fulgt.¹² Tidligfaseveilederen er utarbeidet av de regionale helseforetakene og stiller krav til

¹¹ I den siste runden foranlediget av at bygningene hadde vokst fra under 42 til 76 meters høyde som følge av endrede planer i HSØ. Dette var ikke kommunisert til PBE, som det fremgår i PBEs brev av 2. november 2018, hvor det igjen ble advart mot høy reguleringsrisiko. <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?ino=2018131457&fileid=8173275>. Se også [Tre 60–70 meter høye sykehusblokker planlegges på Gaustad \(aftenposten.no\)](https://www.aftenposten.no)

¹² [Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf](#) Gjeldende veileder avløser Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter vedtatt i 2011: <https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>. Styret i HSØ vedtok i 2017 at Veileder for Tidligfasen i

rekkefølgen av viktige stadier i planleggingen (bl.a. tidligfase, konseptfase og forprosjekt) og hvilke handlinger som må være gjennomført før en kan beslutte overgang fra en fase til den neste. Formålet er å bidra til en felles, effektiv og målrettet prosjektprosess for byggeprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Det følger av Tidligfaseveilederen pkt. 2 at «helseforetakene skal ha «minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekt».

Tidligfaseveilederen gjelder de bygningsmessige løsningene og konseptene og må derfor ses i sammenheng med Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.¹³

Oslo kommune er som planmyndighet ikke bundet av reglene i Tidligfaseveilederen. At disse ikke er fulgt av forslagsstiller kan likevel få betydning i en planfaglig vurdering, fordi det indikerer at saksgrunnlaget ikke er godt nok opplyst. Her vises det særlig til to viktige mangler ved HSØs prosess: Oppstart skal skje på grunnlag av en kvalitetssikret Utviklingsplan og en Økonomisk Langtidsplan, som til sammen skal danne grunnlaget for at byggeprosjektet skal føre til et formålstjenlig bygg, jf. Veilederen punkt 3.1. For OUS forelå ikke Utviklingsplanen før i april 2018.¹⁴ *Man kan derfor si at arbeidet med prosjektet Nye OUS begynte i feil ende, med lokalisering og tomtevalg i stedet for en sykehusfaglig behovsplan.*¹⁵ Et annet viktig punkt i Tidligfaseveilederen er at Konsekvensutredning (KU) etter plan- og bygningsloven bør utføres før lokalisering valg gjøres, slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag. Dette skal skje før overgangen til konseptfasen, jf. Veilederen punkt 6.4. For Nye OUS ble tomtene valgt først, deretter skulle sykehusene tilpasses disse. En ferdigstilt konsekvensutredning¹⁶ forelå ikke før 2. februar 2021, dvs. etter at til og med overgang til forprosjektfasen var blitt besluttet i HSØs styremøte 26. november 2020.¹⁷

Som det fremgår ble tomtevalget fastsatt før helt vesentlige avklaringer med hensyn til tomt og areal var gjennomført, og i strid med Tidligfaseveilederens regler og forutsetninger. Vi skal i det

sykehusbyggeprosjekter (Tidligfaseveilederen) skal tas i bruk på «pågående byggeprosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang», se <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2017/20170914/088-2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf> (sak 88/2017)

¹³ Se Veilederen pkt. 1.1.

¹⁴ [Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

¹⁵ Det vises her også til OPAK og Metiers eksterne kvalitetskontroll hvor det heter på s. 4: «Til slutt mener OPAK og Metier at rapportene i idefasearbeidet til OUS handler for mye om lokasjon, og for lite om hvordan man skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv. Rapportene beskriver i liten grad dagens utfordringer med hensyn på kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, og hvordan dette skal forbedres i fremtiden. Slik OPAK og Metier leser rapporten synes mye av hovedargumentasjonen å være at jo større et sykehus er dess bedre blir pasientbehandlingen. Derfor oppfatter OPAK og Metier at vurderingene av alternativene handler mye om hvor mye som kan samles av funksjoner, og hvor mange nye bygg som realiseres. OPAK og Metier mener at helsesektoren burde hatt bedre erfaringsmateriale og pasientmodeller for hvordan sektoren behandler pasienter på en mest mulig optimal måte. Helsesektoren står foran store utfordringer ved at befolkningen øker og samtidig blir eldre. Likevel synes ikke helsesektoren å ha en klar plan for hvordan disse utfordringene skal løses. Dette er planer og underlagsdokumentasjon som burde vært utarbeidet av HSØ, OUS og de enkelte foretak.»

¹⁶ Fortsatt er dessuten vesentlige utredningspunkter skjøvet frem i tid, se for eksempel ROS-analysen s. 56- 60.

¹⁷ [Oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)

følgende si noe om overordnede virkninger av dette som er relevante fra et planfaglig perspektiv.

For det første låser målbildet planprosessen til et prosjekt hvor arealmangelen er påtrengende, noe som medfører mindreverdige løsninger både fra et planfaglig og et sykehusfaglig perspektiv og videre angir løsninger i strid med gjeldende regler og planer (herunder forholdet til samfunnssikkerhet og beredskap.) Det vises til nærmere omtale nedenfor i punkt 7. Dette har HSØ vært kjent med siden før målbildet ble fastsatt, jf. bl.a. OPAK og Metier sin eksterne kvalitetskontroll datert 11. februar 2016 og Statens Vegvesens brev av januar 2016 om at lokket ikke ville la seg gjennomføre. Arealmangelen har også senere mange ganger vært tydelig påpekt av PBE uten at dette har medført noen endringer i målbildet.¹⁸ PBE påpekte bl.a. problemer med at tomten ville bli for liten dersom man fjernet området syd for Ring 3 fra planområdet.¹⁹ Begrensningene i byggeområdets utstrekning ble også gjentatt i andre dialogmøter²⁰ og i et eget brev til forslagsstiller av 28. november 2018.²¹ Dette brevet fulgte i det vesentlige opp varslersom allerede var gitt tidligere i prosessen. For prosjektet Kam, som er det som er valgt for senere bearbeidelse til dagens høringsforslag, varslet PBE om *svært høy* reguleringsrisiko knyttet til at planlagt byggeområde er for lite i forhold til utnyttelsen, høyden på byggene og bevaringshensyn. Det ble varslet om *høy* reguleringsrisiko knyttet til landskap og blågrønn struktur og byrom og bymessig sammenheng. Dette brevet bekreftet dermed at bekymringene som var fremmet av OPAK og Metier var vel funderte. En ytterligere bekreftelse på det samme fikk vi da PBE varslet HSØ i mai 2020 om at PBE kom til å legge ut planforslaget på Gaustad til offentlig ettersyn, men ikke ville anbefale noen av alternativene.²² Dette førte til at HSØ deretter ba om mer tid til å arbeide med forslaget frem mot det som nå er på høring. Plassmangelen fører også til andre vesentlige problemer knyttet til uklarheter omkring de sykehusfaglige løsningene og den funksjonsmessige fordelingen mellom Aker og Gaustad, som spiller direkte inn på hensynene som PBE skal ivareta, jf. uttalelsene om vurdering av helsefaglige forhold i planforslaget. Disse problemene er omtalt nedenfor i avsnitt 8 - 12 nedenfor. I tillegg til de konkrete problemene som der omtales, er det klart at de mange endringene av planene som kontinuerlig har foregått med hensyn til hvilke funksjoner som skal legges hvor, også får negativ betydning for selve planprosessen.²³ Dette gjelder endringer i antall kvadratmeter og høyder,²⁴ men også i hvordan funksjoner skal fordeles mellom de to lokasjonene, noe som kompliserer reguleringsarbeidet når det gjelder å vurdere hva som vil være sikre, hensiktsmessige og tilfredsstillende løsninger.

For det andre er en uheldig effekt av målbildet og for lite areal at HSØ forsøker å finne løsninger for viktige deler av prosjektet *utenfor* den foreliggende planprosessen, men da på måter som

¹⁸ Se bl.a. Referat fra Dialogmøte 4 [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

¹⁹ Se for eksempel referat fra Dialogmøte 3 [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²⁰ [Dialogmøte 5 showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²¹ [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²² [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

²³ Så sent som i august 2018 foreslå administrasjonen i OUS å utsette byggingen av Aker. [Nytt Aker sykehus kan bli fem år forsinket – NRK Oslo og Viken – Lokale nyheter, TV og radio](#)

²⁴ Jf. omtalen overfor av at høyden plutselig økte voldsomt og i brudd med Oslo kommunes høyhusstrategi: [Tre 60–70 meter høye sykehusblokker planlegges på Gaustad \(aftenposten.no\)](#)

klart bør vurderes i sammenheng med dette planforslaget for at formålet med planlovens utredningsplikt, og lovformålet, skal ha noen mulighet til å oppfylles. Et forhold som behandles utenfor planprosessen er midlertidige landingsplasser for redningshelikoptrene, noe som vil ha stor innvirkning på omgivelsene i lang tid fremover. Det samme gjelder forsøket på å skaffe seg tilleggsarealer i Livsvitenskapsbygget (LVB) som er under oppføring. Her er det uklart om det finnes arealer å avse til OUS, noe som ikke kommuniseres i planprosessen. I styremøte i OUS 30. april 2021 behandles Risikostyring i Nye Oslo Universitetssykehus²⁵ og i vedlegget om Livsvitenskapsbygget heter det imidlertid: «Innmeldt funksjons- og kontorarealer viser seg er vanskelig for Statsbygg å få plass til i de tiltenkte områdene, og det pågår en prosess med UIO og Statsbygg hvordan en løser arealbehovet til OUS i bygget.»²⁶ For det andre kan det synes som om dette vil forutsette påbygging av etasjer på LVB, se illustrasjon av nær- og fjernvirkninger på s. 101 i høringsutkastet hvor LVB ser ut å være tegnet høyere i situasjonen etter utbygging. Hvis planen faktisk er å bygge LVB høyere enn opprinnelig planlagt, er finstudering av illustrasjonen den eneste måten å avdekke dette på. En slik plan er det imidlertid ikke mulig å vurdere for høringsinstansene, da LVB ikke er en del av planforslaget. Hvis slike endringer er forutsatt for å skaffe nok plass, må det innlemmes i eksisterende planforslag slik at det er mulig å uttale seg om det og behandle i sammenheng.

For det tredje innebærer målbildet at alternative vurderinger som burde vært gjort, faller utenfor gjeldende planprosess. Anvendelsen av målbildet som et avgjørende premiss for prosessen gjør bl.a. at Oslo kommune i praksis avskjæres fra å gjøre meningsfylte sammenligninger med alternativer som omfatter andre plangrep, som for eksempel å bruke hele eller deler av Ullevålområdet. Dette er særlig betenkelig når Oslo kommune tvinges til å velge mellom to klart mindreverdige løsninger på Gaustad, som planforslagets alternativ 1A og 1B innebærer. De to alternative planforslagene 2A og 2B har aldri vært realistiske og er derfor en bortkastet øvelse («skinnøvelse»). HSØ burde i stedet utarbeidet meningsfylte alternativer som omfatter et stort nok areal, typisk da på Ullevål tomten som de selv disponerer. HSØs valg av plantype til detaljregulering for å avgrense vurderingen til målbildet binder imidlertid ikke Oslo kommune, som bør sørge for at det utarbeides en områderegulering som omfatter stort nok areal til å dekke sykehusets behov nå og i fremtid. Det vises til nærmere omtale i punkt 4 ovenfor. Et sterkt argument for dette er manglene som er påvist i HSØs egen prosess, jf. ovenfor. Oslo kommunes myndighet som planmyndighet kan ikke begrenses i en så viktig sak, med så store og langsiktige konsekvenser, av et mål bilde fastsatt på en måte som ikke oppfyller HSØs egne prosessregler, og uansett lider av en rekke mangler i utredningen som vil forplante seg til et eventuelt planvedtak, herunder brudd på kravene til et tilstrekkelig godt utredet saksgrunnlag, jf. forvaltningsloven § 17.

Et fjerde svært viktig punkt gjelder oppfyllelsen av kravene i plan- og bygningsloven kapittel 5 om medvirkning. Kommunen skal påse at medvirkning er oppfylt i planprosessen, jf. planlovens § 5-1. Slik prosessen hittil har forløpt med stadig endrede forslag fra HSØs side og med viktige forhold som enten ikke er utredet, eller er for dårlig utredet, innenfor svært smalt avgrensede planområder, er eller eventuelt forutsettes løst på et senere tidspunkt, er det klart at ulike

²⁵ [Styresak 2021-31-00 Risikostyring i Nye Oslo universitetssykehus 20210430.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

²⁶ [Styresak 2021-31-05 Livsvitenskapsbygget 20210430.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

grupper av interessenter ikke har fått tilstrekkelig godt grunnlag for å delta i hensiktsmessige medvirkningsprosesser slik loven forutsetter. Medvirkningsprosessene må dimensjoneres etter planprosessens karakter og tilpasses brukergruppene.²⁷ I dette tilfellet er det et svært omfattende og vanskelig tilgjengelig forslag som er sendt på høring og det kan ikke forventes at den ordinære høringsfristen vil være tilstrekkelig til å reparere at muligheten til medvirkning så langt har vært svært begrenset. Dette gjelder ikke minst fordi forslaget også omfatter komplekse helsefaglige spørsmål og at Aker og Gaustad-forslagene innholdsmessig henger sammen og må vurderes i sammenheng. Fordi forslagene hele tiden endrer karakter er det vanskelig å gjennomføre gode medvirkningsprosesser med de ansatte, som er en viktig forutsetning for å sikre at forsvarlighetskravet i helselovgivningen blir oppfylt. Det vises også til at mange av de berørte er naboer, nabolagsforeninger og andre med begrenset tid og ressurser til å sette seg inn i så omfattende materiale, samt brukergrupper innenfor helsesektoren som heller ikke kan forventes å ha anledning til å sette seg inn i konsekvensene forslagene vil ha for dem innenfor en så kort frist og på et så tynt grunnlag. Dette gjelder ikke minst gruppen av psykiatriske pasienter som åpenbart vil få et helt uegnet og utilstrekkelig tilbud slik løsningen for dem er tenkt midt i Sinsen-krysset. Alt i alt vil ikke de (manglende) medvirkningsmulighetene hittil gi tilstrekkelig legitimitet til planprosessen og heller ikke være egnet til å innhente relevante synspunkter som er viktig for å få et godt resultat.

Konklusjonen så langt er at HSØs prosess lider av store mangler når det gjelder å klarlegge helt vesentlige forhold knyttet til tomt, arealbehov og funksjonsfordeling som burde vært avklart før lokaliseringvalget ble truffet. Målbildet har fastsatt tomtevalget til to tomter som til sammen ikke er store nok til å gi plass til nødvendig areal og gode løsninger. Dette har skjedd uten at viktige planfaglige vurderinger og avklaringer har blitt gjennomført i tide. Manglene kan bl.a. forklare med at man ikke har fulgt fremgangsmåten som følger av Tidligfaseveilederen, noe som kunne gitt klarhet i både viktige forhold knyttet til tomt og arealbruk og dermed hva som var det reelle handlingsrommet knyttet til tilgjengelig areal. Videre har det foregått en vedvarende sjonglering med funksjoner og nye beregninger av arealbehov knyttet til sykehusdriften. Disse svakhetene kan ha sammenheng med at det heller ikke har foreligget en Utviklingsplan i tide til at den kan hensyntas i sykehusplanleggingen og tomtevalget, slik Tidligfaseveilederen forutsetter. Prosessen hittil vanskeliggjør gode vurderinger av om arealbehovet faktisk lar seg oppfylle på de to tomtene, selv ved å presse byggeplanene utover tomtenes tålegrense slik de foreliggende forslagene nå gjør. Imidlertid viser vår diskusjon i punktene 7 - 15 nedenfor klart at dette ikke er tilfelle. Videre har målbildet for tidlig avskåret vurderinger av alternative løsninger. Den uryddige prosessen vanskeliggjør også en fornuftig medvirkning fra berørte interessenter.

6.4 Forholdet til Oslo kommunes tidligere behandling av saken

Helse Sør-Øst har flere ganger fremhevet at forslaget til videreutvikling av OUS som er fastsatt i målbildet er i tråd med tidligere uttalelser fra Oslo kommune. I Helse Sør-Østs saksfremlegg til

²⁷ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrativeilederen/kommunen-og-innbyggerne/innbyggernes-medvirkning-i-planprosesser/id2425535/>

ovenfor nevnte styremøte hvor målbildet ble vedtatt ble det bl.a. vist til²⁸ at Byrådet i Oslo hadde avgitt høringsuttalelse i saken 21. januar 2016, med følgende konklusjon:

«Oslo kommune anbefaler alternativ 3, med en delvis samling på Gaustad og med etablering av lokalsykehusfunksjoner utenfor hovedsykehuset. Nytt lokalsykehus bør plasseres på Aker. Denne løsningen vil gi de størst positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehus tilbudet for Oslos innbyggere. Det påpekes at Aker ligger inntil ett av Oslos viktigste byutviklingsområder, som vil ta en stor del av befolkningsveksten i årene fremover.»²⁹

Denne uttalelsen har i ettertid av HSØ blitt tatt til inntekt for at Oslo kommune har fått den løsningen kommunen selv har bedt om, med utbygging på Aker og Gaustad. Dette er imidlertid ikke en riktig påstand.

For det første, i henvendelsen fra OUS³⁰ som var grunnlaget for saksfremlegget som Byrådet i Oslo behandlet var det forutsatt at alternativet «delvis samling» ville innebære bygging av *lokk over Ring 3* som ovenfor nevnt. Det heter bl.a. i OUS brev:

«Grønt-draget langs bekken vest for Rikshospitalet utvikles til et mer attraktivt parkområde som styrket dette grønnt-draget sammenlignet med i dag. I første etappe forventes bare bygging nord for Ring 3. Ved fullføring av målbildet kreves også utbygging sør for Ring 3. Det foreslås da bygget et lokk over Ring 3 som også vil knytte sammen og styrke grønnt-draget fra Blindernområdet og nordover mot marka, ved at lokket blir en del av et sammenhengende grønnt område.»

Vedlagt brevet fulgte en presentasjon som illustrerte lokket og sykehusområdet som et åpent og attraktivt område med mange forhøyede kvaliteter for nærområdet, i motsetning til det som er tilfelle i dagens forslag.³¹

Det har vist seg at forslaget som ble presentert for Byrådet av OUS hvilte på uriktige forutsetninger på områder som var av helt vesentlig betydning for Byrådets uttalelse. For det første ga Statens Vegvesen beskjed om at det ikke ville være mulig å bygge lokk over Ring 3 av veifaglige årsaker. Dette ble meddelt OUS i Statens Vegvesens brev av 12. januar 2016 og gjentatt i brev 19. januar 2016 i forbindelse med at det samme dag var avholdt et møte mellom OUS og Statens Vegvesen om saken.³² Dette var altså før Byrådet behandlet saken. Denne informasjonen var ikke gitt videre til Byrådet i tide før Byrådets behandling av saken,³³ på tross av at den innebar vesentlig endrede forutsetninger for forslaget som var presentert av OUS ved

²⁸ [Brukerveiledning – saksfremlegg til styret i Helse Sør RHF \(helse-sorost.no\)](#) s. 7.

²⁹ [fil \(oslo.kommune.no\)](#)

³⁰ [US-ADM-M126278-20151022102056 \(oslo.kommune.no\)](#)

³¹ [PowerPoint-presentasjon \(oslo.kommune.no\)](#)

³² Omtalt i OPAK og Metier, Ekstern Kvalitetskontroll s. 16. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20idéfasen%2020161102.pdf>.

³³ OPAK og Metier uttalte om dette i Ekstern Kvalitetskontroll: «Videre er brevet fra SVV en bekreftelse på at en stor risikofaktor allerede kan være i ferd med å være en realitet - at det ikke kan bygges lokk over Ring 3. OPAK og Metier kjenner også til at byrådet baserer sin anbefaling av alternativ 3, delvis samling på Gaustad, på skisser hvor det forutsettes at det skal bygges lokk over Ring 3.

at lokket måtte utgå.³⁴ For det andre omfattet byggeplanene slik de ble skissert av OUS at byggeområdet skulle strekke seg sør for Ring 3. Som ovenfor nevnt var imidlertid dette på tomtegrunn de ikke selv eide eller disponerte. HSØ kom senere til en forståelse med UiO og Sintef som grunneiere syd for Ringveien om at sykehusutbyggingen bare skulle skje nord for Ring 3.³⁵

For det andre inneholdt Byrådets uttalelse viktige forbehold og forutsetninger som ikke kom til uttrykk i Helse Sør-Østs saksfremlegg som vist til over. Byrådet tok for det første et generelt forbehold om at uttalelsen var en foreløpig planfaglig vurdering og at det valgte alternativ ville bli gjenstand for ordinær planbehandling. Byrådet uttalte videre:

«Videre vil utbygging av Gaustad sydover 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» 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 I. byggetrinn.»

Slik planforslaget for Gaustad nå ser ut er det klart at det avviker vesentlig fra det forslaget som dannet grunnlag for Byrådets uttalelse. Tomtearealet som er omfattet av planavgrensningen har blitt så lite at de viktige forutsetningene som fremgikk av Byrådets uttalelse om grøntdraget, skala og volumstørrelser og parkrommet foran Gaustad ikke kan gjennomføres. Det positive byplangrepet som lokket over Ring 3 ville representert vil heller ikke bli gjennomført. I tillegg fører den trange tomten til en rekke andre problemer ved gjennomføring og sikkerhet ved en eventuell vedtagelse av planforslaget og videre at arealmangelen må kompenseres på annet vis, bl.a. ved byggehøyder som overstiger det som følger av Oslo kommunes planer. Disse konkrete forholdene vil bli nærmere omtalt nedenfor i punkt 7 - 15.

De forholdene som her er nevnt har to viktige implikasjoner. For det første innebærer det at Byrådets uttalelse ikke kan påberopes av HSØ som et argument i den forestående planbehandlingen. Byrådet ville uansett ikke gyldig kunne forhåndsbinde kommunens myndighet etter plan- og bygningsloven (noe Byrådet for øvrig også tok forbehold om). I dette tilfelle er det videre klart at avviket mellom det Byrådet uttalte seg om og det aktuelle forslaget er så vesentlig at Byrådets uttalelse heller ikke kan tillegges noen annen form for argumentverdi – tvert imot. For det andre innebærer det som er beskrevet ovenfor at gjengivelsen av Byrådets uttalelse i HSØs saksfremlegg til styremøtet 16. juni 2016, som igjen dannet grunnlag for målbildet besluttet av HSØs styre og senere foretaksmøtet, er mangelfullt. Fordi saksgrunnlaget ikke gjenga forutsetningene som Byrådets uttalelse bygget på, og at disse ikke ville kunne la seg gjennomføre bl.a. på fordi det ikke var mulig å bygge lokk over Ring 3, ga

³⁴ Dette er påpekt i Kjersti Patricia Amundsens innlegg i Finansavisen 8. november 2019 [Striden om nytt sykehus i Oslo: Hevder viktig informasjon ble tilbakeholdt | Finansavisen](#)

³⁵ [showfile.asp \(oslo.kommune.no\)](#)

saksfremlegget en skjev og ufullstendig fremstilling av Byrådets mening om saken. Dette kan ha påvirket vedtagelsen av målbildet i HSØs styre og i foretaksmøtet.

7 ROS-analysen oppfyller ikke kravene i pbl. § 4-3

7.1 Lovens krav

Planlovens § 4-3 krever blant annet:

«Ved utarbeidelse av planer for utbygging skal planmyndigheten påse at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres for planområdet, eller selv foreta slik analyse. Analysen skal vise alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging» (vår understrekning).

Lovformålet er åpenbart; nye planer bør bidra til et sikrere samfunn forenlig med formålsbestemmelsen i § 3-1. Planer som bidrar til det motsatte skal ikke vedtas og vil ev. være ugyldige. § 3-1 angir oppgaver og hensyn i planlegging etter loven, og er dermed på overordnet nivå bestemmende for hva planmyndighetene må sikre at er vurdert og hensyntatt i planene. Særlig § 3-1 h) er sentral i vurderingen av om kravene til utarbeidelse av en risiko- og sårbarhetsanalyse i henhold til § 4-3 er oppfylt, jf. Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) side 188. § 3-1 h) angir at oppgaver og hensyn er å «fremme samfunnssikkerhet ved forebygging av risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv.»

St.meld. nr. 17 (2001-2002) om samfunnssikkerhet tilsier at samfunnets sikkerhet i større grad enn tidligere må vurderes «i forhold til den trusselen terrorisme og organisert kriminalitet representerer», jf. dokumentets sammendrag. Av Meld. St. 10 (2017-2017) «Risiko i et trygt samfunn» følger at kommunen er sentral ved ivaretagelsen av samfunnssikkerhet, definert som samfunnets evne til å «verne seg mot og håndterer hendelser som truer grunnleggende verdier i og funksjoner og setter liv og helse i fare», jf. dokumentet side 9. Det nevnes at slike hendelser kan være utløst av bevisste handlinger, altså terror og sabotasje. Slike forhold er med andre ord stadig mer relevant og har økende vekt. Kommunens plikter i denne forbindelse må bl.a. ivaretas av kommunen som reguleringsmyndighet. På side 14 i dokumentet nevnes at det er et mål at sikkerhetskulturen i samfunnet forbedres, bl.a. ved bedret risikoerkjennelse.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utarbeidet veilederen «Samfunnstryggleik i kommunen si arealplanlegging» (2017). Det fremgår av dokumentet at det er sentralt i en ROS-analyse å koble konsekvenser i og utenfor planområdet og vurdere disse samlet, jf. kapittel 3 der anbefales at en ROS-analyse omfatter:

- forhold i omkringliggende område som kan få konsekvenser for planområdet
- endringer i risiko- og sårbarhetsforhold som følge av planlagt utbygging
- risiko- og sårbarhetsforhold i kombinasjon
- mulige konsekvenser av utbygginga for omkringliggende områder

DSB er fagorgan for samfunnsrisikoforhold, og direktoratets veileder er relevant og har stor vekt ved tolkingen av kravet til ROS-analyse i planlovens § 4-3, jf. også SOM-2017-4303 som viser til dagjeldende veileder fra DSB.

Mangelfull ROS-analyse kan utgjøre en saksbehandlingsfeil som tilsier at en plan ikke kan gyldig vedtas. Sivilombudsmannen påpekte i sak SOM-2017-4303 lignende saksbehandlingsmangler som påvises nedenfor, i sak om reguleringsplan for flerbrukshall i Trondheim, og ba om ny saksbehandling.

7.2 ROS-analysen for Gaustad sykehusområde

Fagrapporten Risiko- og sårbarhetsanalyse for detaljreguleringen Gaustad sykehusområde (ROS-analysen) er utarbeidet av Rambøll, sist revidert 15. desember 2020. Viktige risikoaspekter synliggjøres ikke, jf. nedenfor. Endringer i risiko og sårbarhet som følge av planen i seg selv, er overhodet ikke belyst. Manglene skyldes sannsynligvis at en detaljreguleringsplan er en for snever avgrensning ift. de mange spørsmål planforslaget reiser.

Det er særlig vurderingene av såkalte menneske- og virksomhetsbaserte farer (rapportens pkt. 5.2.2) og forsynings- og beredskapsfare (pkt. 5.2.3) som er mangelfulle fordi reguleringsforslaget har en for snever avgrensning.

Vi påpeker at følgende forhold er ikke er utredet eller er mangelfullt utredet:

- Storbrann er identifisert som en risiko. Risiko skal avdempes i forbindelse med detaljprosjektering (byggtekniske forhold) samt ved at reguleringsplanen tilrettelegger for at utrykningskjøretøy kan kjøre rundt dagens Rikshospital, samt kjøring på gang- og sykkelvei. Det angis: «Dette muliggjør adkomst for utrykningskjøretøy.» Det er hele tiden fremkommelighet *innenfor* detaljplanområde som analyseres. Fremkommelighet *utenfor* planområdet nevnes ikke.
- Videre verken nevnes eller analyseres hendelser i eller utenfor sykehusområdet som krever utrykning (brann, større ulykker eller terrorhendelser) kombinert med manglende fremkommelighet på Ring 3 som er eneste reelle adkomstmulighet med bil inn i området for detaljplan. Det nevnes heller ikke at ved manglende fremkommelighet på Ring 3, vil den delen av Oslos akuttinntak som tenkes plassert på Aker sykehus, også være utilgjengelig eller tungt tilgjengelig for alle. Manglende vurdering av disse risikoforholdene illustrerer problemet med at det er detaljreguleringsplan som er valgt, og ikke områdereguleringsplan.
- ROS-analysen kommenterer ikke øket sårbarhet som følge av at akuttinntaket både på Aker og Gaustad for en stor del (Aker) eller helt (Gaustad) er avhengig av Ring 3. Oslos befolkning vil som følge av detaljplanene for Aker og Gaustad, hvis de vurderes samlet, være *mer sårbare* for større ulykker eller terror på Ring 3, enn det befolkningen er i dag, med akuttinntaket plassert på Ullevål. Denne betydelige økningen i sårbarhet i forhold til dagens situasjon, og muligheten for at veistrekningen Ring 3 dermed i seg selv blir et terrormål, kreves utredet.
- ROS-analysen kommenterer ikke at sykehusbygg er spesielt komplekse, noe som påvirker både anleggsfasen og driftsfasen, og drøfter dermed ikke om dette krever

spesielle risikovurderinger. Ordinære risikoevalueringmatriser er anvendt, uten vurdering av om tilpasninger bør gjøres f.eks. i forhold til risiko knyttet til intenderte handlinger pga. bygningsmassen og sykehusaktivitetens særlige kompleksitet, sårbarhet og kritiske verdi for samfunnet.

- ROS-analysen nevner ikke betydningen av at en annen stor arbeidsplass – UIO – holder til på andre siden av Ring 3, og at svært mange mennesker dermed har daglig tilholdssted innenfor et begrenset område. Dette må nødvendigvis påvirke risikovurderingene.
- Utrykninger fra Oslo sentrum til akuttmottaket vil måtte gå på småveier i boligstrøk som allerede er trafikkbelastet og har stor andel av sykkelveier og myke trafikanter, bl.a. skolebarn og studenter. Risikoen ved dette er ikke omtalt i ROS-analysen.

Sykehusanleggets art, størrelse og plassering vil by på klare utfordringer i forhold til evakuering og nødeters tilgang. Et større område på begge sider av Ring 3, dvs. UIOs område, det ønskede nye sykehuset og nåværende Rikshospitalet, idrettsstadion på Ullevål og den alltid tilstedeværende trafikken på Ring 3, vil til alle tider på døgnet samle svært mange mennesker, til tider en betydelig del av Oslos befolkning. Dette tilsier at området kan bli ansett som et egnet terrormål. Manglende tilgang på andre måter enn via Ring 3, som i praksis «lukker» området, øker området «terrorstatus» og tilsier at det vil by på betydelige utfordringer om terror eller sabotasje inntreffer skjer. Dette etablerer en fare for skade på helse og tap av liv. Dette problemet forsterkes av at akuttmottaket (ene) – som begge ligger langs Ring 3 - som vil måtte spille en stor rolle ved en slik hendelse vil kunne bli direkte berørt av samme hendelse, ev. at adkomsten vil sperret.

Det fremstår klart at forslaget til detaljregulering på Gaustad medfører en endring i risiko- og sårbarhet forhold ift. terror og sabotasje i et område som går langt utenfor arealet for forslaget til detaljreguleringsplan. DSBs veileder om ROS-analyser krever at dette hensyntas i analysen, jf. ovenfor. Likevel er slike endringer i risikobildet som planen selv skaper, overhodet ikke vurdert i Rambølls ROS-analyse, som vurderer sykehusbygging og drift innenfor området på Gaustad isolert. Innelukkingseffekter, begrenset tilgjengelighet fordi Ring 3 er eneste tilfartsvei av betydning samt sannsynlig øket status som terrormål, er ikke nevnt. At sykehuset når det kommer i drift, og ev. byggeprosjektet for utbyggingsfasen, må etablere planer for terrorsituasjonen for sin konkrete virksomhet, avhjelper ikke dette, jf. tilsvarende i nevnte uttalelse fra Sivilombudsmannen. Øket sårbarhet som følge av planen i seg selv må, for å kunne tas i betraktning, vurderes som en del av plansaken, altså før prosjektet ev. igangsettes. Flere av forholdene som er nevnt finnes det ikke relevante avbøtende tiltak for.

Når det gjelder risiko inne på sykehusområdet er dette heller ikke tilfredsstillende utredet fordi det i liten grad vises til virksomme avbøtende tiltak i forhold til påpekte risikoforhold.

Som nevnt er det forutsetningen at flere av de nevnte risikoforholdene skal løses i forbindelse med detaljprosjektering og anleggsfasen. Foreningen anfører at mange av de nevnte forholdene ikke vil la seg avhjelpe, da problemet i de fleste tilfellene skyldes plassmangel og tomtens beskaffenhet.

ROS-analysens påpeking av at «Anleggsområder med dyrt/attraktivt utstyr for tyveri/hærverk, muligheter for innbrudd o.l. medfører at det bør gjennomføres egne vurderinger av behov for ekstra sikkerhetstiltak i forbindelse med anleggsgjennomføring» virker malplassert sett i lys av hva som ikke er utredet i analysen³⁶. Andre mulige, intenderte hendelser ville vært mer nærliggende å vurdere.

Planlovens § 4-3 første ledds krav til at ROS-analysen viser «alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging» er ikke oppfylt. Detaljreguleringsplan kan dermed ikke gyldig vedtas.

8 Den foreslåtte sykehusstrukturen – overordnet

Den planlagte sykehusstrukturen har bygninger med varierende høyde. Store deler av arealene planlegges i svært høye bygg med små etasjeplan. Bygningene ligger adskilt i bratt terrenget med til dels store avstander og nivåforskjeller. Det er ikke gode tverrgående forbindelser mellom byggene. Dette gir et sykehus med dårlig logistikk, generalitet og bygningsteknisk fleksibilitet. Målbildets eget krav til et kompakt sykehus forutsetter imidlertid en sammenhengende bygningsmasse med store, likeverdige etasjearealer, ikke ulikt dagens Rikshospital. Redd Ullevål har utarbeidet en separat høringsuttalelse om disse forholdene.

9 Særlig om forslaget om nedleggelse av akutteneheten på Ullevål og ny delt løsning med akuttenehet på Ullevål og Aker. Overføring av ansvar for helsetjenester til Oslo kommune

Oslo Universitetssykehus er Europas største sykehus. Hele regionen og til en viss grad hele Norge er avhengig av kapasiteten og akuttfunksjonene på Ullevål³⁷. Beslutningen om å legge ned den store og godt fungerende akutteneheten på Ullevål er i seg selv vidtrekkende, med komplekse konsekvenser. De samfunnsmessige konsekvensene av denne beslutningen i seg selv, er knapt vurdert.

Nedlegging skal skje samtidig med etablering av ny akuttberedskap i en delt løsning mellom nytt sykehus på Gaustad og nye Aker sykehus. Ansvar for helsetjenester til tre bydeler (Grorud, Stovner og Alna) som i dag har sine sykehustjenester på Akershus Universitetssykehus, skal samtidig tilbakeføres til Oslo kommune. Dette alene er en økning i oppgaver for Oslo kommune som tilsvarer et stort lokalsykehus. Fagmiljøene ved sykehuset peker på dette som en ekstraordinært krevende prosess som skal foregå i en periode med stor oppgavevekst som en følge av befolkningsøkning og behovsvekst knyttet til en sterkt aldrende befolkning. Vi kan ikke se at det er utredet noe sted hvordan (økonomi og personell) dette skal skje, eller om de privateide, ideelle sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg har mulighet til å overta disse

³⁶ ROS-analysen s 57.

³⁷ Dette utløser spørsmål om tilgrensende kommuner burde vært tatt med på høring, f. eks via regionalt planforum jf. pbl § 5-3. Så vidt vi det er f. eks Bærum sykehus avhengig av tjenester fra OUS.

oppgavene. Disse sykehusene har i sine utviklingsplaner i dag ikke tatt høyde for vesentlig tilføring av oppgaver om kort tid.

Samtidigheten i en rekke komplekse omstruktureringer av fagmiljøer og tilførsel av nye oppgaver til Oslo kommune uten utredning av hvordan og hvor dette skal skje, er et sterkt kompliserende forhold som ikke er utredet. Det er grunn til å stille spørsmål ved om planen i det hele tatt er gjennomførbar og forsvarlig.

10 Særlig om sykehuskapasitet og konsekvensene for de kommunale helsetjenestene

Rapporten «Sykehusutbygginger i Oslo – konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse- pleie- og omsorgstjenester»³⁸ er utarbeidet av Kommunekonsult på oppdrag fra bystyregruppen til Oslo Senterparti. I rapporten sammenlignes Helse Sør-Østs planer om utbygging på Aker og Gaustad og nedleggelse av Ullevål med det såkalte Parksykehusalternativet,³⁹ ideskissen til alternativ utbygging av Ullevål.

Rapporten konkluderer med at det er overveiende sannsynlig at det vil oppstå en underdekning av sykehustjenester i Oslo selv etter at et eventuelt nytt sykehus på Gaustadtomta er bygget.

Kommunekonsult viser at befolkningsutviklingen i Oslo og veksten i antall innbyggere over 70 år, vil gi kraftig økning i behovet for helse- og omsorgstjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Skal dagens nivå på kommunale tjenester opprettholdes, vil behovet frem mot 2035 øke med omtrent 85 prosent, mot 2050 vil veksten være 185 prosent. Dette er før overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Kommunekonsult skriver:

«I OUS' utviklingsplan fram til 2035 anslås behovet for liggedøgn i sykehusene å øke med 42 prosent. Kapasitetsberegningene for de nye byggene forutsetter at en vesentlig del av denne økning må overføres til og ivaretas av kommunehelsetjenesten. Videre planlegges det en omfattende effektivisering slik at OUS kan klare seg med en relativ liten økning av kapasiteten.

Oslo kommune har påpekt at behovene for sykehustjenester til innbyggerne undervurderes i de planene OUS baserer seg på. Kommunen har også uttalt at den ikke er tatt med på råd i forbindelse med planene.» (Vår understrekning)

Forutsetningen om overføring av vesentlige helsetjenester til Oslo kommune er fortsatt kun en forutsetning. Hvordan (hvor og med hvilket personell) dette i praksis skal skje, er det ingen som kan svare på. Det er alarmerende at Oslo kommune ikke selv er tatt med på råd (så vidt vi vet.)

³⁸ Rapport fra Kommunekonsult «Sykehusutbygginger i Oslo – konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse- pleie- og omsorgstjenester», april 2021. https://www.kommunekonsult.no/wp-content/uploads/2021/05/Rapport_1_kommunekonsult_5.5_LR.pdf

³⁹ Sykehus i Oslo: Et bærekraftig alternativ. Fremtidsrettet, fleksibelt og grønt. (Ideskissen til Parksykehuset Ullevål) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/sykehus-i-oslo-et-barekraftig-alternativ-framtidsrettet-fleksibelt-og-gront/>

Planen ble utarbeidet på frivillig basis våren 2019 av en kompetent konsulentgruppe viste en løsning de mente var funksjonelt bedre, rundt 20 milliarder rimeligere og kunne ferdigstilles raskere enn Aker-Gaustad alternativet.

Konkret planlegger OUS/HSØ å overføre 15 prosent av oppgavene til kommunen innen somatikk og 20 prosent innen psykiatri til Oslo kommunes helsetjeneste. I tillegg baseres planene på overføring av oppgaver til Lovisenberg og Diakonhjemmet. OUS har i dag ansvar for en rekke spesialisttjenester i de bydelene som sogner til Lovisenberg og Diakonhjemmet. OUS har ikke planer om fortsatt å ivareta disse. Videre har OUS/HSØ ikke framskrevet de landsdekkende aktivitetene ved dagens Rikshospital. Etter at 15 prosent av somatikken og 20 prosent av psykiatrien er overført vil Oslo kommune viser rapporten fra Kommunekonsult at byen vil mangle 2-400 sykehussenger.

Fordi tomten på Gaustad ikke gir rom for tilpasset fremtidig utbygging, må kritikken besvares på annen måte enn ved å peke på muligheten for utvidelser. OUS har besvart kritikken av manglende kapasitet ved å si at sykehuset har planer om at hele 30 prosent av all aktivitet i 2030 skal være fjernbehandling via telefon, skjerm og i hjemmesykehus. Å behandle en stor mengde pasienter som etter dagens praksis anses å være i behov av en sykehusseng, utenfor sykehuset og dels med hjemmesykehus, må anses som et eksperiment. Hvilke pasienter det gjelder, er ikke beskrevet. Fagfolk beskriver planene som urealistiske og ikke forsvarlige. Planen om å levere 30 prosent av tjenestene utenfor sykehuset, er ikke konsekvensutredet. *Realiteten er at det planlegges for en sannsynlig underdekning av helsetjenester.* Et vesentlig spørsmål er om det er forsvarlig å la OUS redusere kapasiteten så mye i forhold til behovet.

11 Særlig om tilgjengelighet for sykehusarealene og behovet for adkomst via Ring 3

Ring 3 kombinert med «Fjellinjen», er Oslos eneste ringmotorvei. Alle de tre somatiske sykehusene i Oslo skal i henhold til HSØs planer ligge utenfor Ring 3 (nytt Rikshospital på Gaustadområdet, nye Aker sykehus og Radiumhospitalet.)

HSØs plan om å splitte akuttfunksjonene mellom Aker og nytt sykehus på Gaustadområdet, gjør akuttfunksjonene ekstremt avhengig av fremkommelighet på Ring 3. Dette er et forhold som burde vært særlig utredet i ROS-analysen, jf. over.

I situasjoner med stort behov for utveksling av mange pasienter mellom akuttenhetene, kan ikke helikoptertransport effektivt løse problemet.⁴⁰

Utenfor Ring 3 er alle sammenhengende veiforbindelser rundt byen stengt, og selv om deler av dette veinettet åpnes for tilgang til Gaustadområdet, er det snakk om småveier i hovedsakelig boligområder. Strekningen Sinsen-Nydalen mangler helt en god omkjøringsmulighet. Med planlagt stenging av Tåsuntunellen, er forbindelsen blokkert.

Forslaget til reguleringsplan legger til grunn at universitetskrysset har brukbar kapasitet. Det er imidlertid uklart om planlagt utbygging av Oslo Science City er hensyntatt i denne vurderingen.

⁴⁰ Oppsplittingen av fagmiljøet på akuttenheten på Ullevål er ifølge medisinske miljøer uforsvarlig og reduserer tjenestens kvalitet.

Det er påfallende at ROS-analysen legger til grunn at trafikkavvikling ikke vil påvirkes vesentlig, jf. over.

Til sammenlikning er tilgjengeligheten til Ullevål-tomta langt bedre, med tilgang fra fire forskjellige retninger.

12 Særlig om tilgangen på helsetjenester i byggefasen

HSØs plan innebærer at dagens Rikshospital drives videre samtidig som nytt sykehus bygges på området. Anleggsfasen er planlagt å vare i 13 år, fra 2022 til 2035.

Før utbyggingen starter må det foretas provisorisk ombygging av dagens Rikshospital som innebærer påbygg og lukking av lysgårder inne i sykehusstrukturen. Det er ikke tilgang til byggeplassene fra utsiden av dagens Rikshospital så anleggstrafikken vil måtte gå gjennom sykehusets korridorer, trapper og heiser samt ved hjelp av kraner plassert nær bekken. Et provisorisk, 30 - 40 m høyt helikoptertårn planlegges reist i bekkedraget ved dagens barneavdeling og vil sammen med kjørevei for ambulanser rundt teknisk sentral fra nord, ødelegge både bekken og Gaustadskogen. Helikoptereksosens forurensning av luft, skog og natur er ikke vurdert. Det samme gjelder pasientbehandling i støy, vibrasjoner og støv fra anleggsarbeidene.

I realiteten er det snakk om å drive sykehus på en enorm byggeplass i en lang tidsperiode. PBE må vurdere om dette er forsvarlig forenlig med planlovens formål.

Befolkningens tilgang på helsetjenester, og kvaliteten på de tjenestene som tilbys, vil være redusert i hele bygge- og anleggsfasen. Det er spørsmål om befolkningens rett til forsvarlig helsehjelp i henhold til helselovgivningen, kan oppfylles i byggefasen.

13 Vernede Gaustad sykehus – behov for dispensasjon fra Riksantikvaren

Gaustad sykehus er et av våre aller viktigste kulturminner da det er et komplett bevart sykehus fra helsevesenets gryende humanisme på 1850-tallet. Ifølge Riksantikvaren er anlegget unikt også i europeisk sammenheng. Det er en nasjonal oppgave å ta vare på anlegget. Dette er bakgrunnen for fredningen av Gaustad sykehus samt at den dominante beliggenheten er regulert til bevaring.

Dagens Rikshospital stikker ikke høyere i terrenget enn Gaustad sykehus, sykehusene holder respektfull avstand og har tilpasset utforming og materialbruk. Sykehusene vender hver sin vei, de forstyrrer ikke hverandre. Mens plassen på Rikshospitalet åpner seg mot syd, vest og turveien til Marka, beholder Gaustad sykehus sin fredfulle adkomst i enden av Gaustadalléen med sitt ikoniske tårnbygg i pastorale omgivelser.

HSØs planlagte utbygging bryter eklatant med fredningen og bevaringshensyn. Den planlagte I-fløyen med et tårn, langt høyere enn dagens tårn, vil fjerne den dominante posisjonen Gaustad sykehus skal ha i landskapet. Dette er et klart brudd med kulturminnelovens §§ 2, 15 og 19 som

sikrer fredete monumentalbygg og -anlegg mot nærliggende bygningsmessige tiltak som kan svekke opplevelsen av kulturminnet.

De landskapsmessige endringene bryter med bevaringshensyn. Omleggingen av Sognsvannsveien og det planlagte nye torget medfører at den historiske veiføringen opp til tårnbygget blir rasert ved at en vei etter dagens standard for middels ÅDT presses inn mellom lindekollen og muren rundt sykehuset. Videre blir forterrenget til Gaustad sykehus mot Rikshospitalet sterkt redusert ved nedbygging og flytting av Sognsvannsveien nærmere muren til der det i dag går en smal gangvei.

Under restene av forterrenget skal det bygges parkeringskjeller og kulverter, noe som er lite omtalt i forslag til reguleringsplan, og kun angitt på reguleringskartet. Dette kan medføre at grunnvann og vannførende årer brytes, og kan gi uttørking. Det er ikke utredet eller søkt dokumentert at parken kan tilbakeføres med dagens vegetasjon og topografi.

Vernehensyn tilsier at det er det svært viktig at Gaustad sykehus og det nye sykehusanlegget ikke knyttes nærmere sammen. Gangveier som stråler ut fra den planlagte nye adkomstplassen, gjennom sykehusmuren og inn i og mellom de gamle fløyene fra vest, endrer bevegelsesmønsteret i sykehuset. Bevegelsesmønsteret i Gaustad sykehus bør fortsatt følge Gaustadalléen og den sentrale aksene med svalgangene som forbinder fløyene opp mot tverrveien i nord.

14 Rasering av «torget» på dagens Rikshospital – det nye adkomsttorget har ikke kvaliteter som et adkomsttorg

Adkomsttorget foran dagens Rikshospital er åpent, solfylt og en naturlig plass for opphold for både pasienter og besøkende. HSØs forslag går ut fyller hele plassen med bygninger opptil tre ganger høyere enn dagens sykehus. PBE har gjennom hele planprosessen nektet å anbefale at dette torget blir omregulert til byggeområde for sykehus.

Nedbyggingen av torget må kunne karakteriseres som et hærværk på Rikshospitalet.

Det planlagte nye adkomsttorget skal legges i det skyggefulle veikrysset i øst. Her skal en høy blokk med et enda høyere tårn, bygges som en veggskive rett mot øst for med hensikt, å ødelegge den viktige sammenhengen Gaustad sykehus har til landskapet. Det nye adkomsttorget blir utflytende med bygninger mot syd og vest. Soldiagrammene viser at disse vil kaste skygge over torget det meste av dagen. Den planlagte I-fløyen som stikker ut fra det planlagte nye sykehuset endrer forholdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus ved å tette det åpne rommet mot forvalterboligen, Lindekollen, tårnet og kamstrukturen på Gaustad.

Det nye torget vil samle trafikken i langt større grad enn i dag. Ambulansetrafikk vil gå over trikkeholdeplassen sammen med turgåere i samme trase gjennom «Markaporten» og bussparkering i et trangt parti foran hovedinngangen. Samtidig får plassen funksjon som

rundkjøring. Helikopterlanding vil skje rett over hovedinngangen med tilhørende vind- og støyp problemer.

Det er vanskelig å se for seg at det planlagte adkomsttorget til et nytt sykehus får kvaliteter som en plass – snarere vil det være et trafikknutepunkt.

Sammenligningen mellom dagens adkomsttorg og det planlagte nye torget, viser at et arkitektonisk godt utformet torg, med gode solforhold og «menneskelige» kvaliteter, bygges helt vekk og erstattes med et trafikknutepunkt.

15 Tomtearealet på Gaustad – oppsummert

Helse- og omsorgstjenesten i Oslo står foran en oppgavevekst som er historisk uovertruffen. Dette skyldes befolkningsvekst samt en sterkt aldrende befolkning. Behovet for et stort sykehus er udiskutabelt.

På Gaustadområdet er imidlertid tilgjengelig funksjonell og utbyggbar tomtereserve innenfor dagens reguleringsplan på 3 000 m². Den nødvendige tomtereserven som kreves for å kunne gjennomføre den HSØs forslag er 39 000 m². Tomteutnyttelsen (1300 %) illustrerer den brutale omreguleringen som ligger i forslaget til detaljregulering.

Gaustadområdet er opplagt er for lite til å romme planene. Dette er årsaken til de mange svakhetene ved forslaget. Når planforslaget likevel fremmes, mener vi at det har sammenheng med en uvilje mot å innse at uten lokk over Ring 3 ikke kunne ikke sykehuset bygges. Gaustadområdet er uegnet for det nye sykehuset.

Denne uttalelsen er utarbeidet av styremedlemmer i Redd Ullevål sykehus, blant annet arkitektene Tor Winsnes og Dag Hovland med juridisk bistand fra advokat Cathrine Hambro i Wahl-Larsen Advokatfirma som har hatt formelt oppdrag for foreningen. Betrakningene i uttalelsen er videre diskutert, gjennomlest og kvalitetssikret med fagmiljøene ved sykehusene og flere økonomer, blant annet professor i samfunnsøkonomi Bjarne Jensen.

Med vennlig hilsen

Styret i foreningen Redd Ullevål sykehus

Lene Haug
Leder

Tor Winsnes
Styremedlem

Dag Hovland
Styremedlem

Per Aschjem
Styremedlem

Kari Støren
Styremedlem

Eli Nordal
Styremedlem

Liv Haug
Styremedlem

Hans Erik Heier
Styremedlem

Inger Margrethe Holter
Styremedlem

REDD RIKSHOSPITALET – RIKSHOSPITALET S VENNER

Redd Rikshospitalet- Rikshospitalets Venner er en gruppe som arbeider for å bevare Rikshospitalet som hele landets spesialsykehus for transplantasjoner, sjeldne tilstander og særlig krevende behandlingsformer. Leder er Hans Erik Heier, Toppen 12, 1169 Oslo, e-mail heheier@online.no

Oslo Kommune, Plan-og Bygningsetaten

post@oslo-kommune.no

Oslo, 30/4-2021

Merknader til sak 201704683-321 Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalléen 34

Helse Sør-Øst ønsker å legge ned Ullevål sykehus og samle regionfunksjonene for helseregion sør-øst i ett sykehus på Rikshospitalets tomt på Gaustad. Redd Rikshospitalet – Rikshospitalets Venner (RR-RV) mener at planene vil ha negative konsekvenser for sykehuskapasiteten i Oslo, for Rikshospitalets helsefaglige landsfunksjoner, for arbeidsmiljøet ved sykehuset, for lokalmiljøet på Gaustad og for sikkerheten ved sykehuset ved brann og fare for infeksjonsspredning. Vi vil derfor gå imot at de godkjennes. Vi begrunner dette nedenfor.

1. Rikshospitalets landsfunksjoner. Rikshospitalet (RH) er hele landets spesialsykehus for bl.a. organtransplantasjoner, sjeldne tilstander og særlig krevende behandlingsformer. RH er i prinsippet et *elektivsykehus*, der store deler av virksomheten er *planlagt på forhånd*, men det har også akuttfunksjoner knyttet til sine spesialoppgaver.

Ved nye OUS skal store deler av Ullevåls lokal- og akuttisykehusoppgaver samlokaliseres med RHs landsfunksjoner. Dette fører til redusert kapasitet for landsfunksjonene, og vi finner det meget bekymringsfullt at plassbehovet for disse ikke er fremskrevet i Rapport om dimensjoneringsgrunnlaget ved OUS 2017-2035.

Helseministeren har uttalt at disse oppgavene skal spres ut over landet. Dette vil føre til *redusert kvalitet og økte kostnader*, fordi de enkelte sentra blir for små til rasjonell drift og forskning på høyt faglig nivå. Vi vil på det sterkeste tilbakevise at så spesialiserte og krevende oppgaver kan ledes og kvalitetssikres via telemedisin. Dessuten har både forskning og praktisk erfaring vist at det er lite gunstig å samlokalisere avanserte elektive oppgaver med generelle akuttfunksjoner.

Siden det ikke foreligger virksomhetsplaner for OUS på Gaustad, kan heller ingen gjøre rede for hvordan landsfunksjonene er tenkt ivaretatt. Planene for OUS på Gaustad ser derfor ut til å innebære at RH i sin nåværende form blir avvirket. «Nye Rikshospitalet» på Gaustad blir et

prinsipielt annerledes og mindre fokusert sykehus enn dagens RH. Dette har alvorlige konsekvenser for kvaliteten på de landsfunksjonene som i dag er tillagt RH.

2. Sykehuskapasitet forøvrig. Sengetallet ved norske somatiske sykehus er redusert fra ca. 22 000 i 1978 til ca. 11 000 i dag. Nye OUS vil gi ytterligere reduksjon, selv om det endelige tallet foreløpig er uklart. Kravet til effektivitet ved nye OUS økes betydelig i forhold til i dag, med betydelig redusert gjennomsnittlig liggetid.

Planene forutsetter at ca. 30% av liggedøgnene skal være «hjemmesykehus», der pasientene overvåkes i hjemmet med sensorer og nettforbindelse til OUS. Her forskutteres gevinst av en teknologi og praksis som det er svært begrenset erfaring for til nå. I tillegg forutsettes det at Oslo kommune overtar ca. 50 000 av OUS' nåværende liggedøgn per år. Siden nye OUS skal ha regionfunksjoner og muligens også landsfunksjoner (se pkt.1), må en anta at også andre kommuner må overta liggedøgn, men dette er ikke spesifisert. Hverken Oslo eller andre kommuner har planlagt eller finansiert institusjoner som kan påta seg liggedøgnene som planene for OUS forutsetter.

Å drive «hjemmesykehus» er mulig for noen pasientkategorier, men langt fra for alle. «Hjemmesykehus» bør fortrinnsvis anvendes der det finnes samboende omsorgsperson(er). I Oslo omfatter 47% av husholdningene én person, og andelen eldre i befolkningen vil øke. Mange vil ikke ha tilgang til omsorgspersoner, og «hjemmesykehus» vil da ofte være faglig og etisk uforsvarlig. Teknologi er avhengig av strøm og korrekt anvendelse (ikke alltid enkelt hvis man er syk) og erstatter aldri omsorgspersoner. Det viser seg også at langt fra alle – især eldre- har tilgang til Internett, og om de har det, er det ikke sikkert at de klarer å betjene det.

HSØ har erkjent at kapasiteten ved OUS vil bli for liten dersom Oslo-området forsetter å vokse som nå. Man ser da for seg å bygge et nytt sykehus i Oslo syd. Dette er ikke kostnadsvurdert, men virker merkelig når man har en ferdig regulert tomt med mer enn tilstrekkelig størrelse på Ullevål.

Plassmangelen på Gaustad betyr også at det ikke er plass til alle Ullevåls oppgaver. Mest alvorlig er det at traumesenteret blir delt mellom Gaustad og Aker. Et traumesenter må holdes i stadig trim og ha tilstrekkelig omfang på virksomheten. Kanskje er truselen om kvalitetsreduksjon størst for traumepasienter som kommer til Aker. Det er uheldig hvis Oslo får 2 traumesentra – hvor skal pasientene sendes?

Det virker merkelig at man velger å bygge OUS til enorme kostnader på en trang og utilstrekkelig tomt på Gaustad når man har en mer enn stor nok og ferdig regulert tomt på Ullevål og erkjenner behov for utvidelse etter 2035. Helsefaglig kvalitet synes ikke tilstrekkelig ivare tatt, ikke minst på grunn av den sterke satsingen på «hjemmesykehus».

3. Forholdet til Gaustad psykiatriske sykehus (GPS). GPS ble anlagt omkring 1850 som Europas trolig fremste og mest humane institusjoner for mennesker med tunge psykiatriske lidelser. GPS ligger i en grønn lunge, avsondret, men ikke avstengt, fra omverdenen, ideelt egnet for slike pasienter også i vår tid. Planene for nye OUS innebærer at GPS blir lagt ned og tatt i bruk til administrasjonen ved OUS. Pasientene flyttes til «effektive opphold» i en høyblokk på Aker sykehus, tett inntil det støyende Sinsenkrysset. Fra et medisinsk-etisk synspunkt er dette en provokasjon som burde vært avvist som uakseptabel. GPS burde i stedet rehabiliteres som psykiatrisk institusjon på høyt nivå, kanskje som landsinstitusjon på linje med hele landets spesialsykehus RH på den andre siden av Sognsvannsveien. Det er underlig at ingen ser ut til å ha tenkt på å gjøre GPS til RHs psykiatriske sykehus og oppgradere det til et psykiatrisk forskningssykehus i verdensklasse, i fortsettelse av tradisjonen fra 1850.

Innlemmelse av GPS for å skaffe plass til RHs administrasjon er et overgrep mot mennesker med tunge psykiatriske lidelser. GPS burde i stedet rehabiliteres til en førsteklasses psykiatrisk institusjon, evt. som en administrativ del av RH.

4. Arkitektur. Sykehus er signalbygg. Måten de utformes på, forteller mye om hvordan samfunnet tenker om mennesker som har behov for helsehjelp. Vinnerutkastet til nytt Rikshospital på Gaustad (1992) bar navnet «Det humanistiske sykehuset». Arkitektene «ville skape fysiske omgivelser som inngir tillit og trygghet for de mennesker som bruker sykehuset --- et miljø formet av mennesker for mennesker, som en levende og vakker "by", ikke en behandlingsmaskin".

Professor Ole Fyrand ved RH formulerte det slik: "Det skulle således ikke være teknikken, men humanismen som skulle gi arkitekturen dens uttrykk." (Sitater fra boka «De tre riker» (2001)).

Dagens RH er et arkitektonisk mesterverk. Det "kryper" inn i terrenget med lavblokkene sine, omgitt av grønne lunger og mye lys. Det balanserer perfekt mot lavblokkene på Gaustad psyk. sykehus på andre siden av Sognsvannsveien. Sykehuset gir et avstresset inntrykk og hilser pasientene velkommen til et opphold der de både behandles vitenskapelig og ivaretas som mennesker. Budskapet tydeliggjøres av statuen av tre sykepleiere ved innkjørselen: de uttrykker at medisin er mer enn naturvitenskap, økonomi og effektivitet; *medisin er også omsorg, varme og kunst.* Arkitektene Winsnes og Hovland har anmodet Byantikvaren om å føre dagens RH på gul liste; saken er foreløpig ikke behandlet hos Byantikvaren.

Slik tenkes det ikke i planene for nye OUS på Gaustad. Der er teknologien satt i sentrum, ikke humanismen. Et stort internseminar i januar 2020 hadde overskriften «Teknologi til nye høyder. Bli med på reisen til nye OUS!» Nye OUS må bygges i høyden og anta den vertikale organisasjonens maktuttrykk. Hele den arkitektoniske grunnideen for RH blir ødelagt, og man får i stedet en behandlingsmaskin som gir et brutalt «Ovenfra-og-nedad»-signal.

Høyden på høyblokkene blir på nivå med rådhusårnene. Høyden blir 2,5 ganger høyden på en 8-etasjers boligblokk. Høyblokkene blir dessuten bygd på et høydedrag, hvilket er imot Oslos vedtatte høyhusstrategi. Alternativet, å rehabilitere Ullevål med lavblokker og beholde RH uendret, har Helse Sør-Øst nektet å utrede, enda investeringene trolig blir betydelig lavere. Har planleggerne glemt at sykehus er et sted der mennesker skal arbeide med engasjement for medmennesker, og at trivsel hos både ansatte og pasienter er en viktig forutsetning for gode resultater?

Arkitekturen for nye OUS på Gaustad gjør at sykehuset ikke lenger fremstår som humanistisk, men snarere som antihumanistisk og teknokratisk. Arkitektur forteller om en institusjons grunnverdier, enten ledelsen ser det og liker det eller ikke. Høyblokkene bygges på et høydedrag, imot Oslos høyhusstrategi.

5. Miljøavtrykk. I Klimameldingen sier Regjeringen at CO₂-utslippene i ikke-kvotepiktig sektor skal kuttes med 45% innen 2030. Bygg- og anleggssektoren står for 7% av disse utslippene. I meldingen står det (Kapitel 3.1.2.4):

«Regjeringa vil sjå på endringar i byggteknisk forskrift med eit breitt miljøperspektiv. Statlege etatar skal leggje stor vekt på miljøgevinstane ved ombruk av allereie utbygde areal og noverande bygningar og på å vere lokaliserte nær bysentrum og kollektivknutepunkt. Det kan gi utsleppsreduksjonar knytte til energi- og materialbruk og transport.»

Planforslaget mangler henvisning til Klimameldingen. Byggeplanene på Gaustad forutsetter at betydelige deler av dagens RH blir revet før man kommer i gang med å bygge det nye sykehuset. Dette gir tap av fullt brukbare materialer og betydelige CO₂-utslipp. Planene fører også til at en rekke høykvalitetsbygninger på Ullevål blir revet eller må erstattes av nybygg på Gaustad, med store CO₂-utslipp til følge: *Kreft- og isolatsenteret*, som bl.a. inneholder et infeksjonsisolat bygd etter høyeste internasjonale normer og avansert utstyr for kreftbehandling; *Sentralblokken med akuttmottaket*, som er oppgradert til traume- og akuttmottak på verdensnivå; *Laboratoriebygget*, som er meget fleksibelt og funksjonelt og dessuten fredet.. Dette er ikke i tråd med Regjeringens egen Klimamelding, men spørsmålet drøftes ikke i planforslaget.

Høyblokkene vil dominere miljøet i lokalområdet på en lite gunstig måte. Naboer har dannet aksjonsgrupper på denne bakgrunnen (Redd Krokodillebukta, f.eks.). Høyblokkene vil også gi et unødig dominerende inntrykk på avstand. De blir bygd på et høydedrag, i konflikt med Oslo kommunes høyhusstrategi.

Helikopterplattformene er planlagt på toppen av høyblokkene. Uansett helikoptertype, vil dette føre til mye støy nedover i etasjene. Om dette i det hele er forenlig med de nye ambulanshelikopternes voldsomme støy- og vinddannelse, er ikke avklart.

Nye OUS på Gaustad vil ligge lengre unna bysentrum enn Ullevål. Bydelene i Oslo sør-øst får lengre avstand til sitt lokalsykehus enn i dag.

RR-RV mener at miljøavtrykket alene er nok til å kreve at reguleringsforslaget må avvises og alternativ til planene utredes skikkelig, ikke bare i form av «belysning».

6. Arbeidsmiljø. Pasientmiljø. Nye sykehus bygges som regel utenfor eksisterende sykehus slik at driften ikke påvirkes i byggeperioden. Nye OUS skal derimot bygges på RHs nåværende tomt mens sykehuset skal være i fulldrift. Det vil bli riving, sprenging, graving og byggestøy kontinuerlig i mer enn 10 år. En rekke interne rokkeringer vil legge beslag på de ansattes tid. Spesielt vil vi peke på at Barneintensivavdelingen vil bli sterkt forstyrret av rivingen av C-fløyen, som er nødvendig for å komme i gang med byggingen. Å drive Norges mest avanserte sykehus under slike forhold er i seg selv så krevende at prosjektet burde vært skrinlagt alene av den grunn.

Fra samtlige fagforeninger ble det 15.april 2021 sendt bekymringsmelding til adm.dir. ved OUS. Man peker på at det er satt av for liten plass til operasjonsstuer, skopirom, røntgen og andre støttefunksjoner, forskningsarealer, sykehotell mv. Det er ikke satt av arealer til legekontorer; legene forutsettes å ha med seg bærbar skjerm som kan kobles til der det måtte finnes en sitteplass. Legene vil måtte bestille rom til samtale med pasienter, og det er ikke klart om det er satt av nok arealer til slike rom. Arealsituasjonen er i det hel tatt svært bekymringsfull og burde avstedkomme pause i planleggingen slik at løsninger og alternativer kan utredes skikkelig. Det er åpenbart at de ansattes tillit til ledelsen er tynslitt.

OUS har 2500 studenter i ulike helseprofesjoner. Planforslaget inneholder lite konkret om hvordan behovet for auditorier, kurssaler, lesesaler mv. er tenkt ivaretatt. Vi antar at medisinstudentenes behov et stykke på vei imøtekommes ved samarbeid med UiO, men man vil også ha ulike studentgrupper fra bl.a. OsloMet som det skal skaffes plass til.

Støy- og støvplagene vil selvsagt også ramme pasientene.

Prosjektet innebærer en lang rekke vanskelige og uløste problemer for de ansattes og studentenes arbeids- og læringsmiljø.

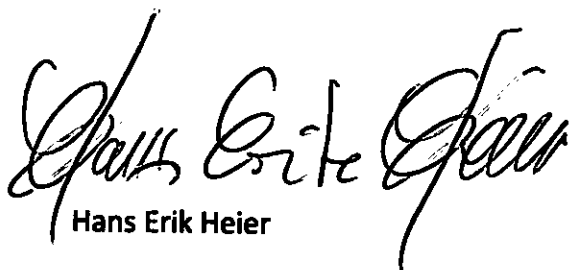
7. Sikkerhet. Jo høyere blokker, desto vanskeligere vil det være å få pasientene ut ved brann. Vi kan ikke se at brannsikkerhet er viet oppmerksomhet i planforslaget. Så trangt som det vil være på tomta, vil det også bli svært krevende for redningsmannskaper å komme til høyblokkene. Bygger man derimot sykehuset som en samling lavblokker, som foreslått for Parksykehuset Ullevål, vil det være langt enklere å isolere brannen og å få pasientene ut.

Nye OUS på Gaustad skal være Norges fremste epidemisykehus. Den nåværende pandemien har vist at landet på kort varsel kan bli stilt overfor store smitteutfordringer. Intensivkapasiteten er uavklart. Mulighet for å isolere pasienter og hindre smittespredning i sykehus blir avgjørende viktig. Sjakter og korridorer i de kompakte og sammenvevde høyblokkene vil utgjøre spredningstrusler som bare kan nøytraliseres med avansert teknologi – så lenge den faktisk virker. Strømbrydd kan være nok til at smitten spres. Bygges derimot sykehuset som lavblokker forbundet med avstengbare kulverter og broer, som foreslått for Parksykehuset Ullevål, har man et naturlig spredningsvern som IKKE er avhengig av avansert teknologi.

Nytt OUS på Gaustad vil gi et sykehus med suboptimal sikkerhet for brann og infeksjonsspredning i forhold til lavblokkalternativet Parksykehuset Ullevål.

Denne uttalelsen er sirkulert i arbeidsgruppen, som har gitt enstemmig tilslutning.

For arbeidsgruppen Redd Rikshospitalet – Rikshospitalets Venner



Hans Erik Heier

leder

Plan og bygningsetaten
Oslo kommune

Oslo 30.06.21

Innspill til sykehusplanene –fra LSA (leger i samfunnsmedisinsk arbeid)/Dnlf i Oslo kommune.

Sak ang. sykehusplanutbygging av Området på Gaustad;
<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?direct=Y&mode=&caseno=201704683>
og Aker;
<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?mode=&caseno=201704677>i PBE

Innledning/sammendrag

Vi er i utgangspunktet positive til sykehusutbygging, forbedring og utvidelse av sykehusarealer i Oslo og omegn, inkludert utbygging av Aker som lokalsykehus for Groruddalen, men det ser ut til at det er forsøkt å presse for mye bygningsmasse inn i på for lite areal, med flere negative konsekvenser enn ønsket, og at totalarealet likevel ikke gir ønsket og nødvendig totalkapasitet og fleksibilitet.

Kommunen, så vel som statlige og fylkeskommunale instanser, har etter folkehelseloven et ansvar for å sikre strategi, plan og utviklingsarbeid i tråd med det som er best for folkehelsen – herunder å gjøre gode og grundige konsekvensanalyser. Kommunen skal også etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor. Denne høringen og etterspørring av innspill av betydning for folkehelsen er i tråd med dette lovverket. Vi takker for anledningen til å gi innspill og mulighet til utvidet frist til innspill til sakene.

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid i Oslo kommune organiserer bydelsoverleger, kommuneoverleger, smittevernoverlegen, etatsoverleger samt andre rådgivende leger for øvrig i kommunen. Flertallet av medlemmene er bydelsoverleger eller assisterende bydelsoverleger. I lovverket går disse funksjonene som regel under betegnelsen 'kommunelege'.

Kommunene /bydelene har plikt til å ha kommuneleger i henhold til kommunehelsetjenesteloven, folkehelseloven (§27) og smittevernloven (§7.1) med forskrifter, blant annet for å bidra med faglige råd og vurderinger av betydning for folkehelsen, smittevern, miljørettet helsevern og beredskap/helseberedskap og samhandling med øvrig primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

På denne bakgrunn vil vi som tillitsvalgte for leger i samfunnsmedisinske funksjoner i Oslo kommune gi innspill i tillegg til det som våre medlemmer har fremmet via sine funksjoner i bydelene og etatene til PBE/byrådsavdelingene.

Vi ser særlig disse 4 utfordringsområder ved sykehusplanene:

1. Sammenslåing og samlokalisering av fagmiljøer på et begrenset område, ansees som et mål og forutsetning for økonomisk bærekraft av Helse Sør-Øst, uten at det er gjort ROS- eller

konsekvensanalyser av dette, og spesielt ikke sett i lys av pandemien. Vi ser flere utfordringer med dette målet og de manglende analysene.

2. Dimensjonering av lokaler, personell- og kompetanseressurser ansees å mangle vesentlige variabler inkludert ROS-analyse og konsekvensutredning i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
3. Negativ effekt på lokalsykehusfunksjonene når disse samlokaliseres i et stort sykehus med omfattende lands og regionsfunksjoner ansees lite belyst eller vurdert
4. Folkehelse- og beredskapsperspektivet knyttet til utforming av de planlagte bygningsmassene er betydelige. Alternativet der Ullevål fortsatt er med som sykehusområde i OUS synes mangelfullt utredet.

Planutkastene beskriver ulike variasjoner for utbygging på kun de to tomtene og med en forutsetning om at Ullevål sykehusområdet selges. De ROS analysene som foreligger til utbyggingsplanene omtaler flere faktorer med negativ konsekvens for helse og miljø. Disse ROS analysene mangler uansett smittevernperspektivet og ROS analyse/konsekvensanalyse av en pandemi.

En vesentlig innvending er at planene er laget før covid-19-pandemien. Erfaringer og lærdommer fra pandemien, spesielt når det gjelder store og alvorlige smitteutbrudd, ser ikke ut til å være tilstrekkelig hensyntatt i utbyggingsplanene.

Risiko- og sårbarhetsanalyser for de opprinnelige alternativene med Ullevål som sykehusområde er ikke tilgjengelige. 0-alternativet som omtales i planrapportene og analysene angis kun n å være nå-situasjon og ikke 0-alternativet med Ullevål som det 3. sykehuset. Vi ser det som en svakhet i mulighet til å vurdere de forelagte forslag og de konsekvenser disse har.

Legeforeningen har tidligere påpekt at tilgjengelig dokumentasjon om tidlig planprosess tyder på at beslutninger om beliggenhet og salg av Ullevål-området til eiendomsutvikling, ligger som en premiss for planprosessen – før reelle vurderinger av arealbehov, plassering og folkehelseaspekter er blitt gjort. Videre planlegging er således prisgitt tilgjengelige arealer istedenfor at areal- og kapasitetsbehov tilpasses behovet for helsetjenester folkehelseutfordringene. Vi mener dette kan føre til at man tar feil beslutninger.

(Kfr. www.legeforeningen.no/contentassets/de0de3419bd647619c23ca3eb6e5c81d/ous_protokolltilforsel-til-8-rapporter_201020.pdf og www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2019/sykehusplanene-i-oslo-kort-fortalt/)

Vi har ikke funnet gode risiko- og sårbarhetsanalyser for valg av utbygging av Gaustad og Aker sammenholdt med utbygging av alle tre sykehusområdene inkludert Ullevål. For å beregne de egentlige og langsiktige kostnader av de opprinnelige alternativene, mener vi at slike analyser bør gjøres grundigere og med aktuelle scenarioer som vedvarende eller ny pandemi.

Vi savner også mer involvering av kommunehelsetjenesten i planprosessen – spesielt relatert til dimensjonering av tjenester og tilbud og overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten. Konsekvensen for Oslo kommune så vel som andre kommuner kan bli stor. Økt utdanningskapasitet som en konsekvens av demografi bør fokuseres mer som en mulighet videre. Muligheter for å utvikle også de to andre sykehusene i Oslo med lokalsykehusfunksjoner i samhandling med kommunene savnes som supplerende alternativer til å fordele funksjoner på flere og større arealer.

En kommunehelsetjenesten med god kvalitet og kapasitet er vesentlig for folkehelsen. Dette forutsetter at ikke kommunehelsetjenesten overbelastes med spesialisthelsetjenesteoppgaver. Vår vurdering er at gjeldende utbyggingsplaner kan medføre økte krav til egendekning for helsetjenester i kommunen – og overskride kommunens kapasitet og kompetanse. Planutkastet gir grunn til bekymring for at det bygges det for lite areal som følge av ambisiøse planer til samhandling og

effektivisering. Det vil medføre manglende kapasitet og fleksibilitet til å møte fremtidens utfordringer. Dette vil kunne ha negative effekter for helsen til Oslos befolkning og for helsepersonellet som skal utøve profesjonskunnskap i møte med innbyggerne. Vår oppfatning er at det er behov for å utarbeide ROS- og konsekvensanalyser i samråd med kommunehelsetjenesten når det gjelder arealbehov, beliggenhet, utforming og tjenestekapasitet. Dette er særdeles viktig når lokalsykehusfunksjoner skal integreres med regional- og landsfunksjoner til en voksende befolkning med økt helse- og omsorgsbehov i Oslo.

Nærmere utdyping av de hovedbekymringene vi legger til grunn for ønske om revurderinger og grundigere analyser før videre utbygging, følger her.:

1.Helse Sør-Øst mål og forutsetninger om sammenslåing av fagmiljøer

Helse Sørøst har satt som et mål å slå sammen fagmiljøer og unngå duplisering av fagfunksjoner på flere sykehus for å sikre økonomisk bærekraft. Vi er i tvil om dette er en god forutsetning, og kan ikke se at målet er grundig utredet eller at det foreligger konsekvensanalyse for dette.

Våre motforestillinger ligger i manglende vurdering av sårbarhet, risiko og konsekvenser for fagmiljøer og om den økonomiske gevinsten stor nok eller nødvendig for å sikre økonomisk bærekraft for Oslo universitetssykehus. .

Sammenslåing av all spesialkompetanse på et fagområdet på begrenset geografisk område gir en ekstrem sårbarhet ved smitteutbrudd (jmf. smitteutbrudd av covid-19 på Øyeavdelingen våren 2020), brann, terroranslag, bortfall av infrastruktur, naturhendelser eller andre forhold som etter en lokalisasjon/et sykehusområde ut av drift for kortere eller lengre tid. Dette vil være klart uheldig for helsen til befolkningen direkte og indirekte ved forskyvning av utfordringer til primærhelsetjenesten. Størrelsen på sykehuset gjør det vanskelig for andre sykehus å absorbere aktiviteten uten større konsekvenser for innbyggerne.

Sammenslåing av fagmiljøer knyttet til OUS siste 25 år, og i mange andre sammenhenger i andre organisasjoner, er tidligere vurdert å føre til en reduksjon i kapasitet og kvalitet i mange år – uavhengig av om det er villet eller ikke villet endrings/sammenslåingsprosess og tross nye flotte lokaler. Det er naturlig med negative konsekvenser ved uønskede og store endringer, men også mindre og ønskede endringer krever tid og ressurser på en måte som raskt gir reduksjon i «produksjon» gjennom redusert kapasitet og redusert kvalitet. Dette er dokumentert i en ekstern rapport bestilt av OUS. fem år etter sammenslåing av barneavdelingene ved Aker og Ullevål til ett Kvinne-barn-senter – en ønsket og villet endring med økte personellressurser /lokaler, men likevel negative konsekvenser for utfallet for premature (fortidligfødte). Det samme gjelder erfaringer med annet personell i primær- og spesialisthelsetjenesten, f.eks. sammenslåing av ØNH- og øyeavdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål samt endringer i laboratorie- og røntgendivisjonen ved OUS). Vi anbefaler at disse konsekvensene tas inn i både vurdering av om sammenslåing av fagmiljøer er hensiktsmessig og om de eksisterende planer underdimensjonerer kapasitetsbehovene (se pkt. 2).

Vi finner det uklart hvordan lokalsykehusfunksjon for føde/ barsel skal ivaretas sammen med regions- og landsfunksjoner i de nye sykehusplanene. Dette er vesentlige funksjoner for folkehelsen og bør vurderes og dimensjoneres bedre – i samhandling med kommunehelsetjenesten og lokalsykehusene i Oslo.

Flytting og delvis sammenslåing med RH og delvis splitting vis-à-vis Aker av et godt fungerende traumemiljø ved Ullevål er et av de kritiske punktene som kan få negative konsekvenser for liv og helse generelt og ved større hendelser. Splitting av det unike traumemiljøet ved Ullevål virker å være

i strid med anbefalingene fra fagekspertene innen traumehåndtering og traumeberedskap. Dette kan forringe behandlingskvaliteten på dette feltet.

2. Dimensjonering kapasitet, lokaler og personell

Oslo befolkning vokser i alle alderssegmenter, men spesielt gjelder dette eldre med flere og sammensatte helseproblemer. Det er også et økende antall barn og unge som lever med kronisk sykdom/skade. Disse folkehelsevariablene bidrar til at det bør planlegges for økt behov/kapasitet i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Selv om det er et godt mål at mange i større grad skal greie seg hjemme, tilsier ikke det at det er redusert behov for spesialisthelsetjenester i årene fremover, men at det uansett er behov for økt kapasitet i kommunehelsetjenesten allerede før ny sykehusstruktur avstedkommer en overføring av opptil 50 000 liggedøgn til kommunehelsetjenesten.

Økt behov ved pandemi/større hendelse med stor skadepotensiale kan vi heller ikke her se er tatt med i bakenforliggende analyser og beregninger av kapasitetsbehov. Samhandling med Oslo kommunehelsetjeneste på flere plan og fagområder savnes.

Digital utvikling kan i noen grad bremse det økte behovet for tjenester, men den vil neppe løse utfordringene rundt behovsvekst (ut fra demografivariabler) og neppe redusere antall sengeplasser og liggedøgn i den utstrekning som planene tilsier. Selv om pandemiperioden har vist oss at digital utvikling kan gå raskere enn den gjorde før pandemien, har utviklingen hele tiden ligget i etterkant av behovene – også i denne perioden.

Overføring av 50 000 liggedøgn pr år til kommunehelsetjenesten vil gi et klart økt behov for leger og legespesialister innen både allmenn- og samfunnsmedisin og mer spesialkompetanse innen indremedisin, geriatri og pediatri. Det foreligger p.t. ikke planer for å imøtekomme dette. Med de utfordringer vi ser i rekrutering av allmennleger, leger til legevakten og sykehjem kan dette være en vesentlig faktor som svekker folkehelsen. Utfordringene med kapasitet i utdanningsforløpet (både LIS1 og LIS3) bør settes på dagsorden parallelt med planene for sykehusutbygging og vurderinger av hvilke pasientgrupper som skal behandles hvor.

Vi anser også at det er utfordringer med sykepleiekapasiteten og en underkapasitet i sykepleie- og spesialsykepleieutdanningen.. Helse Sør-Øst bruker mangel på spesialsykepleiere som et argument for sammenslåing. Vi mener det er et dårlig argument, da det er raskere å utdanne flere sykepleiere/spesialsykepleiere enn å bygge nye sykehus.

Manglende kompetanse og dimensjonering av kompetent personell (leger, sykepleiere med flere) i spesialisthelsetjenesten, kan ikke være utslagsgivende for overføring av mange liggedøgn til kommunehelsetjenesten eller nedskalering av sengekapasiteten på sykehusene. Samme utfordring vil være tilstede i kommunehelsetjenestene både i form av kapasitet og kompetanse.

En kritisk hendelse i et sykehus høybygg (eks. brann, smitte, terror etc.) med mange viktige funksjoner samlet, vil gi økt sannsynlighet for at større deler av tjenestene settes ut av spill enn om tjenestene og lokalene er spredt slik at ikke alt settes ut av spill på samme tid Dette vil raskt kunne påvirke kapasitet negativt og derved også kunne påvirke folkehelsen negativt på kort/lang sikt

En fungerende, godt dimensjonert og tilgjengelig primærhelsetjeneste inkludert fastlegene, i nær samhandling med spesialisthelsetjenesten, er vesentlig for folkehelsen i en befolkning. Dersom spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet reduseres vil primærhelsetjenesten få for mange alvorligere syke og komplekse pasienter. Det vil skape store utfordringer med å ivareta forsvarlighet for de sykere pasientene og samtidig arbeidet adekvat med tidlig intervensjon og forebygging. Det

foreligger p.t. ikke en god plan for å realisere reduksjonen på ca. 50 000 liggedøgn i Oslo kommune /nærliggende kommuner til å ivareta oppgavene. Nye OUS ikke vil være dimensjonert til å håndtere.

OUS har i planene tatt inn at det vil være befolkningsvekst i Oslo regionen, og har også nevnt økt krav til superspesialist kompetanse på regions- og landsnivå. Samtidig har de lagt til grunn at flere behandlinger skal skje ved dagbehandling/hotellopphold, poliklinisk og digitalt. Det er vi ikke uenige i, men vi viser til overnevnte innvendinger og mener en rekke faktorer og forhold bør vurderes på nytt:

- Den antatt økte sårbarhet for behovet for laboratoriekapasitet, spesialistkompetanse og sykehusinnleggelse knyttet til smitteutbrudd, epidemier og pandemier i tillegg til generell senge- og intensivkapasitet, der det er behov for å skille smittede og ikke-smittede med behov for senge- eller intensivkapasitet.
- Grundigere vurdering av og samhandling om forventet overtagelse av pasientmasser/pasientbehandling inkludert sengekapasitet i primærhelsetjenesten/Oslo kommune og kommunehelsetjenesten forøvrig, sett både i lys av pandemien, lokaler og personell/kompetanse.
- Vurdering av strategier for å oppnå tilgjengelighet og utdanning av personell til både andrelinjehelsetjenesten og førstelinjehelsetjenesten og kompetanse og ressursfordeling, heller enn å vurdere at mangel på spesialistsykepleiere medfører behov for overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten /redusert sengekapasitet i sykehusene.
- Betydning av sammenslåing og til dels splitting (uønsket) av verdifulle fagmiljøer og betydning av dette på kapasitet og kvalitet i endringsperiodene.
- Vurdering av om spredning av bygninger på større og flere områder kan gi mindre risiko for smitte (kontaktsmitte og luft smitte).
- Vurdering av den samfunnsmedisinske antagelsen av at økt total-areal og flere lokalisasjoner gir økt fleksibilitet i fremtiden for økt dimensjonering og endrings/suppleringsbehov av tjenester på kort /lang sikt inkludert bedre forhold for å redusere konsekvenser av smitteutbrudd og pandemier.
- Vurdering av risiko, sårbarhet og konsekvenser knyttet til betydning av hendelser av kritisk art ved et sykehushøybygg.

3. Negative effekter av å samle på lokalsykehusfunksjoner i et stort sykehus med omfattende lands- og regionsfunksjoner generelt og i lys av pandemien

Vi savner en konsekvensanalyse av effekt på lokalsykehusfunksjonene når de legges i så stor grad inn i et sykehus med mange og store regions- og landsfunksjoner.

Erfaringsmessig blir lokalsykehusfunksjoner og fagområdet som krever mye samhandling med kommunehelsetjenesten og mye helhetligvurderinger, nedprioriteres raskere i slike store sykehus. Disse uttalelsene er hentet uti fra våre egne og kollegaers erfaringer fra både sykehuspraksis og ulike deler av kommunehelsetjenestene.

Bydelene som i dag har mellomstore sykehus som sine lokalsykehus, angir å ha et tettere og letter samarbeid, enklere dialog og mer total fornøydhet enn de bydelene som har OUS som lokalsykehus, tross samhandlings-fora begge steder. Manglende gehør for kommunehelsetjenestenes ønsker om videre samhandling med sitt lokalsykehus og sine samhandlende bydeler (eks. Sagene bydel som ønsker å være en del av Lovisenberg sektor fortsatt) i Helse Sør-Østs planer, gir et inntrykk av at Helse Sør-Øst ønsker å styre flere forhold i kommunehelsetjenesten heller enn ha samhandling på likeverdig basis.

Samtidig er det enda mer krevende å få til god og kontinuerlig samhandling med OUS for alle bydelene som har andre sykehus som lokalsykehus for noen av de store områdene, og samtidig har funksjoner som f.eks. kvinne og barnehelse på OUS.

Vi savner både gode vurdering av lokalsykehusfunksjoners rolle inni det ene store sykehuset på Gaustad, og gode planer for kvinne-barn helse, som lokalfunksjon for bydelene i de eksisterende planene.

Selv om vi ser at rehabilitering/gjenoppbygging av Aker som et lokalsykehus for Groruddalen er et av de gode tiltakene i denne sammenheng, vil nedleggelse av Ullevål og samling i et stort sykehus på Gaustad virke i motsatt retning for lokalsykehusfunksjonene. Større areal og tettere samhandling med de to andre lokalsykehusene i tillegg til alle deler av kommunehelsetjenesten i Oslo, ønskes og er behov for i videre prosess med utvikling

4. Folkehelse og beredskapsperspektivet knyttet til utforming (og utbygging) av bygningsmassene

Planforslagene har vedlagt ROS-analyser der negative konsekvenser for miljø, friluftsliv, utsyn/utsikts-forringelse, støy/støv i byggefasen og i driftsfase (fra trafikk), overvannsutfordringer pga. massive bygningsmasser på lite område osv., der konsekvensanalyser med og uten kompensierende tiltak er lagt inn.

I seg selv er disse negative konsekvensene av de store massive utbyggingene, spesielt på Gaustad-området, av en slik karakter at de alene bør gi grunnlag for nye vurderinger av flere områder (som Ullevål) for reduksjon av bygningsmasse her og spredning av bygningsmasse/drift til f.eks. Ullevål.

Omfattende byggestøy tett på eksisterende sykehusbygg, barnehager, arbeidsplasser og boliger vil ha negativ effekt på helse til de som blir berørt av støy og støv i flere år.

Vi antar at mindre påbygg og rehabilitering av eksisterende tre sykehus vil gi mindre totalbelastning over kortere periode på de samme personer/instanser og derved mindre konsekvens for Oslo helse). Selv om Helse Sør-Øst eget planutkast påpeker at utbygging på Ullevål er ansett å ha negativ effekt på drift der i sykehusplanene, kan vi ikke finne grunnlaget/analysene for denne påstanden eller sammenligning av denne med de eksisterende planutbyggingsprosesser..

Store tette bygningsmasser kan også gi endringer i sol og vind i nærliggende områder og kan for mange være til estetisk sjenanse og påvirke folks helse negativt i nærområdet og som pasient på sykehusene i tørre grad enn spredt og lavere bebyggelse med mere grønt områder rundt.

Vi angir også en bekymring ang trafikksituasjonen rundt de to eksisterende planforslag der Ullevål nedlegges som sykehus. Ved samling av større mengder funksjoner på færre områder vil trafikkøkningen bli større for de to områdene enn om dette spres på flere områder. Trafikk utfordringene er allerede stor på Ring 3, Sinsenkrysset og Rv4 forbi Aker. Det ansees å ha størst økte og negative effekter for den foreslåtte Gaustad-utbyggingen. Dette har betydning for alle som bor i nærheten, for de som bruker veien til gjennomfart og ikke minst fremkommelighet til og fra sykehusområdet/tjenestene.

Høyhus-bebyggelse ansees å ha et lang større risiko for ulykker, ved brann, terror, smitte mm både i byggefase og driftsfasen, enn lavere og mer spredt bebyggelse. Dette er i seg selv vesentlig for vurdering av de eksisterende planforslag. PBE har i sitt forslag forøkt å bøte på noe av dette ved å spre noe av bygningsmasse til nedenfor ring 3, men sett i lys av alle de øvrige argumenter kan vi ikke

se at dette forslaget heller er godt nok for kapasitet, kvalitet, beredskap og folkehelse eller godt nok utredet helhetlig i samarbeid med kommunen/kommunehelsetjenesten.

Forutsetningen med å selge Ullevål og utvikle hele området til bolig bygging kan gi flere boliger i Oslo men ikke nødvendigvis noen bedre folkehelseeffekt til de som bor i Oslo. Tvert imot kan økt utbygging i Oslo sentralt gi økte kapasitetsutfordringer til både spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og kommunehelsetjenestens allerede overbelastede kapasitet.

Som vi påpekte innledningsvis er det mange forhold og argumenter som tilsier et behov for å ta inn flere nye/gamle forslag til utbygging av sykehus i Oslo området, før man setter i gang med bygging av aktuelle planforslag, spesielt gjelder dette utbygging av Gaustad området. Videre utbygging av Aker bør også sees i lys av behov for grundigere analyser av behov for større totalareal og grundigere analyser/bedre og bredere samhandling med kommunehelsetjenesten.

Samhandlingen i videre planprosess bør også i større grad innebefatte deltagelse fra og gehør for kommunes helsetjeneste med både faglig, administrativt og politisk ledelse, inkludert tillitsvalgte.

Mvh
Tillitsvalgte LSA/Dnlf på vegne av
medlemmene av LSA Oslo kommune/Dnlf



Plan- og bygningsetaten

Boks 364

0102 Oslo

**Høringsinnspill vedrørende planforslag for
Gaustad sykehusområde, saksnummer 201704683, og
Aker sykehusområde, saksnummer 201704677**

Oslo legeförening viser til mulighet til å komme med innspill til reguleringsplanene for Gaustad og Aker sykehusområder.

Oslo legeförening har fått utsatt frist til 1.7.2021. Ut fra svar fra Plan og bygningsetaten (201704683 -580), oversendes svaret med direkte kopi til dem som er nevnt under.

Planforslagene for Gaustad og Aker sykehus er lagt ut samtidig, da disse to sykehusene skal dekke et samlet sykehusbehov for Oslo i år 2035, og derfor blir vurdert samlet.

En del av høringssvaret vil være relevant for begge sakene, og det svares derfor med ett dokument med en felles første del og deretter spesifisering for hver regulerings sak.

Vi ber om å få tilsendt vedtaket i saken og eventuelt godkjent reguleringsplan.

Oslo 30.6.2021

Vennlig hilsen

Kristin Hovland
Leder Oslo legeförening

Kopi til:
Aker (saksnummer 201704677)
astrid.solli@pbe.oslo.kommune.no og lars.syrstad@ramboll.no.

Gaustad (saksnummer 201704683)
gro.vig@pbe.oslo.kommune.no og tore.bakken@ramboll.no.



Oslo legeförening önsker nye sykehusbygg i Oslo velkommen, men har tidligere gjennom offentlige møter og uttalelser uttrykt bekymring for de foreliggende planene for sykehusutvikling i Oslo. Vi oppfatter at Plan- og bygningsetaten (PBE) anerkjenner at dette ikke er en «ren regulerings sak som bare omhandler høyder og areal», men også får konsekvenser for helsetilbudet for Oslos befolkning hva gjelder både sykehustilbud og konsekvens for Oslo kommune sitt tilbud til befolkningen.

Regulering for Gaustad og Aker sykehusområder planlegges samtidig. Planforslagene følger opp målbildet vedtatt av Helse Sør-Øst (HSØ). Ved å regulere disse samlet, «låser» en samtidig utviklingsplanene for Oslo universitetssykehus. Dette er en uheldig kobling som hindrer samtidig vurdering av Ullevål sykehus som mulig egnet tomt for sykehusutvikling. PBE skriver innledningsvis i Planforslagene, at forslagene «bidrar til å dekke et samfunnskritisk behov for sykehuskapasitet i Oslo og regionalt». Vi mener dette er feil, og at følgende planer *ikke* vil dekke fremtidig behov. Dette vil bli nærmere redegjort for senere.

Vi anerkjenner ikke utsagn som vi har møtt underveis som at «målbildet er vedtatt» eller «nå har vi holdt på så lenge at vi må komme oss videre», i en sak som har så store økonomiske og helsemessige konsekvenser, og hvor utredningene peker på svært høy risiko både økonomisk, faglig og reguleringsmessig. Vi synes det er uheldig at innholdet i utredningene som har vært gjennomført i forbindelse med konseptfasen, ikke tas til følge og medfører en justering av planene.

Nylig utga kommunerevisjonen i Oslo en rapport om *Kostnadskontroll i tidligfase i investeringsprosjekter* (6/2021) for Oslo kommune, som viser økonomiske overskridelser i flesteparten av prosjektene. I den forbindelse uttalte Morten Welde, seniorforsker i forskningsprogrammet Concept ved Institutt for bygg- og miljøteknikk ved NTNU, til Aftenposten: *Svært få offentlige prosjekter stoppes. Jeg tror vi kan telle dem på én hånd. Vi har en kultur i Norge der så å si alle prosjekter gjennomføres når planleggingen først er påbegynt, uansett hvor dyre eller unyttige de senere viser seg å være.*

Vi er bekymret for at foreliggende planer vil rammes av dette utsagnet. Sykehusbygg er ikke unyttige, men blir de unødvendig dyre eller ikke kan ivareta sørge-for-ansvaret overfor befolkningen, er det feil bruk av penger og vil medføre redusert tilbud til befolkningen både i Oslo og omegn.



Oslo legeförening er kjent med at sykehusplanene for Oslo universitetssykehus har pågått lengre enn de nåværende reguleringssakene, men minner om at utgangspunktet for planene på Gaustad var et helt annet enn det vi ser restene av i dag. Tidligere gikk planene for Gaustad ut på å dekke over Ring 3, og dermed kunne bygge ovenfor, over og nedenfor Ring 3, med et sammenhengende sykehus. Disse planene ble stoppet da et lokk over ringveien viste seg å være umulig å bygge. Likevel har en holdt fast på planene om lokasjon, i stedet for å ta steget tilbake og se på hvor en da kunne få til funksjonelle sykehusbygg i Oslo for fremtidige generasjoner.

Oslo legeförening er kjent med at fagmiljøene både på sykehus og i kommunen, har gitt uttalelser i forbindelse med planene. Spesielt vil vi peke på samlet høringsinnspill fra arbeidstakerorganisasjonene ved OUS vedrørende både Gaustad og Aker nå, tidligere uttalelser fra fagpersoner og -miljø vedrørende akuttberedskapen samt innen psykisk helse, og høringsinnspill fra Leger i samfunnsmedisin (LSA) Oslo. (vennligst se vedlegg med lenker til slutt i dokumentet)

Regulering og gjeldende bestemmelser for Oslo

Initialt er Oslo legeförening forundret over at Oslo universitetssykehus (OUS)/Helse Sør-Øst (HSØ) sender inn forslag for nye sykehusbygg som så klart bryter med gjeldende regelverk for Oslo kommune samt kjente verneområder.

- Planforslaget avviker fra noen føringer i Kommuneplan 2015
- Høyhusstrategi i Oslo begrenser høyde til 42 m
- Landsvernplan for helse omfatter bygninger både på Gaustad og Aker (<http://www.riksantikvaren.no/prosjekter/landsverneplaner/helse-og-omsorgsdepartementet/>) Vi registrerer at Riksantikvaren har lagt inn innsigelse på deler av reguleringsplanen for Gaustad med tanke på gjeldende vern av Gaustad sykehus.
- Planlagt bygging tett på marka der «Hals' sine grønne fingre» strekker seg nedover mot byen. Bygging tett på Sognsvannsbekken. (Gaustad sykehusområde)
- Det planlegges for bygging av sykehus i rød støysone begge steder; på Aker er det planlagt for at psykisk helsevern skal plasseres i rød støysone.

Vi ville forvente at offentlige organer forholder seg til gjeldende regler, og tar utgangspunkt i disse for sine egne planer.



Er gjeldende regelverk fulgt i utredningen?

Det er utført en uavhengig juridisk vurdering i forbindelse med planene for OUS. Grunnlaget for den juridiske vurderingen er offentlig tilgjengelige dokumenter knyttet til planer for Nye Oslo Universitetssykehus som ligger til grunn for helseministerens søknad om låneramme og bevilgning i statsbudsjettet for 2020.

Ovennevnte er følgelig ikke en del av reguleringsplanen, men det er til bekymring om beslutningen om hvor og hvordan nytt sykehus tilbud i Oslo skal bygges og organiseres, er truffet uten at de krav som stilles til saksbehandlingen er oppfylt og at grunnlaget for lånesøknaden ikke er forsvarlig utredet (vedlegg 4). Det er fra flere hold krevd at Ullevål må utredes som et reelt alternativ.

Fremtidig behov

Det er et behov for nye sykehusbygg i Oslo og omegn. Oslos innbyggertall vokser, og selv med pandemien og hvordan den vil påvirke fremtidig bosetting, er det vel trolig at innbyggertallet i Oslo vil fortsette å vokse fremover. Likedan ser vi en befolkningsvekst i områdene rundt Oslo.

Ved siden av OUS, dekker Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus, til sammen den største delen av Oslo-innbyggernes behov for sykehus tjenester. I tillegg finnes Radiumhospitalet og Sunnaas sykehus (Nesodden). Rikshospitalet har nasjonale funksjoner. Rundt oss ligger Ahus sykehus, Vestre Viken (Bærum/Drammen) og Kalnes (Østfold). Ahus har i dag ansvar for Groruddals-bydelene. Ahus ble bygd for et opptaksområde på ca 350 000, men dekker i dag en befolkning på ca 500 000. Forventet befolkningsvekst for nedslagsområde for Ahus de neste 10 årene er ca 150 000. De har siden åpningen hatt en høy andel med korridorpasienter, og kjøper i dag «senger» fra Diakonhjemmet for å dekke opp behovet innenfor deres opptaksområde. I tillegg har de en lav egendekning, dvs en del pasienter havner på OUS også. Kalnes sliter også med for liten plass, og mange korridorpasienter. Drammen skal få nytt sykehusbygg, hvor vi mener planene tilsier at dette sykehuset også kommer til å være for lite allerede fra åpningsdagen.

HSØ sier at beregningene for OUS er justert med tanke på beleggsprosent og beregnet antall poliklinikk timer, som genererer forventet arealbehov. Vi er usikre på om modellen er robust nok. Samtidig ser vi at det beregnes en stor overføring til kommunen og økt bruk av hjemmesykehus. Tilbakemeldingene fra leger som bidrar i medvirkningsgruppene, som jobber i forprosjektfasen nå i OUS, er at mange av dem er bekymret for manglende areal. Konsekvensen av for små sykehus



er både mindre effektiv og dyrere drift, og økt belastning for kommunen på grunn av behov for raskere utskriving av pasienter.

Kostnaden ved byggingen av nye sykehus i Norge ligger på ca et halvt årsbudsjett. Dette synes å være for lavt. Planene for Gaustad og Aker er i utgangspunktet laget over samme mal som andre sykehus som er bygget i nyere tid. Sykehusene har måttet kutte areal i forbindelse med oppføring, for å kunne overholde budsjettene. Dette medfører enda mindre sykehus enn planlagt, med de konsekvensene det får for både pasienter og ansatte. Planene for OUS har en kostnadsramme som er Norges hittil høyeste for landbasert bygging. Det er planlagt med en inntjening fra første dag som synes helt urealistisk.

Ovennevnte har ikke direkte med reguleringsplanene i dag å gjøre. Men, sykehusplanene innebærer to faser, og hvis økonomien kollapser, vil dette få store konsekvenser for hva som faktisk blir bygd, og videre bruk og regulering av tomtene. Det kan føre til mindre hensiktsmessige og dyrere løsninger i fremtiden. For reguleringsprosessen, som skal ivareta gjeldende retningslinjer i Oslo og god byplanlegging, vil denne usikkerheten kunne medføre uønskede virkninger for fremtidige reguleringer.

Fra HSØ sin side har det vært nevnt at det kan bli behov for et sykehus til, når eventuelt disse to sykehusene er oppført og Ullevål sykehus solgt. Det synes som en dårlig idé å selge ett sykehus, om en anser at det kan bli behov et nytt allerede om en 10-15 års tid.

Det har vært gjentatt argumentet om at bygningsmassen på Ullevål er helt forfallen. Vi gjør oppmerksom på at der er 110 000 m² gode og delvis nyere bygg. I et miljøperspektiv synes det uheldig å flytte fra dem. Og også økonomisk. Blant annet er der eksempelvis et relativt nytt kreftsentrum, inkludert strålebunkerser, som både er plasskrevende og dyre å bygge nye. På Ullevål ligger også CBRNE-senteret som har akuttberedskap for behandling av personskader forårsaket av særlig farlige kjemiske stoffer, giftig røyk, radioaktiv stråling og biologiske smittestoffer som kan gi opphav til bl.a. høyrisikosmittesykdom. Behovet for denne type avdelinger skulle være innlysende i forbindelse med pandemien vi står i.

Manglende virksomhetsplan

Først og fremst mangler en virksomhetsplan for sykehusene i Oslo og omegn. Vi mener dette ville gitt bedre føringer for utviklingsplanene. HSØ har ansvar for helseforetakene i regionen, som dekker tilbudet til ca halvparten av Norges



befolkning. Eksempelvis har det underveis i prosessen endret seg hvilke bydeler som skal sogne til hvilke sykehus og hvilke avdelinger som skal ligge hvor. Sykehusenes utforming synes å være justert ut fra hva som er mulig å plassere på tomtene, og ikke med tanke på hva de skal romme av funksjon. For tiden pågår det et stort arbeid ved Oslo universitetssykehus (OUS), hvor medvirkningsgrupper skal uttale seg om behov for sine områder. Flere grupper uttrykker bekymring for planene for sine områder, med for lite areal, uegnet plassering i forhold til samarbeidende avdelinger og endring i plassering fra et møte til neste.

Hvilke bydeler som skal tilhøre henholdsvis Gaustad og Aker har også vært diskutert. Et par av bydelene i Grorud er ikke planlagt overført fra Ahus før i fase 2. Ut fra siste informasjon vi har, blir traumemiljøet delt mellom Gaustad og Aker. Noe som vil forringe akuttmiljøet slik vi kjenner det på Ullevål i dag. Aker er planlagt med Norges største fødeavdeling (ca 10 000 av ca 50 000 fødsler/år i Norge), men ingen nyfødtavdeling. Traumemiljøet har sagt at det bør være et nedslagsfelt på minimum 240 000 på sykehuset, men det er uklart hva endelig tall for Gaustad blir. Det ligger inne en forventning om økt kapasitet på Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus, uten at det for oss er tydelig hverken fordeling eller økonomi.

Det blir argumentert med at OUS ikke kan ha 3 lokasjoner/akuttsykehus (Rikshospitalet, Ullevål og Aker) da dette vil ta spesialister fra andre steder i Norge. Vi gjør oppmerksom på at det er spesialister på alle norske sykehus. Det er svært begrenset hvor mange leger og annet helsepersonell en kan fjerne ved å bygge noe større. Behovet for helsehjelp for befolkningen ligger der, og det foreligger ingen oversikt per i dag som beskriver hvilke funksjoner som evt er tenkt fjernet. Tall fra HSØ viser at passe store sykehus er de mest effektive, driftsmessig og økonomisk. Radiumhospitalet er vedtatt, og nybygging er startet opp. Rikshospitalet har nasjonale funksjoner, hvor oppgavene ikke blir borte ved en sammenslåing. Det er i dag en del aktivitet på Aker fortsatt.

Begge tomtevalgene medfører en svært høy utnyttelse av tomtene, og manglende muligheter for utvidelser senere.

Dette er noen av usikkerhetsmomentene som Oslo legeförening mener vanskeliggjør arbeidet med planlegging av gode sykehus og følgende reguleringsplaner.



Psykisk helse

Oslo legeförening er bekymret for planene med å samle all psykiatri på Aker. Sammen med Psykologforeningen har vi ved flere anledninger uttrykt bekymring for både kapasitet og planlagte bygg. Området psykisk helse og avhengighetsbehandling er i klar vekst, og pandemiens effekter har vi ikke helt sett konsekvensen av enda. Framskrivningen av kapasitetsbehovene synes å være for lave. På tomten er det ingen rom for videre utbygging. Risiko for underdimensjonering på både kort og lang sikt antas å være høy. Gaustad sykehus er i dag i drift (det kan ut fra noen dokumenter i reguleringssaken nesten synes som bygningene ikke er i aktiv bruk, men det er de), og fagmiljøer peker på mange av de positive sidene ved sykehuset på tross av en ærverdig alder.

Slik tegningene foreligger for byggene som skal inneholde psykisk helsevern på Aker, minner de om sykehuset i Kalnes. Vi gjør oppmerksom på at det foreligger en rapport fra Sivilombudsmannen som er kritisk til utformingen av den psykiatriske delen av sykehuset på Kalnes (se vedlegg 7, s 10 ff), og mener løsningene som velges må gjenspeile kunnskapen vi har i dag om hva som er gode sykehusbygg innen psykiatri. (se artikkel i vedlegg 8).

At byggene innen psykiatri på Aker er plassert i rød støysone er kjent. Oslo legeförening anbefaler at en vurderer foreliggende løsninger på nytt, inkludert å se på alternativet å fortsette å bruke Gaustad sykehus.

Vedrørende Gaustad sykehusområde, saksnummer 201704683

Planene for Gaustad innebærer brutale bygg, og ødeleggelse av Gaustad sykehus slik verneplanene for sykehuset foreligger per i dag.

Rikshospitalet innehar i dag nasjonale og regionale funksjoner. Framskrivning av behov innen nasjonale oppgaver, er ikke tatt med i beregningene av arealbehov slik vi har oppfattet det. Det er uklart om det er tenkt at noen av oppgavene skal overføres til andre sykehus? I dokumentene som omtaler Nye OUS, skriver de om regional- og lokalsykehusfunksjoner på Gaustad.

Planene innbefatter rivning av godt brukbare bygg, noe som bør unngås med den kunnskapen vi har i dag om miljøkonsekvensene ved nybygg. Det argumenteres med behov for kompaktsykehus, men slik planene er nå, vil det strekke seg fra Livsvitenskapsbygget og helt opp til øvre grense for Gaustad sykehus i dag. Det er et stort område, men den største utfordringen er helning og manglende infrastruktur.



Vi önsker å peke på noen utfordringer:

- Bygningene vil være høyere enn høyhusstrategien tilsier. I tillegg er de mye høyere enn nåværende Rikshospital, som ble anlagt slik det ligger i dag nettopp for ikke å «ødelegge for» Gaustad sykehus.
- På vestsiden vil det bli enormt høye vegger, som dels ligger svært nær Sognsvannsbekken.
- Det er bare én vei inn til sykehuset fra krysset Gaustadalléen/Klaus Torgårds vei. I tillegg er akuttmottaket planlagt helt på vestsiden av sykehuset, og alle utrykningsfartøy må kjøre «gjennom» nybyggene. Tilkomsten for utrykningskjøretøy, trikk, buss, biler og myke trafikanter, er alle samme sted. Slik vi ser det blir det vanskelig å skille disse godt, og det vil derfor være høy risiko for personskader i forbindelse med adkomsten til sykehuset.
- Det er nevnt at ambulanse kan bruke av- og påkjørsel på vestgående avkjørsel (mot Slemdalsveien) ved behov. Det er ikke gjort noen beregninger på hva dette behovet vil bli i antall. Dette er samtidig en naturlig gangvei for dem som kommer fra buss/bane, slik at en fører utrykningskjøretøy og myke trafikanter sammen på en uheldig måte.
- Det er mer hensiktsmessig med en vei inn og en annen ut i forbindelse med akuttmottak. Det er uklart om det vil være mulig på Gaustad, ut fra foreliggende tegninger.
- Trafikktelling/avvikling synes mangelfullt utredet. Ovenfor sykehuset ligger bl.a. 3 barnehager og mange boliger. Det er ikke mulig med annen adkomst enn via Sognsvannsveien.
- Det er mangelfull utredning av støy og vindproblematikk fra helikopterne, og da spesielt SAR Queen. Det er heller ikke meldt inn midlertidig helikopterlandingsplass som en del av reguleringsplanen, selv om den må brukes over mange år.
- Det er argumentert for Gaustad som lokasjon pga innovasjonsdistriktet Oslo Science City. Oslo Science City omfatter Gaustad, Blindern, Marienlyst og Majorstuen. For lokal kjente er ikke avstanden fra Livsvitenskapsbygget til Gaustad vs Ullevål så veldig forskjellig, at det gir grunn til å tro at alternativet Ullevål skulle forringe forskning, utdanning og innovasjon. Ser man på fig 11 s 24 i dokumentnummer 321, er Ullevål sykehus med på kartutsnittet.
- Forskning viser at sykehus som skiller mellom planlagt og akutt drift, har bedre effektivitet. Vi er bekymret for løsningene for regional- og lokalfunksjonene i bygningene som er planlagt. I tillegg savner vi, som nevnt over, avklaring på nasjonale funksjoner.



- Det er planlagt med flere trikkeavganger, uten at det foreligger ferdige planer om dette. Gaustad har ikke gode kommunikasjonsforbindelser ut fra det som ellers er beskrevet om maks antall meter til nærmeste offentlige transport for at befolkningen skal oppfatte det som et ønsket alternativ. Trikken går helt opp til Gaustad. Bane (Forskningsparken) kan nås via trikk, eller en kan gå til nærmeste stopp på Frognerseierbanen. Gaustad stasjon er oss bekjent, planlagt flyttet noe sørover. Det går noen busser langs ringveien, men bare buss 23 kjører hele dagen. Buss 40 er ny rute som går opp til boligfeltet ovenfor sykehuset. Både for pasienter og ansatte vil det for mange være et stykke å gå til det som i praksis er nærmeste holdeplass for ønsket transport.
- Mulig overvannsproblematikk og grunnforhold ser vi er etterspurt fra rette faginstanser.
- Tilkømt under byggeperioden vil enten måtte gå via svært trafikkert vei med ansatte/pasienter langs veien, eller via boligfelt og over Sognsvannsbekken. Det er uklart hva som velges, men med så langvarig byggeperiode bør dette være avklart som en del av reguleringsplanen nå.
- Sol/skyggeforhold er mangelfullt beskrevet.

Vedrørende Aker sykehusområde, saksnummer 201704677

Noen punkter vedrørende Aker sykehusområde:

- Foreliggende planer gir ikke lokalsykehus for Groruddalen på Aker. Oslo legeförening mener et passe stort lokalsykehus her ville gitt et bedre tilbud til Groruddalens befolkning, og gitt et sykehus som var effektivt og ga god drift.
- Utbyggingen på tomte er massiv, og det vil ikke være rom for eksempelvis videre utbygging av psykisk helsevern om det skulle bli behov for dette.
- Det er planlagt for svært høye bygg, i strid med høyhusstrategien i Oslo. Ved besøk på tomten nå, kan en se høyden på Storbylegevakten, for å få et inntrykk av hvor stor bygningsmasse som er planlagt på tomte.
- Ivaretagelse av vernede bygg bør skje slik at den historiske utviklingen på tomte gjenspeiles.
- Selv om det er planlagt med høye hus og høy utnyttning av tomt, er vi bekymret for at sykehuset allerede ved åpningen blir for lite.
- Utfordringer med støy og forurensning fra trafikkert vei er tidligere kommentert, spesielt med tanke på psykisk helsevern.
- Overføring av befolkning i Groruddalen fra Ahus til Aker, ville gitt Ahus bedre mulighet til å ivareta sin egen nær-befolkning.



Vedlegg:

Her er lenker til noen av dokumentene som er utgitt av tillitsvalgte og fagpersoner Sykehus i Oslo: Et bærekraftig alternativ. Framtidsrettet, fleksibelt og grønt forbindelse med sykehusplanene. Noen dokumenter fra fagmiljøer/personer er sendt inn direkte som høringsvar.

1. Nye Oslo universitetssykehus – Protokolltilførsel fra fagforeningene [ous_protokolltilforsel-til-8-rapporter_201020.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
2. Sykehusplanene i Oslo - kort fortalt [ous-planleggingen-notat-oslo-legeforening_endelig-14-oktober.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
3. Sykehus i Oslo: Et bærekraftig alternativ. Framtidsrettet, fleksibelt og grønt [temahefte_ullevaal_2019_enkeltsider.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
4. Juridisk vurdering av beslutningsgrunnlag for nye Oslo Universitetssykehus [31102019-juridisk-vurdering-av-planene-for-nye-oslo-universitetssykehus.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
5. En uavhengig gruppe har sett på de økonomiske vurderingene for Nye Oslo universitetssykehus. [ous_uavhengig-okonomisk-analyse_201124.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
6. Sykehusutbygginger i Oslo – Konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse-, pleie og omsorgstjenester [rapport_1_kommunekonsult_lr19098.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
7. Sivilombudsmannen, besøksrapport fra Kalnes:
<https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/04/Sykehuset-%C3%98stfold-avd-sikkerhet-bes%C3%B8ksrapport.pdf>
8. Journalen (Oslo legeförening sitt medlemsblad)
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/63fe9b5548a44cc69fdb2844cee302c7/journalen-1-2020.pdf>

Oslo legeförening har også gitt innspill ifm høring i Oslo kommune:

Høring i helse- og sosialutvalget - Ullevål sykehus

[Oslo kommune-TV \(kommunetv.no\)](#)

Leder i Oslo legeförening ledet 26. mai en debatt med Stortingsrepresentanter/kandidater fra Oslo:

[Se paneldebatt mellom stortingspolitikere om sykehusstrukturen i Oslo i reprise \(legeforeningen.no\)](#) (sendingen starter 12 min og 50 sek uti opptaket)

Sognsvannsveien Borettslag
c/o Advokatfirma Røer ANS
Postboks 1975 Vika
0125 Oslo

Oslo kommune
Plan- og bygningssetaten
Postboks 364 Sentrum
0102 Oslo

Oslo, 7. juni 2021

SAKSNUMMER 201704683 – FORSLAG TIL DETALJREGULERING MED KONSEKVENsutredning AV GAUSTADALLEEN 34, GAUSTAD SYKEHUSOMRÅDE, TIL SYKEHUS

Innledning

Rekkehusene i Sognsvannsveien borettslag ble bygget i 1961, som personalboliger for Gaustad sykehus. Husene ligger øverst i Sognsvannsveien, mellom denne og Sognsvannsbekken. Husene har hagefasade og uteareal mot Sognsvannsbekken og del av Gaustadskogen. Flere av borettslagets eldre beboere er tidligere ansatte ved Gaustad Sykehus, men det pågår et generasjonsskifte og borettslaget har mange barnefamilier.

Selv om borettslaget ligger ca 300 meter nord for planområdet, er det grunn til å tro at utbyggingen vil påvirke vårt bomiljø. Styret har gjennomgått planforslaget, og vi tillater oss å bemerke tre forhold som er av stor betydning for borettslaget.

Trafikk, parkering og gående/syklende

Aktiviteten i sykehuset forventes å øke med 50 % etter utbygging. HSØ ønsker å øke antall parkeringsplasser med 28 % fra 1800 til 2456, mens PBE ønsker færre parkeringsplasser. Gateparkeringen øverst i Sognsvannsveien brukes allerede i dag av både besøkende og ansatte ved Rikshospitalet. Vi er bekymret for at utbygging slik skissert vil gi øket fremmed-/villparkering, som kan hindre framkommelighet i vårt område. Vi er også bekymret for at øket trafikk kan gå ut over sikkerheten til gående og syklende, blant fordi det ikke er gang- og sykkelvei langs denne del av Sognsvannsveien.

Vi henstiller derfor om at den trafikale situasjonen nord for planområdet utredes nærmere, og at det treffes tiltak som ivaretar områdets interesser på en god måte.

Støy fra helikoptertrafikk

Vårt borettslag ligger nord for Rikshospitalet, og nær en av de anbefalte innflygingskorridorer. Nåværende helikopter landingsplass ligger på bakkenivå. Landskapet og bygninger skjermes i stor grad vårt borettslag for støy fra landingsplass.

Etter prognosen i støyrapporten fra Sweco, vil borettslaget ved moderat vekst i trafikk i 2040 ligge så vidt utenfor gul støysoner (alternativ 1A eller 1B). Støysonekartet er beregnet ut fra høyde 4 m over bakken. Vi er bekymret for at man med ny landingsplass på 42 eller 55 m over bakken mister den naturlige skjerming landskapet gir mot støy fra landingsplassen. Ved økende trafikk, og innfasing av nytt redningshelikopter, kan det forventes mer støy fra landingsplass. Særlig plagsom vil dette være ved nattflyging. Standard på fasadene i våre boliger er fra bygningsåret, og har følgelig en begrenset evne til å dempe for utendørs støy.

Vi ser det som svært viktig at støy fra helikoptertrafikken utredes grundigere, og at konsekvensene for nærområdet ivaretas på en betryggende og forsvarlig måte.

Sognsvannsveien Borettslag

c/o Advokatfirma Røer ANS

Postboks 1975 Vika

0125 Oslo

Kulturminner og kulturmiljø

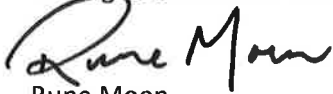
Mange av borettslagets medlemmer har en livslang tilknytning til Gaustad sykehus; institusjonen, bygningene og området. Vi er opptatt av at bygningene og den historiske hagen blir ivaretatt. Så vidt vi kan se av de foreliggende planene har HSØ og PBE sett betydningen av de kvalitetene området har.

Det er viktig for oss at de gode intensjonene følges opp i den videre prosessen.

Ved ønske om ytterligere opplysninger eller befaring i borettslaget står vi selvsagt til disposisjon.

Med hilsen

for Sognsvannsveien Borettslag



Rune Moen

Styreleder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 12.04.2021 kl.09:37
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NLBZ
Innsendt av: Eivind Olaf Gyllenhaal Bødtker
E-postadresse: eivind.bodtker@outlook.com
Mobilnummer: 48090686

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Det er feil å bygge ut på Gustadområdet, som er for lite for et stort sykehus. Sats heller på å videreutvikle Ullevålområdet

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 12.04.2021 kl.14:02
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NLRZ
Innsendt av: Eivind Stenehjem
E-postadresse: eivstene@online.no
Mobilnummer: 90848945

Saksnr: 201715421

Uttalelse - Tiltaksliste for offentlig rom Nydalen

Uttalelse

Ullevål er traumesykehus også for vår region. Det har et anerkjent fagmiljø som bl.a. markerte seg internasjonalt i forbindelse med terrorangrepene 22. juli 2011. De foreliggende planforslagene medfører risiko for å splitte og ødelegge dette fagmiljøet. Ullevåltomta er langt bedre egnet til sykehus av denne størrelse enn Gaustad-tomta, ikke minst i møte med utbrudd av infeksjonssykdommer og fremtidige pandemier. Økonomiske argumenter for de nye planene er høyst usikre og i beste fall sekundære i forhold til de medisinsk-faglige og beredskapsmessige. Arkitektoniske og kulturelle hensyn taler også for å bevare Ullevål. Samfunnet ville tape på å avhende dette arealet.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 12.04.2021 kl.19:37
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NLHZ
Innsendt av: Jul Fredrik Moløkken Kaltenborn
E-postadresse: julfredrik@hotmail.com
Mobilnummer: 90996525

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

I tillegg til alle argumentene som taler mot disse forslagene fra et voksent perspektiv og som har vært belyst i flere omganger, vil jeg legge til to argumenter fra barnas perspektiv:

Begge forslagene ser ut til å ødelegge viktige friområder for barn som bor rundt krysset Gaustadveien/Sognsvannsveien. Området inneholder blant annet en av de få løkkene som ikke brukes av idrettslag og som er flittig brukt av barn til frilek. Særlig er området foran Gaustadtunet borettslag viktig.

I tillegg til den permanente ødeleggelsen av dette viktige friområdet, vil planene midlertidig gjøre andre friområder mindre tilgjengelig for barn. Dette vil f.eks. gjelde Krokodillebukta hvor det skal være byggebrakker og der man bestemmer seg for legge helikopterflyplassene. Selv om disse inngrepene ikke er permanente, vil de være der hele barndommen til dem som vokser opp i området nå.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 12.04.2021 kl.21:21
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NMAZ
Innsendt av: Knut Even Haakenaasen
E-postadresse: knhaaken@gmail.com
Mobilnummer: 93689253

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Nye Gaustad er et håpløst prosjekt på de fleste områder som angår nærmiljø, kulturlandskap og arkitektonisk utforming. Uansett om man velger Alt. 1A eller 1B fremstår nye Gaustad som en brutalistisk mastodont som ødelegger den fine balansen mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Dette er et viktig kulturlandskap som blir totalt ødelagt for all fremtid. dette gjelder også friområdet på baksiden av RH, den såkalte Krokodillebukta, som både er en inngangsport til Marka og et populært lekeområde for barn. Rikshospitalet har fått mye positiv oppmerksomhet både her hjemme og i utlandet for sin vakre og humanistiske utforming som fremmer trivsel både for ansatte, pasienter og de som ellers bor og ferdes i området. Med HSØ sine planer blir Rikshospitalet rasert og området preget av steril, teknokratisk fremmedgjøring. I tillegg til visuell forurensning kommer støyproblemene som vil prege området i hele utbyggingsperioden på 10-12 år. Dette blir en spesielt stor belastning for ansatte og pasienter. Og hvordan sikre forsvarlig brannberedskap? Dersom det begynner å brenne i de nederste etasjene i de 12-14 etasjer høye "smittetårnene" og heisene står, hvordan evakuere alle pasientene i etasjene over? Og hvordan plassere inn landingsplass for nye, støyende ambulanshelikoptre med sterk vindturbulens på et så kompakt og avgrenset område?

Med utg.punkt i ikke-medisinske forhold mener jeg følgelig at PBE bør forkaste både Alt.A og Alt.B. I tillegg kan listes opp en rekke medisinskfaglige argumenter mot utbygging av Nye Gaustad, men det ligger vel utenfor PBE sitt mandatområde.

mvh
Knut Haakenaasen

Innsender



Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 16.04.2021 kl.22:18
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NPRZ
Innsendt av: Anders Matheson Hegna
E-postadresse: andersmatheson@yahoo.no
Mobilnummer: 98808576

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Planforslaget vil innebære en et alt for omfattende tiltak på et alt for lite område. Man ville aldri tillatt en slik form for utbygging i randsonen til marka, beliggende mellom boligstrøk og klemt ned mot en motorvei, om det ikke hadde vært for at det er et sykehus. Det legges inn et slags premiss om at det er nødvendighet å utvide sykehuset for å dekke byens behov. Med et slikt premiss kan alt godtas. Men premisset er ikke riktig. Det finns andre løsninger, slik som en delt løsning med Ullevål. For Helsesørøst er det utelukkende hensynet til sykehusdrift som er styrende, ikke hensynet til byen vår og fornuftig byutvikling. Nå er det på tide å se helheten. De marginale og høyst omdiskuterte fordelene med å samle alt på Gaustad og legge ned Ullevål er marginale, og ikke i nærheten av å kunne forsvare et slikt svik mot god byutvikling.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

SIRI KJELLAND
PLAN- OG BYGNINGSETATEN.

Mottatt
OSLO KOMMUNE PLAN- OG BYGNINGSETATEN
16 APR. 2021
SAKSNUMMER 201704683/360

DERSOM ULLEVÅL SLÅS SAMMEN
MED RIKSHOSPITALET PÅ DEN
ALT FØR LILLE TØNDEN VIL DET
ØDELEGGE HELE DETTE NYDELIGE
OMRÅDET FØR ALLTID.

DET VIL KOMME NYE BEHOV FØR UTBYGGING -
OG MAN VILLE ØNSKE AT MAN HADDE
DET STORE AREALET PÅ ULLEVÅL
TIL RÅDIGHET.

I TILLEGG TIL ØDELEGGELSE AV HELE
NÆRMILJØET ER DET PLANLAGTE
BYGGET IKKE I TAKT MED BYGGET SOM
NÅ HUSER RIKSHOSPITALET.

ANSATTE VIL MISTRIVES OG
PASIENTENE VIL BLI SYKERE AV Å
BEFINNE SEG I SÅ UBALANSERTE OMGIVELSER,
DON'T DO IT.

HILSEN 40 ÅRS ERFARING
I HELSEVESENEN.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 20.04.2021 kl.11:46
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NPWZ
Innsendt av: Tor Ingolf Winsnes
E-postadresse: torwinsnes@icloud.com
Mobilnummer: 99698634

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Oslo kommune
Plan- og bygningsetaten
Sak 201704683

Det vises til kunngjøringen av høringsdokumentet.

Pkt. 1

Her er byggehøyden angitt til 52 m for alternativ 1a. Dette er forklart som 12 høye etasjer. Pbe bruker her to ulike målestokker for å forsøke å illustrere byggehøyder for publikum. Byggehøyden i prosjektet er det store stridstemaet som følge av for liten tomt. Publikum har ingen referanse til begrepet høy etasje. Normal byggehøyde for boliger har etasjehøyde på 2,6 inkl. etasjeskillet. En normal referanse i Oslo er f. eks. høyblokkene på Ammerud og Tveita. Legges denne målestokken til grunn vil høyblokkene på Gaustad være på 20 etasjer.

Høydeangivelsene i kunngjøringen er villedende og uten nærmere forklaring. Vi ber derfor om at kunngjøringen sendes ut på nytt med høydereferanser som er forståelige for publikum.

Pkt. 2

Bygningsforskriftene legger en normaletasje på 3 m til grunn for beregning av tomteutnyttelsen. Det er angitt en øvre grense for utbyggingen av Gaustadområdet på 405 700 m² BRA. Er forskriftens normaletasje på 3 m lagt til grunn for den utbyggingen som nå er foreslått i reguleringsforslaget?

Med vennlig hilsen

Dag Hovland og Tor Winsnes

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 31.05.2021 kl.13:05
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QFXZ
Innsendt av: Tor Ingolf Winsnes
E-postadresse: torwinsnes@icloud.com
Mobilnummer: 99698634

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Reguleringsplanen legger rammene for utbygging av en sykehusstruktur på Gaustad som ikke kan bli rasjonell og driftseffektiv. Vedlagte uttalelse er en vurdering av det planlagte sykehuset ut fra bebyggelsesplanen i forslaget. Undertegnede har erfaring fra det fleste faser og aspekter knyttet til fysisk planlegging av sykehus

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Vurdering av Nye Rikshospitalet som sykehusstruktur.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Vurdering av Nye Rikshospitalet som sykehusstruktur

Tomt

Rikshospitalet mangler tomtekapasitet for en utbygging som går ut over dagens bygningsmasse. Dagens sykehus er innpasset mellom turveien langs Sognsvannsbekken og det regulerte parkarealet rundt det fredete Gaustad sykehus, mot universitetet i syd og et sterkt stigende terreng i nord der dagens sykehus graver seg 3 etasjer inn i terrenget. Sykehusomtten faller bratt mot bekkedraget i vest og mot Ring 3 sydøst for Gaustad sykehus. Det finnes bare relevante tomtereserver dersom Gaustad sykehus og/eller universitetet rives.

Terrenget ned mot Ring 3 og Livsvitenskapssenteret i sydøst har et fall på 15 m over 200 m (1:12) og er oppdelt av universitet, bilvei og trikkelinje. Både topografi og bebyggelse gjør området helt uegnet for utbygging av Rikshospitalet.

Reguleringsforslaget baseres på at ca. 15 000 m² av Universitetsbebyggelsen skal rives og erstattes. Tilleggskostnaden for OUS/HSØ er kr 1 – 1,5 mrd. Dette er ikke problematisert.

Bygningsstruktur

Store sykehus må ha en bygningsstruktur som er sammenhengende og har størst mulig fleksibilitet både arealmessig og teknisk. Bruksarealer må kunne omdisponeres til ny bruk og tekniske installasjoner fornyes og endres med minst mulig sjenanse for driften (tekniske etasjer). En viss grad av generalitet bør etterstrebes ved at rom- og planløsningene åpner for ulik bruk, noe som øker fleksibiliteten uten bygningsmessige tiltak.

Sykehus med regionansvar må kunne vokse for å dekke økningen i behovet for helsetjenester. Veksten bør skje ved «knoppskyting» uten at byggevirksomheten griper unødige inn i driften av sykehuset.

Intensjonen og kravet bak Nye Rikshospitalets var et kompakt sykehus, dvs. at forbindelsene mellom avhengige funksjoner skulle være korte og rasjonelle, basert på analyser av behovet for nærhet. Det betyr at behandlingen i størst mulig grad bør organiseres rundt pasienten på «ett gulv» slik det er organisert i dag på RH med pleie i C- og E-avsnittet og behandling i det mellomliggende D-avsnittet. Poenget er at stadige pasienttransporter mellom behandlingssted og en fjern sengepost på en annen etasje, lett skaper trafikkpropper og er plass- og arbeidskrevende.

Sykehus kan ha mange etasjer, det er hyppigheten og avhengigheten av pasienttransport og heisbevegelser som er begrensende, ikke lengden på heisturen. Så lenge etasjearealene har en størrelse (minst 10 000 m²) og utforming som i stor grad kan romme pasientforløpet og gi fleksibel inndeling av funksjonene pleie og behandling (som på RH i dag), vil etasjetallet være uinteressant.

Sengepostene er lagt samlet i spesialiserte høybygg med relativt små etasjeareal både på Nye RH og på Nye Aker. Dette er irrasjonelt mht. å kunne dele opp og samle pasientene i varierende pleiegrupper gjennom døgnet. Samtidig blir «sengesiloene» bygningsmessig og teknisk svært spesialisert på grunn av lave etasjehøyder og en lite generell bygningsform. Bygningen vil mangle tilstrekkelig fleksibilitet, og vil derfor være dårlig tilpasset en medisinsk utvikling som vil endre pasientbehandlingen de nærmeste 10-årene.

Diagnose og behandling er konsentrert til de nedre etasjene i «basen». Når sengearealene er trukket ut og opp, blir arealbehovet redusert og funksjonene kan i noen grad bli konsentrert, men pasienttransportene vil øke. Likedan vil areal for pasientopphold og mer intensiv pleie som ellers kunne skje på sengerommet, dubler.

Et sentralt krav til et kompakt sykehus er at bygningsmassen henger sammen. Avdelingene og enhetene må være knyttet sammen med innendørs, tverrgående forbindelser (korridorer, heiser) på de fleste etasjene og selvsagt uten ramper og nivåsprang.

Etasjeplan 2 og 3 i nybygget er tilpasset de lave etasjehøydene (3,60 m) i det gamle sykehuset. Den tekniske fleksibiliteten blir derfor begrenset i en svært viktig del av bygningen, sannsynligvis bør 3. etasje bli teknisk etasje selv om forbindelsen til nåværende RH da blir svekket og bruksarealet redusert med en hel etasje i nybygget. Den generelle etasjehøyden på 4,20 m over «basen», gir som nevnt over, for dårlig teknisk og bygningsmessig fleksibilitet.

Oppdelt bygningsmasse

H1, H2, H3, I1 og I2 knyttes i «basen» godt sammen med RH og til glassgaten. Forbindelsen til H4 får et brudd i de to viktigste behandlingsetasjene forårsaket av Markaporten. J-byggene er planlagt frittliggende med forbindelse til resten av sykehuset bare gjennom kulvertetasjen. L1 og L2 er koblet til C2 og C3, men bygget én etasje høyere, funksjonelt danner de en blindgate.

Den store utbyggingen av K (parkeringshuset) blir en bygning helt uten sammenheng med resten av sykehuset, 10-15 m lavere i terrenget, 300 m unna hovedinngangen og med en transportkulvert som eneste forbindelse.

De frittliggende bygningene Q, R og S virker meningsløse, 20 høyere i terrenget over glassgaten og i god avstand fra sykehuset ellers. En kulvertforbindelse er ikke realistisk. Hvis bygningene utformes og tilpasses kulturminneverdiene, kan disse bygningene bli nye psykiatriske døgnavdelinger og bidra til at Gaustad sykehus igjen kan bli et drivverdig psykiatrisk sykehus til erstatning for planene i Sinsenkrysset. Bygningene som del av det somatiske regionsykehuset, er ubrukelige.

Forsyningstjenesten ligger i avsnitt K (parkeringshuset). Distribusjonen skal skje via en ny kulvert langs sykehuset på antatt kote 110. For å komme ut av K under trikk og vei må gulvnivået ligge på kote 100. Den bratte rampen opp til sykehuset kan vanskelig forseres av trucktog med modulvogner som ofte må holdes i horisontal stilling. Heistransport og omlasting dypt nede i fjellet under H, vil være svært lite effektivt.

Nye Rikshospitalet blir et uoversiktlig sykehus, oppdelt i én større og 5 frittliggende bygningsstrukturer med svake tverrgående forbindelser på noen få etasjeplan. Glassgaten som knytter sykehuset sammen i dag, blir ikke forlenget sydover til H4 og J, den stopper mot Markaporten. Den sterkt varierende byggehøyden i anlegget medfører at de øverste etasjene over «basen» i den sentrale delen (H- og I-fløyene) blir svært små og får lav brukbarhet.

Ambulansemottaket.

Pasientmottaket er planlagt mot Sognsvannsbekken i underetasjen (kote 110). Ambulansene skal kjøre av Ring 3 i Universitetskrysset, via to rundkjøringer i Klaus Torgårds vei sammen med all annen trafikk til sykehuset, krysse trikketraséen og det nye adkomsttorget og gå sammen med turveien gjennom Markaporten, falle 5 m ned en bratt bakke for så å svinge brått til høyre og følge turveien på østsiden av bekken frem til pasientmottaket.

Turveien på østsiden av bekken videre ned mot den vestvendte rampen mellom Ring 3 og Slemdalsveien, vil bli rustet opp til å funksjonere som nødadkomst til pasientmottaket. Veien vil lett bli en foretrukket ambulansadkomst fordi den vil være langt mer trafiksikker og raskere å bruke både fra øst og vest på Ring 3. Trafikkbildet mellom Universitetskrysset og sykehuset kan bli så kaotisk at et forbud mot å bruke turveien langs bekken blir vanskelig å håndheve.

Pasientmottaket vil ligge rett under helikopterplattformene på toppen av H-fløyene. Hvordan luftstrømmene og støyen mellom sengepostfløyene i kamstrukturen ned mot ambulanseplassen vil arte seg, er ikke utredet.

Konklusjon

Nye Rikshospitalet bærer preg av at utbyggingsmulighetene er altfor små og uhensiktsmessige. Resultatet er en tilpasset og overdimensjonert utbygging uten en samlende, generell struktur. Bygningsmassen får lav grad av bygningsteknisk fleksibilitet. Dette forsterkes av at sykehuset er oppdelt på flere frittliggende bygninger og at de nye bygningene har varierende byggehøyder og åpninger som bryter opp de helt nødvendige tverrgående forbindelseslinjene mellom bygningsdelene. Sykehuset får en intern logistikk som aldri kan bli effektiv. Nye Rikshospitalet vitner om tilfeldig og kunnskapsløs planlegging basert på utdaterte prinsipper.

Forsøket på å regulere frem en byggetomt rundt Rikshospitalet, stor nok til å romme et sykehus med doblet bygningsmasse, viser at dette ikke er fysisk mulig pga. bebyggelse og veier, topografi, kulturminner og naturvern.

Oslo 31.5.2021

Tor I. Winsnes

Sivilarkitekt MNAL og sykehusplanlegger



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 20.04.2021 kl.17:02
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NPFZ
Innsendt av: Claus Fischer
E-postadresse: clausfischer62@gmail.com
Mobilnummer: 41502244

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

For meg er det grunnlaget for dette store og kostbare prosjektet som forekommer lite snakket om (kommunisert). Og derfor vanskelig å skjønne for vanlige folk som meg. Hvem er de som synes det er en god idé å flytte Norges beste (største?) sykehus på et fint og stort nokk område ved Ring 2 til en i utgangspunktet for liten tomt på Gaustad, som i tillegg vil ødelegge de unike kvalitetene som nå finnes der for det i nasjonal og historisk sammenheng unike psykiatriske sykehus der. Sett fra en legmanns synsvinkel, og hvor jeg til nå ikke har hørt eller sett ét eneste godt argument for flytting/nyetablering, lukter det "pæeng" lang vei, det er noen som vil ha Ullevålstomta som sin lekegrind, med de utbyggingsmuligheter som er der, og det ser da ut til at det er de som bestemmer premissene.

I eventyret "Jeppe på bjerget" av Ludvig Holberg sier "alle" at Jeppe drikker, og da drikker Jeppe. Her sier "alle" at et nytt sykehus på Gaustad må vi ha, og da blir det slik. Det viser i tillegg at Norge har blitt et for rikt land når man kan svi av penger på en slik måte at det i all ettertid vil bli kritisert at man tillot det å skje.

Med sørgmodig hilsen Claus Fischer, på vegne av "vanvittig mange".

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Her er noen grunner til å la skogen bak garasjene og ballbanen på Gaustad sykehus få stå

Dette er 'korridoren' for rådyrene fra nedre del av Gaustad og opp i skogen. De går her hver morgen.

Flokken har vært her så lenge folk kan huske, for tiden 9 dyr sett samtidig. De er habituert og svært lite redde for mennesker, og derfor til stor glede for alle.

Bak ballbingen hvor det nye bygget er planlagt er det også en grevling- storfamilie, med et stort nettverk av tunneller og ganger under jorden og flere utganger.

Det står bikuber her som pollinerer bla trærne i eplehagen. Eplene blir brukt av sykehuset.

Skogen i forbindelse med ballbanen har store gamle løvtrær med et mylder av fugler som hekker. Vi ser også rev her.

Foruten Gartneriet ligger også heste- hamningen her hvor pasientene får terapitimer daglig.

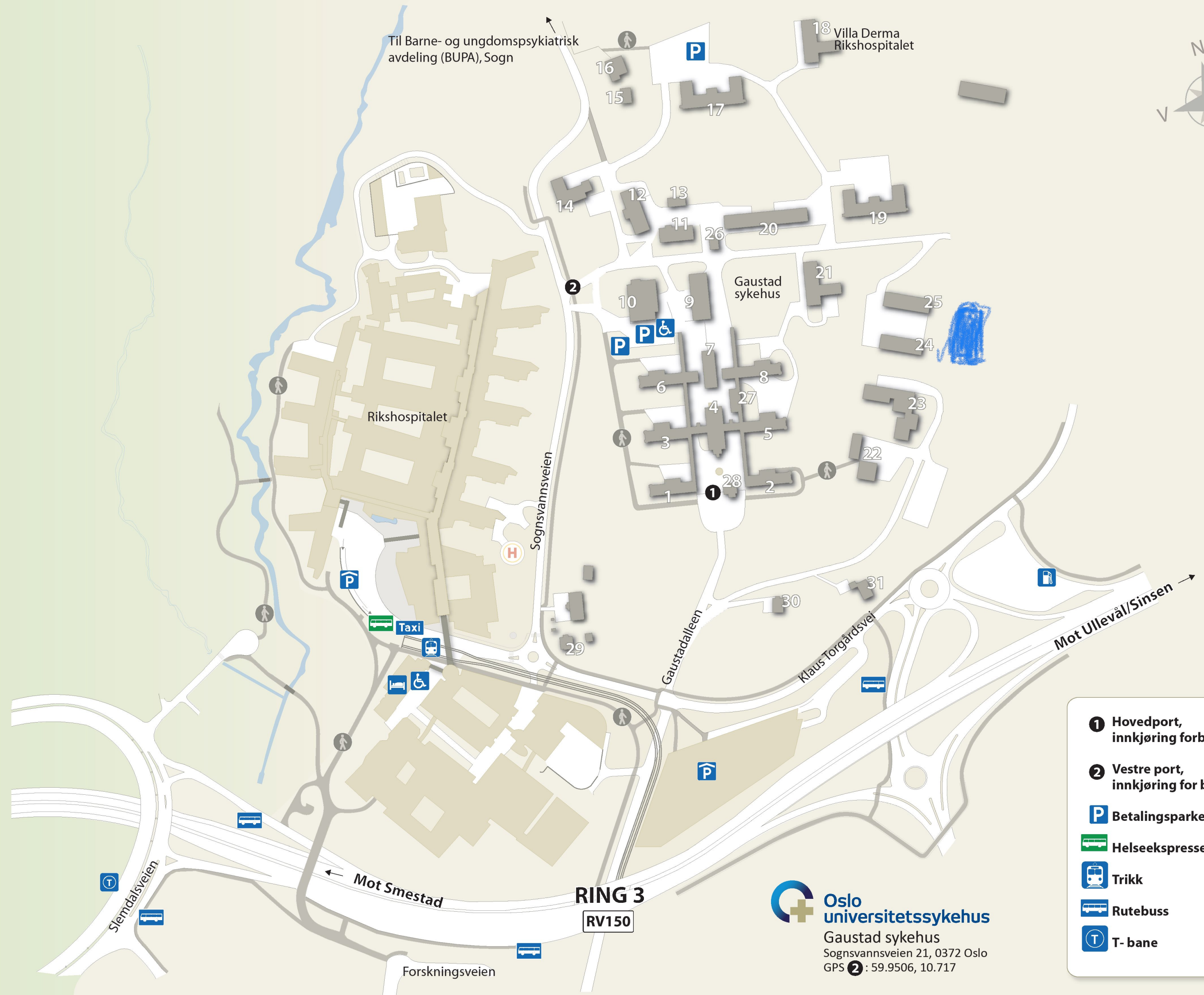
Uten de små skogteigene rundt Gaustad sykehus, vil vi miste mye av dyrelivet. Skogen renses også luften og demper støyen fra byen og Ringveien.

Gaustad vil miste mye av sin unike atmosfære.

Med vennlig hilsen

Gartnerene på Gaustad sykehus:

Gro Urbye og Erik Wallebek



Til Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA), Sogn

18 Villa Derma Rikshospitalet

Gaustad sykehus

Rikshospitalet

Oslo universitetssykehus
Gaustad sykehus
Sognsvannsveien 21, 0372 Oslo
GPS ② : 59.9506, 10.717

- ① Hovedport, innkjøring forbudt
- ② Vestre port, innkjøring for biler
- P** Betalingsparkering
- Helseekspressen
- Trikk
- Rutebuss
- T- bane

Fra: randiwernererichsen@gmail.com
Sendt: fredag 23. april 2021 14.30
Til: PBE Postmottak; Gro Jensen Vig
Kopi: knu-od@online.no
Emne: Å finne plankunngjøringer for Gaustad- og Aker-reguleringen

Plan- og bygningsetaten
Saker nr 201704683 og 201704677
Att.: Gro Jensen Vig

Jeg viser også til e-post 10.4.21, dok 201704683-352, der jeg sier fra om vansker med å finne plankunngjøringene på nett.

Det er 12.4.21 lagt ut kunngjøringer til enkeltpersoner, for Gaustad i dokument 201704683-351 , med en direkte link

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021000505>

For Aker i dokument 201704677-317; direkte link

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021027924>

Jeg tillater meg å sende dette brevet til PBE så det (kun prinsippielt) som en klage kan legges ut på sidene til reguleringssakene, med emnet som tittel, og kanskje gjøre det lettere for noen av oss som ikke er så vant med å finne fram i PBEs saksdokumenter.

Må si at jeg (som er 81 år gammel) stadig kjører meg fast og ikke finner disse planforslagene hvis jeg bare «kjører iveri» i PBEs dokumenter.

Dette skrives da selvsagt med den hensikt at plankunngjøringene blir så greie å finne at dette ikke blir til hinder for å uttale seg!

Det er mange motstandere av disse planene i byen.

Vennlig hilsen
Randi Werner-Erichsen
e-post randiwernererichsen@gmail.com



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 28.04.2021 kl.14:42
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NQQZ
Innsendt av: Bjørg Marit Andersen
E-postadresse: bomarand@hotmail.com
Mobilnummer: 97580570

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Nye sykehusbygg i Oslo blir like smittefarlige som sykehjem - Innlegg i Aftenposten.

Bjørn Atle Bjørnbeth og Jan Frich (Aftenposten 11.12) mener det er misvisende å kalle nye Gaustad-Aker med 12 etasjer for «smittetårn». De viser til etterkrigstidens kompakte høyblokksykehus da antibiotika fremdeles hadde god effekt og sykehusmitte var håndterbart. Nye Gaustad-Aker er verken moderne eller pandemisikkert.

Bjørnbeth og Frich bygger smittetårn ved nye Gaustad (60 m) og nye Aker sykehus (69 m) fordi de mangler tomt. Men tårnbygg er gigantiske smittefeller (Andersen BM, Dagens medisin 19.11). Smitterapporten for Gaustad-Aker (OUS 21.9.) mangler grunnlag, risikovurdering og nødvendig sikring mot luftsmitte (Andersen BM, Dagens medisin 2.12). Den er tilpasset eksisterende tegninger; like fortettet og arealsparende som «gårsdagens sykehus» og derved like smittefarlige som sykehjem.

Risikopasienter med Covid-19 kan smitte ned sykehus på få dager siden smitten følger luften og overføres på fem minutter (Kwon, J Korean Med Sci 30.11.20).

Luftsmitte-sikre løsninger for ventilasjon, trapp, heis, elektro, data, VVS, mm. finnes ikke for høyblokkbygg. Bare god avstand med separate løsninger i lave bygg som Ullevål vil hindre smittespredning. Luftsmitte ved Cronaviruset er bevist.

Ref:

1. Greenhagl et al. Lancet 15.4.2021
 2. Tang et al. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670121000074>
 3. CDC. Science Brief: SARS-CoV-2 and potential airborne transmission. Oct.5, 2020. og
 4. Nissen et al.- spredning via ventilasjonssystemer. Nature 2020(10: 19589)
 5. Lewis, Nature 2021;592. April. Ventilation.
 6. Why indoor spaces are still prime COVID hotspots, Nature 2021 <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00810-9>
- Andersen BM. Legger ned sykehussenger. Om OUS-planer. Klassekampen 18. februar 2021. <https://klassekampen.no/utgave/2021-02-18/debatt-legger-ned-sykehussenger>

Andersen BM. Hvor ble det av smittevernet i smittevernrapporten til OUS? Dagens medisin. 2.desember 2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/12/02/hvor-ble-det-av-smittevernet-i-smittevernrapporten-til-ous/>

15.12.20--oppdatert 28.4.2021

Björg Marit Andersen, professor dr med

Last opp eventuelle vedlegg

- Vedlegg til uttalelse (Smittevern mangler i nye Rikshospitalet og Aker3 des.docx)
- Vedlegg til uttalelse (OUS- juksing med tall.docxAftenporig.docx)
- Vedlegg til uttalelse (Smitterisiko i sykehusbyggOUS8.11. medspesialDM.pdf)



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Smittevern mangler i rapport for nye Rikshospitalet og Aker

Styret i Helse Sør-Øst anbefalte nylig (26.11.20) OUS-rapporten «*Smittevern i nye sykehusbygg, inkludert erfaringer fra Covid-19 pandemien*» (OUS 21.9.20) som del av forprosjektet for Nye Aker og Rikshospitalet.

To relativt nybygde risikoavdelingene ved Ullevål: *Høysmitte* og *CBRNE* (håndtering av ulykker/hendelser med kjemisk, biologisk, radioaktiv, kjernefysisk og/eller brannfarlige/eksplosiver) anbefales flyttet fra Ullevål til Nye Aker, mens den nye *Trykkammer-enheten* ved Ullevål overføres til Rikshospitalet. Disse enhetene føres videre i egne prosjekt.

«*Smittevern i nye sykehusbygg*», forfattet av 32 ansatte ved OUS og noen observatører fra HSØ, er bestilt av prosjektdirektør Just Ebbesen 27 mai 2020. Oppgavebeskrivelsen er konsentrert om å forebygge smittespredning, hindre utvikling av sykehusinfeksjoner og at ansatte eksponeres unødvendig for biologiske faktorer (smitte) fra pasienter, utstyr eller omgivelser, og sikre trygg drift under en pandemi.

Basert på *Byggveileder for smittevern* (Sykehusbygg, 2018, HSØ), konseptfase for Aker-RH og sammenlignbare prosjekter, er mandatet blant annet å utarbeide forslag til:

- Prioritert liste over krav og anbefalinger knyttet til tiltak rundt smittevern i nye sykehusbygg
- Kontakt- og luftsmitteisolater- antall og fordeling, desentralisert eller sentralisert i infeksjonsavdeling «i nærhet til høysikkerhetsisolat»
- Krav og anbefalinger for håndtering av pandemi eller epidemi

Kapasitetsbeskrivelse og virksomhetsinnhold mangler

Rapporten mangler en konsekvent, praktisk og konkret gjennomgang av planer, bygg og rominnhold ut fra et smittevernhensyn ståsted. På dette viset fremstår rapporten som diffus, springende og uoversiktlige - uten spesifikke krav. Det er lite praktisk å hente fra rapporten for sykehusutbyggere.

Ved at rapporten mangler «rammer og forutsetninger» for prosessen og tiltaket - som skal foreligge allerede i tidligfasen av sykehusutbygging, er den ikke i samsvar med krav beskrevet i *Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter* (Sykehusbygg HF).

For at arbeidsgruppen skal kunne utarbeide en god smittevernrappport og veiledning for byggeprosjektene ved Aker og Rikshospitalet, er virksomhetside og -innhold og beskrivelse av aktivitet et minste krav. Men det foreligger ingen beregninger av befolkningsgrunnlag, antall pasientsenger, ensengsrom, isolater, servicerom og ansatte!

Omtale av kapasitet og nødvendige arealer mht. behandlingsområder, poliklinikk, og andre områder som skal til for å kunne drive sykehusaktivitet med godt smittevern - er helt fraværende. Dette er enda mer viktig i dag etter erfaringer med Covid-19 pandemien. Tiltak som tar høyde for å stoppe stor smittespredning i sykehus må være sentralt i all planlegging av nye sykehusbygg.

Det mangler beskrivelse av de forskjellige avdelinger og hvor/hvordan disse skal lokaliseres og få plass under de trange forholdene som eksisterer ved Aker og RH. Rapporten inneholder heller ikke noe om krav til areal i pasientrom, isolater, forganger, servicerom osv.

Arbeidsgruppen har ikke vurdert romstandarder og arealer opp mot behov for smittevern for pasienten, personell og besøkende, og heller ikke ventilasjonsforhold med hensyn til antall luftutskiftninger per time. En romliste for standardrom foreligger (Sykehusbygg) men arbeidsgruppen har ikke vurdert denne.

Et eksempel er ensengsrom, somatikk, som nå skal innføres over alt. Arealet er beregnet til 15-18 kvm, noe som er for lite i dagens smittevernsituasjon. Hvis det skal være fri avstand to meter på begge siden av sengen og i fotenden for generell beskyttelse mot smitteoverføring, trengs et areal på minimum 20 kvm. Arbeidsgruppen har ikke vurderer kvalitet og arealbehov for de forskjellige rom og funksjoner ved avdelingene med hensyn til smittevern i fremtiden, noe som er helt sentralt. Dette kan fort føre til stor manko på arealer og økt smittespredning.

Brutto areal er halvert – og skaper tårnbygg og smitterisiko

I 2015 var det i alt 1 000 000 kvm samlet brutto areal ved Ullevål og Rikshospitalet. Nye Aker og RH planlegges til halvparten av brutto areal; 503 432 kvm (Aker 170 880 kvm og RH 140 552 kvm, inkludert fortsatt bruk av eksisterende areal ved Gaustad, 192 000 kvm) (HSØ 20 juni 19).

Manglende tilgang på tomtearealer fører til at «kompakte høybygg muliggjør flere behandlingsplasser og avdelinger» (HSØ). Fortetning av pasienter, personell og besøkende på for små arealer legger til rette for ukontrollert smittespredning. Særlig i en tid der smitteagens som Covid-19 spres like mye fra smittebærere uten symptomer som med symptomer. <https://edition.cnn.com/2020/11/20/health/cdc-coronavirus-spread-asymptomatic-website-wellness/index.html>.

Tomteproblemer har ført til stadige omrokninger av avdelinger og virksomheter med flere høye tårnbygg både for Aker; 69 meter og 15 etasjer, og for RH; 53 meter og 11 etasjer. Begge sykehus overgår krav til bygg i Oslo som ikke skal være høyere enn 42 meter. Ved begge sykehus er det så lite tomteareal at det må bygges i høyden.

Håndhygiene må være tilgjengelig på alle pasientrom

Arbeidsgruppen ønsker å spare håndvasken på rom der det er forgang med håndvask. Dette kan føre til stor smittespredning ved at man må gå ut på gangen eller i badet for å gjennomføre god håndhygiene.

Avstand og smittevern må tilrettelegges for pasienter, ansatte, studenter og besøkende

Rapporten mangler vurdering og anbefaling av arealer per person i vaktrom, besøksrom, dagligstue, pauserom, servicerom, undersøkelsesrom, kontorer, medisinrom, desinfeksjonsrom, samtalerom, osv.- noe som er svært viktig mht. personlig smittevern og generell hindring av smitteoverføring. Det bør for eksempel tilrettelegges for 2 meters avstand i ventesoner for pasienter og i pauserom og vaktrom.

Avstand er et nytt mål som må inkluderes og gjennomtenkes ved all byggeaktivitet for å redusere det generelle smittepresset som finnes til enhver tid i sykehus. En av 3-4 inneliggende pasienter har til enhver tid infeksjoner eller smitte som kan overføres til andre og 5-12% av innlagte får sykehusinfeksjon. Over 90% av alle «uhell» i sykehus er sykehusinfeksjon. Dette kan motvirkes ved god avstand og rommelige forhold for pasienter, utstyr, personell og besøkende.

Bemanningsfaktor og kompetanse er ikke beskrevet

For at sykehus skal drive effektivt og med høy hygienisk standard er det vesentlig at det kommer konkrete råd og krav om bemanningsfaktor, for eksempel 2 intensivsykepleiere per intensivpasient. Kompetanse er sentralt slik det er observert under pandemien.

Rapporten bør sterkt fraråde deltidsarbeid og veksling mellom flere arbeidssteder på samme tid, noe som er sterkt assosiert med smittespredning. Overbelegg, underbemanning og inkompetanse genererer smittespredning i sykehus.

Ventilasjon og trykkforhold mangler

Konkrete krav til ventilasjon, luftutskiftninger per time og undertrykk/overtrykk i *pascal* i isolater, avfallsrom, dekontaminasjonsrom, operasjonsavdelinger, intensiv, postoperativ osv. mangler i rapporten. Dette er også sentrale og viktig tiltak for å hindre smitteholdig luft å strømme uhindret gjennom sykehusets ventilasjonssystemer, rom og heissystemer.

Plassering av smittepasienter i randsonen mot nabo og alle heissystemer utgjør en stor smitterisiko

Arbeidsgruppen har ingen vurdering av plassering av smittepasienter i nærhet til heissystemer i de høye tårnbyggene ved Aker og RH. En slik plassering medfører risiko for smittespredning i høye bygg med heis som beskrevet tidligere (se Dagens Medisin 19.10.20).

Høysikkerhetsisolatet og infeksjonsmedisinsk avdeling er nå flyttet til Aker

Rapporten om høysikkerhetsisolat (OUS, 15.5.20), beskriver ni forskjellige løsninger for plassering på Rikshospitalet. De fleste løsninger er ikke forenlig med trygghet og sikkerhet og ligger innblandet i forskjellige bygg med diverse andre pasientkategorier. Opprinnelig var høysikkerhetsisolatet plassert i ett av tårnbyggene ved Rikshospitalet sammen med trykktanken. I og med overflytting til Aker (november) mangler ny beskrivelse av denne enheten.

Landets eneste enhet for høyrisikosmitte (ebola, lassa, sars, multiresistent tbc osv.) bør ligge helt separat og i god avstand fra andre bygg på grunn av sikkerheten.

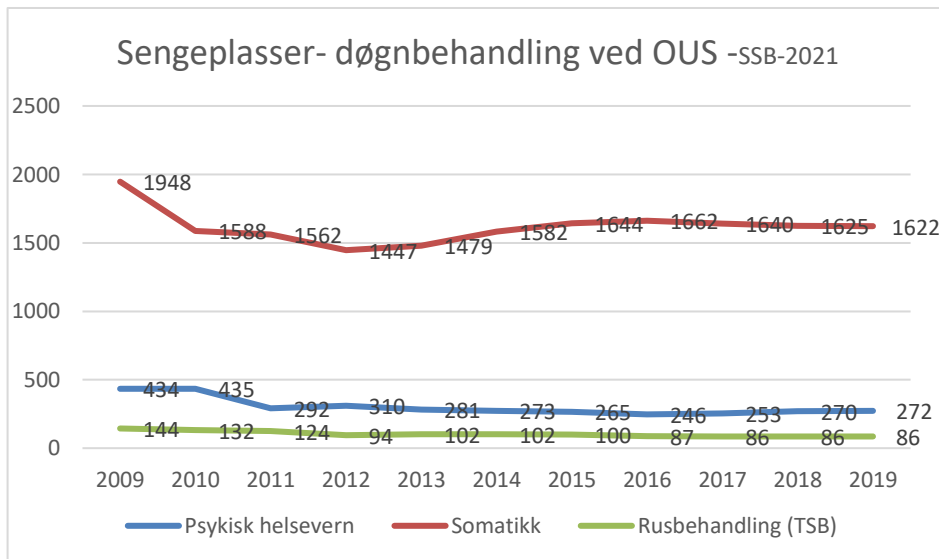
Konklusjon

1. Rapporten *Smittevern i nye sykehusbygg* mangler virksomhetsinnhold, konkret dokumentasjon, praktisk grunnlag og pålagt prosjektinnramming for sine anbefalinger om smittevern i nye sykehusbygg ved OUS.
2. Det foreligger ingen løsninger og dokumentasjon for fremtidens sykehusbygg som inkluderer pandemiske forhold.
3. I stedet vinkles rapporten inn mot og tilpasses eksisterende plantegninger, tomtearealer og byggeprosjekt.
4. Brutto areal for nye OUS halvert siden 2015. Planene viser stor mangel på byggetomt.
5. Dette fører til kompakte og sammenhengende høybygg som Aker og Gaustad med økt smitterisiko via felles ventilasjons, heis og andre gjennomgående systemer som medfører usikre luftstrømmer.
6. Det trengs arkitektonisk nytenkning når det skal planlegges for pandemier og epidemier.

Bjørg Marit Andersen, professor dr med
3.12.2020

Helse Sør-Øst jukser med sengetall ved Nye Oslo universitetssykehus

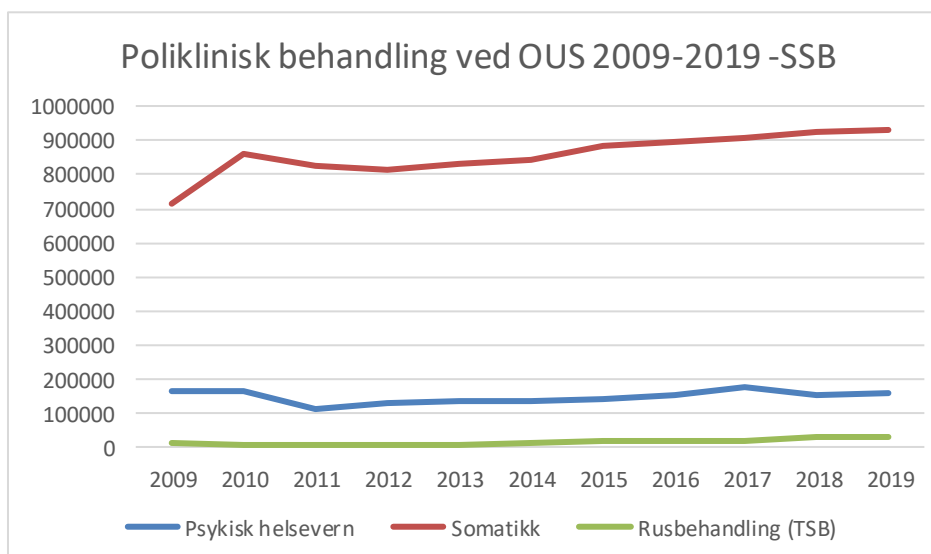
Helt siden OUS ble etablert har sengetallet gått jevnt nedover (se Figur 1). I 2008, før sammenslåingen, hadde de fire Oslo-sykehusene 2099 somatiske senger.



I et møte med Helse og sosialutvalget ved Oslo kommune 4. februar 2021, la viseadministrerende direktør Jan Frich frem nye sengetall for Nye OUS. Han kunne fortelle at i år 2035 øker antall somatiske senger fra 1550 til 1900 og psykiatriske/rus fra 359-426 senger.

Dette stemmer ikke med tidligere melding fra HSØ: I år 2032 skulle det være 2300 senger ved Nye OUS, derav 2037 til somatikk og 263 til psykiatri (HSØ- rapporter 25.9.18 og 18.10.18).

Hvorfor HSØ reduserer behandlingsplasser for Oslo-befolkningen ytterligere- til tross for en klar befolkningsøkning - er at HSØ vil satse mer på å behandle sykehuspasienter *utenfor* sykehuset og ved å øke poliklinisk behandling, sier Frich. Dette har de sagt tidligere uten å gjøre noe med det, og de har ingen erfaring eller kompetanse for slike planer. Data fra SSB viser at poliklinikkbehandling har ikke økt særlig mye etter OUS ble etablert og det er heller blitt mindre til psykiatri og rus (Figur 2).



Hvis en satsning på sykehusbehandling utenfor sykehus skal gjennomføres vil det bety behov for en enorm kapasitetsøkning og kompetansemangel av personell som skal bruke mye god arbeidstid på reise til og fra pasienter og dermed øke risiko for å dra med seg smitte begge veier.

Alt dette vil HSØ og Frich gjennomføre for å kunne beholde sine kompakte, smittefarlige «sykehustårn» ved Nye Ous. Det nytter ikke at Frich viser til andre sykehus bygget i en 1950-60 åra da infeksjoner og smitte var et ikke-problem.

Etter antibiotika og vaksiner «forsvant infeksjoner og smittevern ble glemt igjen»

«Sengetårn på toppen av ei kake» fra 1950-årene – poliklinikk i ei kake nederst (Leif Anker 2015)



Lillehammer



Ringerike



Førde



Haukeland

Kilde: satt sammen av foto fra forskjellige sykehus af forf.

Bjørg Marit Andersen, professor dr med

6.2. 2021

Nye Gaustad-Aker med høyblokker kan bli gigantiske smittefeller

Det planlagte Gaustad-Aker-sykehuset med kompakte bygg, trange arealer og mange høyblokker kan bli gigantiske smittefeller ifølge eksisterende byggeplaner.

Når det gjelder «smittetårn», forsikrer Børge Einrem, kommunikasjonsdirektør ved OUS, (29.10) at det er «ingen sammenheng mellom antall etasjer og smittepotensial i en bygning». Han viser til uavhengige fagmiljøer og en arbeidsgruppe som har laget en rapport «Smittevern i nye sykehusbygg» (september 2020, OUS). Men uansett «design og tekniske installasjoner» i høybygg vil ikke dette kunne stoppe Coronaviruset.

En eksplosiv, global spredning av Coronaviruset over ni måneder har ført til over 50 millioner smittede og mer enn 1,2 millioner døde (2,6%) (9.11). Smittespredning i sykehus er stor. I starten av pandemien var mer enn 60% av alle tilfeller helsepersonell. Nesten en tredel av alle smittede i verden er helsepersonell <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---12-october-2020> smittet under usikre arbeids- og isolasjonsforhold (WHO 11.10).

Årsaken er at Coronaviruset har smitte-egenskaper som overgår de fleste smittestoff. Viruset overføres via kontakt, dråper/utpust og luftstrømmer over lange avstander (5-16 meter), lever i luften 16 timer eller mer og overlever på tøy og utstyr ved romtemperatur i bortimot en måned.

Rapporten som Einrem viser til, mangler fakta om sengekapasitet, isolater og enerom, behandling av høyrisikosmitte, ventilasjonsforhold, smittevern rundt heissystemer, stempeleffekter i heis og slusesystemer og luftlekkasjer. Høyblokker har ventilasjonsutfordringer <https://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB12269.pdf>

og smitte spres både vertikalt og

horisontalt, som nylig vist i Sør-Korea:

<https://www.bing.com/search?q=Coronavirus+disease+outbreak+in+call+center&form=PRACER&pc=MAARJS&httpsmsn=1&msnews=1&refig=c63b091e0abd4497b239b7b6f4ce0ac0&sp=-1&pq=coronavirus+disease+outbreak+in+call+center&sc=0-43&qs=n&sk=&cvid=c63b091e0abd4497b239b7b6f4ce0ac0>

Rapporten mangler sikring av ventilasjon, lufttrykk, luftstrømmer og luftlekkasje i høyblokkene.

Smitte via luftstrømmer, over- og undertrykk spres via luftekanaler, overbygd tak, heissjakter, andre sjakter, gjennomgående elektrisk og annet nettverk, inn- og utluft-kanaler i alle rom, vann og kloakk og lufting fra disse. Rapporten inneholder ingen løsninger (se rapporten side 28).

Særlig alvorlig er plassering av smitteisolater sentralt i alle etasjer - langs «dedikerte smitteheiser» i høybygg på Gaustad. De utgjør en betydelig risiko for smittespredning i alle etasjer via stempeleffekter i heissjakter. Også de symptomløse (45-50%) Corona-smittede pasienter som kommer inn for annen sykehusbehandling kan medføre stor spredning i mange etasjer via luftstrømmer.

Luftsmitte med [levende virus kan](#)

<https://www.bing.com/search?q=1.%09Fears+AC%2C+Klimstra+WB%2C+Duprex+P+et+al.++Persistence+of+Severe+Acute+Respiratory+Syndrome+Coronavirus+2+in+Aerosol+Suspensions.+Emerging+Infectious+Diseases+%E2%80%A2+www.cdc.gov%2Fleid+%E2%80%A2+Vol.+26%2C+No.+9%2C+September+2020&form=PRACER&pc=MAARJS&httpsmsn=1&msnews=1&refig=c5132738a61c462eaf12057dface0239sveve> i 16 timer og vil følge luft og partikkelstrømmer i alle retninger.

«Kohortisolering» ved utbrudd, planlagt i forskjellige etasjer ved sengeposter og intensiv, er ekstra stor risiko for smittespredning i høyblokkbygg når pasientene må transporteres opp- og ned i heissystemene for undersøkelser og behandling. Ved SARS-1-epidemien i 2003 skjedde den første globale smittespredningen fra [felles heis i hotell Metropol i Hong Kong](#)

[https://www.fagbokforlaget.no/H%C3%A5ndbok-i-hygiene-og-smittevern-for-sykehus/I9788245016819\(s.327\)](https://www.fagbokforlaget.no/H%C3%A5ndbok-i-hygiene-og-smittevern-for-sykehus/I9788245016819(s.327)), med mulig smitte via aircondition anlegget i og rundt heisen. [Heis er](#)

[regnet som «hot spots» https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/office-buildings.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/office-buildings.html) for smitteoverføring med Coronavirus og det anbefales derfor [begrenset bruk under epidemierhttps://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/office-buildings.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/office-buildings.html) (CDC). Høyblokker med heis som hovedvei for transport og ferdsel utgjør i seg selv en alvorlig smitterisiko i sykehusbygg.

Ved alvorlig smitte skal pasienten tas direkte inn på pasientrommet utenfra, unngå all transport gjennom pasientarealer og unngått bruk av heis pga. sjakteeffekten som sprer viruset. Disse smitteenheter ligger ikke i høybygg, men på bakkenivå og er helt adskilt fra andre pasienter og aktivitet. Slike opplegg mangler for Nye Gaustad-Aker, men finnes ved Ullevål sykehus.

Sterk vind skaper ukontrollerbare trykkendringer på høybygg. Dette kan spre smitte via alle åpninger og kanaler. Forurenset luft kan trykkes tilbake via utluft-kanaler til pasientrom. Lignende problemer kan oppstå ved isolater. I et høyt boligkompleks, [Amoy Gardens,https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa032867](https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa032867) med 15 000 innbyggere i Hong Kong ble vel 1300 smittet av SARS-1 i 2003. Alle beboere ble flyttet ut av høyblokkene. Smittekilden var en sykehusansatt som var på besøk. Utbruddet ble spredt via luft- og luftkanaler til kloakksystemer og ved at vindtrykket mot høyblokkene skapte positivt og negativt trykk og førte til spredning av viruset mellom og innenfor høyblokkene. Dyreforsøk viser [at SARS-CoV-2 http://www.msn.com/nb-no/?cobrand=acer13.msn.com&ocid=AARDHP&pc=MAARJS](http://www.msn.com/nb-no/?cobrand=acer13.msn.com&ocid=AARDHP&pc=MAARJS) kan overføres lenger enn 2 meter gjennom kanaler. Det kan til og med være vanskelig å holde Coronaviruset innenfor undertrykksisolater https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0885_article uten lekkasje ut i andre rom.

Gaustad-Aker-komplekset består av kompakte, høye og risikobelagte bygg og vil ikke egne seg som smittesikre bygg i fremtiden ved pandemier, epidemier og eller vanlige infeksjonsutbrudd med svært smittsomme agens som influensa eller norovirus.

Vil ansvarlige helsemyndigheter og politikere sitte stille når de vet at Helse Sør- Øst er i ferd med å bygge nye sykehus som ikke sikrer pasienter og helsepersonell mot smitte?

Lom 8.11.2020

Björg Marit Andersen, professor dr med
Tidligere avdelingsoverlege for avdeling for hygiene og smittevern, OUS-Ullevål



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.05.2021 kl.20:53
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NTBZ
Innsendt av: Eirik Jacobsen
E-postadresse: eirikja1@hotmail.com
Mobilnummer: 99262416

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Vedlegger naboers bekymring for barnas oppvekstvilkår i skyggen av den store sykehusutbyggingen på Gaustad fram til 2035. Naboene som har signert dette brevet bor innenfor planområdet og vi har alle barn i grunnskolen.

Med vennlig Eirik Jacobsen
på vegne av beboere i
Slemdalsveien 89 C, E, F, G, H
Slemdalsveien 89 K, L
0373 Oslo

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (Gaustadallen 34 Gaustad sykehusområde_Bekymring for barns oppvekstvilkår.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Beboere i
Slemdalsveien 89 C, E, F, G, H
Slemdalsveien 89 K, L
0373 Oslo

Oslo, 03. mai 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Statsforvalteren i Oslo og Viken
Oslo kommune, Bymiljøetaten
Oslo kommune, Helseetaten
Bydel Vestre Aker
Bydel Nordre Aker

PBE Saksnummer: 201704683

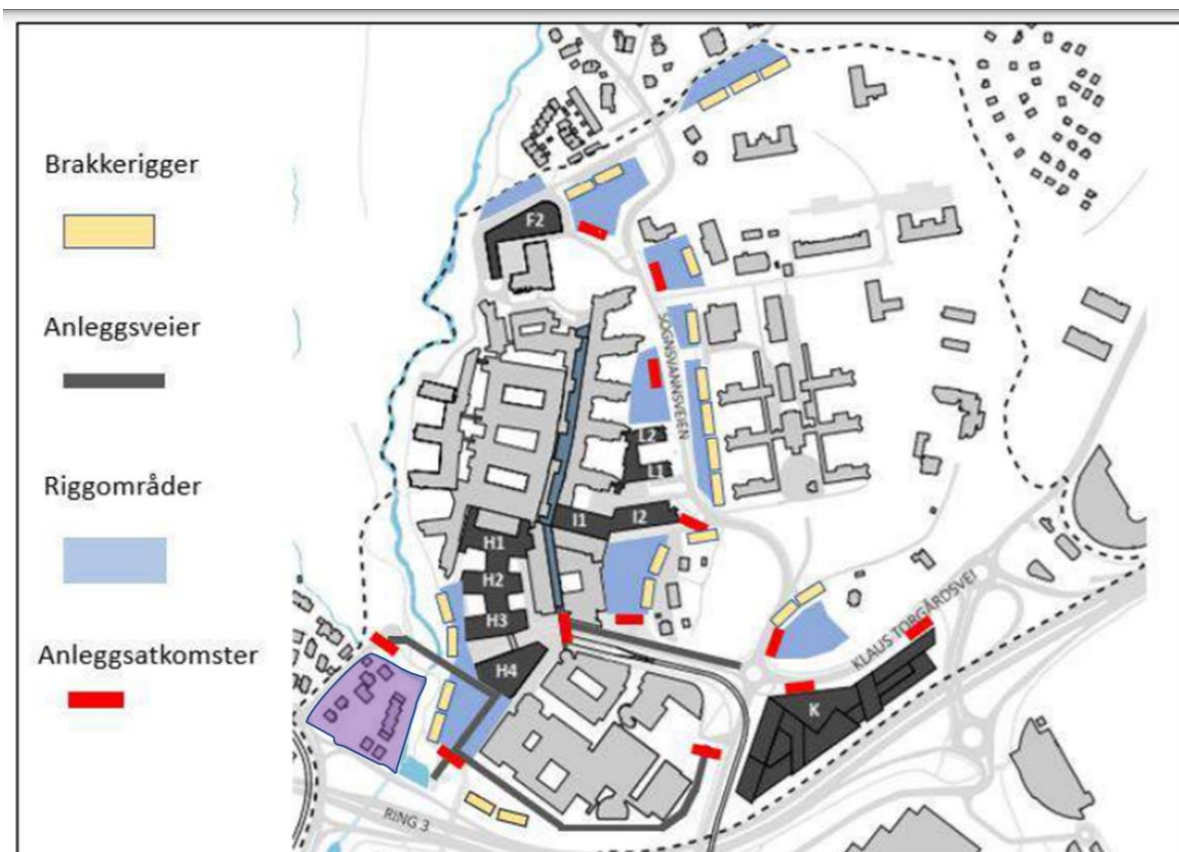
Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning – Bekymring for barns oppvekstvilkår

Innledning

Slemdalsveien 87A, B, 89 A-H, J, K og L blir liggende som en enklave i planområdet, klemt mellom anleggstrafikk, riggområde og byggeplassen i kanskje 15 år (se figur 1 under). Vi har tidligere meldt om bekymring for at barn og unges oppvekstvilkår ikke har vært godt nok ivaretatt i de nye planene for storsykehuset på Gaustad (dokument 173, 8. nov 2019). Spesielt gjelder det konsekvenser av en uvanlig lang anleggsperiode med trafikk- og støvplager, helikopterstøy, skolevei og forhold rundt midlertidige og varige tap av leke- og friområder. Siste revisjon av planforslaget og de ulike fagrapportene gjør oss ikke beroliget.

Vi mener planforslaget har vesentlige mangler rundt forhold som påvirker barn og unges oppvekstvilkår. Forslagsstiller må kunne dokumentere at midlertidig og langsiktig helsepåvirkning av støv, rystelser og støy ikke vil påvirke barns søvn, helse, læring, leseferdigheter eller hukommelse, eller beskrive troverdige tiltak og planer som vil sikre mot dette. Prosjektets størrelse og varighet tatt i betraktning mener vi at barn og unges oppvekstvilkår ikke kan reduseres til en diskusjon om lekearealer i et underkapittel i fagrapport *friluftsliv, ref kap 6.4*.

Vi savner beskrivelse av både midlertidige og langsiktige virkninger som beskrevet i forskrift om konsekvensutredning (§21): «*Beskrivelsen skal omfatte positive, negative, direkte, indirekte, midlertidige, varige, kortsiktige og langsiktige virkninger.*» Anleggsperioden er planlagt å vare i 8-9 år med påfølgende fase 2 som er stipulert til 5 år. En midlertidighet som er estimert til 15 år kan knapt kalles midlertidig i et barns perspektiv, heller ikke i et foreldreperspektiv. Vi har antagelig ingen reell mulighet til å flytte uten å ta et betydelig økonomisk tap som følge av tapt eiendomsverdi på huset.



Figur 1: Plasseringen av vårt boligområde (skravert lilla) i forhold til riggområder, anleggsatkomst og nye bygg.

Metode

I beskrivelse av metode under tema barn og unge står:

«Informasjon om barns bruk av utearealene i og nær planområdet er hentet gjennom dialog med:

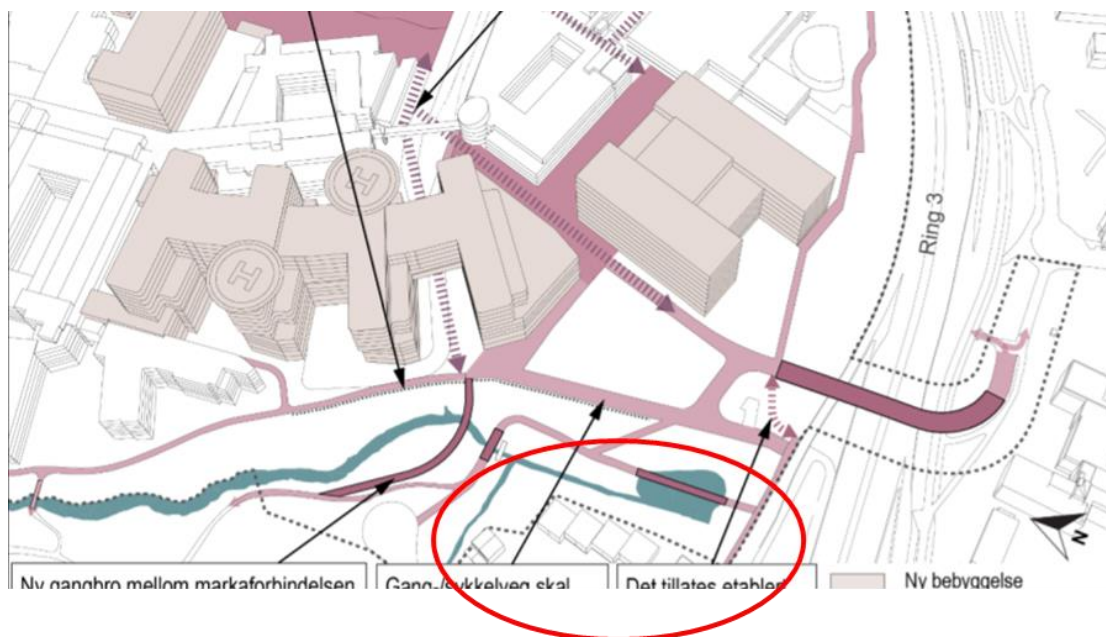
- Gaustadnippen barnehage
- Leder av Barne- og ungdomsprogrammet ved Oslo universitetssykehus HF
- Samhandlingskoordinator ved Oslo universitetssykehus HF og nabo»

Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge i planlegging legger vekt på medvirkning. Vi bor i et barnerikt område som en periode også var del av planområdet. Nå ligger vårt boliområde som en enklave innenfor planområdet. Vi vil få anleggsområdet for H-blokkene på kun noen meters avstand. Det ville da kanskje vært naturlig at prosjektet også henvendte seg direkte til oss i forhold til tema som angår barn og unge? Det har ikke vært noen form for barnetrakk eller involvering av barna eller oss foreldre. Vi mener derfor at den anvendte metoden blir for enkel og tilfeldig for et så omfattende prosjekt med så store konsekvenser.

Støy

Vi mener at denne fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning ikke møter kravene i T-1442/M-158 blant annet ved at maksimalstøy nattestid ikke er gjort rede for. Dette er en viktig parameter for vurdering av risiko for alvorlige søvnforstyrrelser som igjen har en dokumentert effekt på barns hukommelse og evne til å lære. Vi opplever at støypåvirkning underdrives og bagatelliseres. Våre synspunkter om fagrapport om helikopterstøy og tilhørende konsekvensutredning er grundig gjort rede for i uttalelse datert 29. februar 2020. konsekvensvurderingen må sees i lyset av oppdatert støystudie der også maksimalstøyverdier presenteres. Vi mener våre kommentarer til støyrapporten underbygges i e-post fra seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Gunn Marit Aasvang, som har lest gjennom SWECO sin rapport med hensyn på helsepåvirkning.

Vi som bor rett vest for Sognsvannsbekken, i det sørvestre delen av planområdet, vil få helikopterlandingsplassene rett over hustakene våre. Vi mener at en flyplass av den størrelse som her er planlagt (3000 flybevegelser årlig) ikke er forenlig med umiddelbar nærhet til et boligområde, ei heller leke- og rekreasjonsarealer for barn. Boligområdet vårt er vist med rød ramme i figurene under (illustrasjoner fra planforslaget)



Figur 2: Kort avstand mellom bebyggelse og helikopterplattformer med ca 3000 flybevegelser i året.

Folkehelseinstituttet skriver på sine hjemmesider at søvnforstyrrelser anses for å være blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø. Videre skriver de at: «En nyere gjennomgang av litteraturen viser at flystøy er forbundet med dårligere leseferdigheter og hukommelse hos barn (Basner, 2017). Barn er under stadig utvikling og har ikke ferdig utviklede mestringsstrategier; de har mindre kontroll over sine omgivelser enn voksne, og anses derfor som sårbare for støypåvirkning.» Merk at denne sammenhengen som er påvist mellom støy og barns utvikling også gjelder for eksponering for flystøy om natten. Den kraftige impulsstøyen fra helikopter kan heller ikke sammenlignes med andre støykilder. Gunn Marit Aasvang, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, skriver til oss i en kommentar at «Barn, syke og eldre anses som sårbare for støy. Med hensyn til hva som er

helseskadelig støy vil FHI påpeke at sterk grad av støyplage og alvorlige søvnforstyrrelser som følge av støy anses av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som helsetap.»

Lekearealer

I fagrapport Friluftsliv er vårt viktigste nærområde beskrevet på følgende måte:

«Gressletten og bakken ved Rikshospitalets atkomst benyttes av barn i tiknytning til sykehuset, både besøkende og pasienter. Det er et åpent, solrikt areal som benyttes til å løpe rundt og til annen fri lek. Om vinteren brukes bakken til aking.»

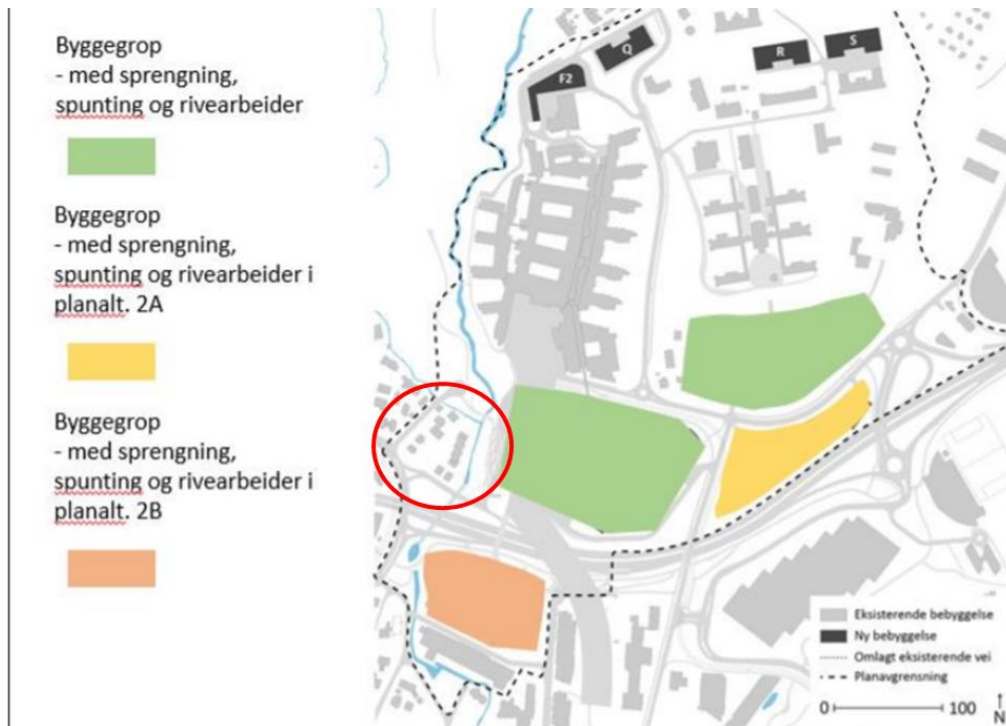
Dette er et populært område for skileik og aking for barn i alle aldre på grunn av sine unike kvaliteter sammen med gressbakkene utenfor lesesalen på Domus Medica. Her kan de største ta meg seg de minste, vi har oversikt fra huset, det er ingen trafikk som skal krysses for å komme seg dit. Det gir en egen frihet, en frihet som kommer spesielt de minste til gode. Det foreslåtte erstatningsarealet er langt unna og innebærer også kryssing av trafikkert vei. Dermed er dette ikke noe reelt erstatningsareal for våre barn.

Rigg og anlegg – midlertidige effekter

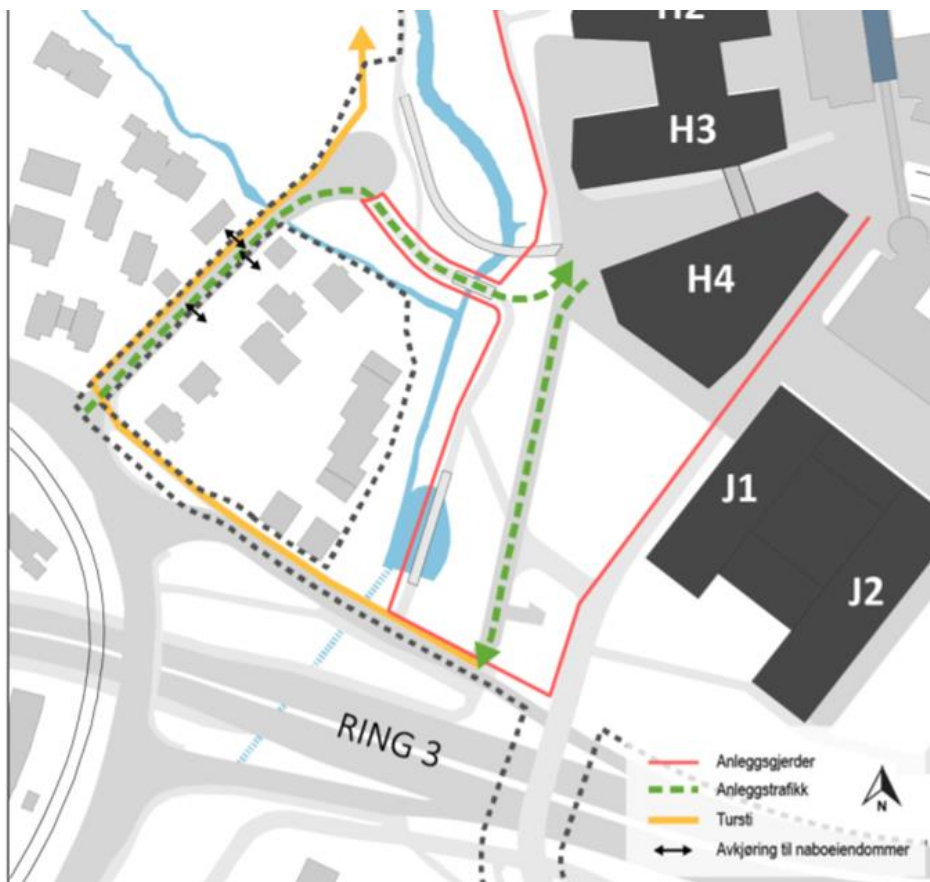
Anleggsperioden for fase 1 er planlagt å vare i 8-9 år dersom prosjektet realiseres uten forsinkelser. En påfølgende fase 2 er stipulert til 5 år. Dette perspektivet mener vi er for langt til at det kan forbigås, også i forhold til barn og unges oppvekstvilkår. Vi mener at planforslaget med tilhørende konsekvensutredninger ikke tilstrekkelig belyser konsekvensene for vårt bomiljø, særlig mhp. nedenstående, og krever at dette utredes grundig.

- 1. Ingen helsekonsekvensutredning av hvordan en langvarig anleggsfase tett på våre boliger og utearealer vil påvirke oss naboer, særlig med hensyn på våre barn.*
- 2. Mangelfull vurdering og innlevelse i hvordan støy, visuell støy, støv og rystelser vil påvirke vårt bomiljø.*
- 3. Mangelfull utredning av trafikale konsekvenser*
- 4. Ingen utredning eller visualisering/volumstudier som antyder omfang av byggegjerder og brakkerigger rundt vårt bomiljø.»*

Boligområdet vårt sørvest i planområdet vil påvirkes sterkt av anleggsvirksomhet, både i form av trafikk, støy og støv. Barn tilbringer mye tid utendørs gjennom hele året. De vil derfor være ekstra eksponert for svevestøv spesielt. De har heller ikke utviklet trafikale ferdigheter, så anleggstrafikk og sikringstiltak må være godt planlagt. Vi er også bekymret for at planlagte adkomstveier for anleggstrafikk ikke er tilstrekkelig realitetsbehandlet, noe som vil medføre langt større andel anleggstrafikk gjennom boligområder enn forutsatt. Boligområdet vist med rød ramme i figur nedenfor. Byggegrupp med sprengning, spunting og rivearbeider ligger vil være i øst, mens vi vil få anleggstrafikk i både sør, vest, nord og øst.



Figur 3: Plasseringen av vårt boligområde relativt til byggegrupp med sprengning, spunting og rivearbeider



Figur 4: Anleggstrafikk sør, vest, nord og øst for vårt boligområde. Forslagsstiller har tegnet færre avkjøringer enn det som er faktisk antall, noe som også påvirker planleggingen av trafikksikringstiltak.

Skolevei er ikke omtalt i fagrapport 'Friluftsliv'. Skolebarna i Slemdalsveien 87A, B, 89 A, B, C, D, E, F, G, H, J, K og L går på Vinderen, Slemdal eller Ris skole. Uansett skolevei må barna krysse svært trafikkert anleggsvei som vi forstår kan være hovedanleggsveier i opptil 15 år gjennom både byggetrinn 1 og 2. Forslagsstiller skriver at det *kan* være aktuelt med trafikkvakter. Det oppleves som lite forpliktende. Det er også uklart hvordan man skal sikre atkomst til gangbroa over Ring 3 gjennom anleggsfasen da atkomsten i figur 4 er tegnet innenfor anleggsgjerdene. Det er også langt flere innkjøringer til private eiendommer enn det som er inntegnet i figur 4.

Midlertidig helikopterlandingsplass

Det skal opprettes en midlertidig helikopterlandingsplass vest for Rikshospitalet for anleggsfasen som også skal kunne ta imot de tyngste redningshelikopterne. Vi antar at regulær trafikk med ambulanshelikopter vil benytte samme landingsplass. Landingsplassen skal plasseres i umiddelbar nærhet av turveier, populære turmål og lekeplasser, men holdes imidlertid utenfor konsekvensutredningen av anleggsfasen da forslagsstiller hevder ansvaret for denne ligger hos en annen organisasjon (NAWSARH/OUS).

Hvordan vil rotorvind og støy påvirke brukbarhet av lekeplasser, sandkasser og turveier tett på, ved landing, og take-off? Alle som har passert Rikshospitalet når Sea King tar av har kjent på «sandblåsingeffekten» selv langt ute i parken mot Gaustad sykehus. Nye SAR-Queen har betydelig kraftigere rotorvind, det viser også opptak med testflyvning fra St. Olavs som ble vist på Dagsrevyen. Må den populære bålplassen, markainngangen og lekeplasser evakueres ved helikopterankomst eller take-off? Vi mener landingsplassen og dens plassering inngår i en uløselig rekkefølge av nødvendige og planlagte trinn for å realisere utbyggingen på Gaustad.

Konsekvensene for barn og unges reelle tilgang til tur- og lekeområder må derfor utredes sammen med andre tiltak i anleggsfasen. Vi frykter at konsekvensutredningen ikke gir det riktige bildet så lenge denne landingsplassen blir holdt utenfor. Illustrasjon av lokasjon og all omtale virker å være fjernet i planforslaget som er lagt ut til offentlig ettersyn. Det er heller ikke funnet noe informasjon om avbøtende tiltak.

Midlertidig bolig

Bomiljøet i området vårt er trygt, og barna leker sammen dagen lang. Erstatningsbolig er en god løsning på kort sikt dersom støy og helserisiko tilsier det, men vi tror erstatningsbolig over lengre perioder kan være uheldig for de minste. Barna mister stabilitet og trygghet, ved for eksempel at de mister gode relasjoner, samtidig som nye skal bygges, for så å brytes igjen. Dette gjelder kanskje spesielt de minste barna. Varighet for bruk av eventuell erstatningsbolig og konsekvenser av dette er heller ikke omtalt under barn og unges oppvekstvilkår.

Oppsummering og konklusjon

Slemdalsveien 87A, B, 89 A-H, J, K og L blir liggende som en enklave i planområdet, klemt mellom anleggstrafikk, riggområde og byggeplassen i kanskje 15 år. Når sykehuset står ferdig vil vi bli nærmeste naboer til en flyplass med 3000 helikopterbevegelser i året. Vi er ikke trygge på at våre barns oppvekstvilkår er tilstrekkelig vurdert eller ivarettatt i planen, verken midlertidige eller langsiktige konsekvenser som følge av utbyggingen. Spesielt gjelder det konsekvenser av en uvanlig

lang anleggsperiode med trafikk- og støvplager, skolevei, helikopterstøy, samt forhold rundt midlertidige og varige tap av leke- og friområder. Vi ser ikke at det er beskrevet troverdige tiltak og planer som omhandler noen av de ovennevnte forhold. Det er ikke funnet noe informasjon om midlertidige helikopterlandingsplass(er) og heller ingenting avbøtende tiltak. I sum mener vi prosjektet gir helt uakseptable konsekvenser, både midlertidige og langsiktige.

Med vennlig hilsen

Beboere i
Slemdalsveien 89 C, E, F, G, H
Slemdalsveien 89 K, L



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.00:15
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXJZ
Innsendt av: Eirik Jacobsen
E-postadresse: eirikja1@hotmail.com
Mobilnummer: 99262416

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Vedlegger kommentar til avviklingen av anleggstrafikken fra Slemdalsveien.

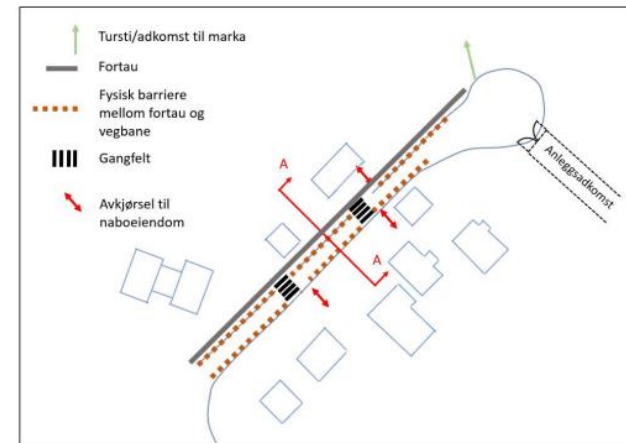
Mvh
Eirik Jacobsen

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Anleggstrafikk og utkjøring fra naboeiendommer. pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Sak 201704683, kommentar til fagrapport "Anleggsfasen", innkjøringen fra Slemdalsveien.



Figuren over viser forslagsstillers plan for sikring av myke trafikanter og skjerming av boligeiendommer mot anleggstrafikk. Forslagstiller har utelatt to avkjøringer og en gangvei/avkjøring. Det betyr at skjermingen og sikringen blir langt mer fragmentert og mindre effektiv som både støydemper og som beskyttelse av skole- og barnehagebarn.

Det er heller ikke lett å forstå tankegangen i forslaget som indirekte foreslår at utkjøringen fra totalt 21 berørte eiendommer skal gå mot enveiskjørt anleggstrafikk gjennom 8-10, opptil 15 år. Det vil ikke være plass til møtende trafikk med barrierer på begge sider av veien. Det er en lite gjennomtenkt og ikke akseptabel løsning.

Bildet til venstre gir et mer riktig bilde av antallet avkjøring, behov for krysningspunkt og hvor fragmentert den fysiske barrieren blir. Barrierene må ikke hindre utsikt for bilfører når man kjører ut fra egen avkjøring. Barrierene må også ha store nok åpninger til svingradius for eks renovasjonsbiler og brannbiler.

Forslagsstiller skriver at de *kan* vurdere trafikkvakter - men det er lite forpliktende f.eks når, hvor, varighet (13 år)? Barna må kunne komme trygt til og fra skole og aktiviteter fra 8 om morgenen til 20 om kvelden gjennom hele anleggsperioden.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 21.05.2021 kl.00:19
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-PLVZ
Innsendt av: Eirik Jacobsen
E-postadresse: eirikja1@hotmail.com
Mobilnummer: 99262416

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Vedlegger uttalelse om den midlertidige helikopterlandingsplattformen.

Last opp eventuelle vedlegg Midlertidig helikopterlandingsplass (Uttalelse om midlertidig helikopterlandingsplass.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Plassering av midlertidig landingsplattformer

Forslagstiller skriver i planforslaget at det er NAW SARH som skal beslutte hvor midlertidig landingsplattform skal etableres med begrunnelsen at den eksisterende landingsplassen ikke er egnet for SAR Queen. Uansett hvor egnet den nåværende landingsplassen måtte være for de nye redningshelikopterene må man allikevel opprette en eller flere midlertidige landingsplasser på grunn av byggeprosjektets arealbehov. Man må også anta at den midlertidige landingsplattformen også vil brukes av ordinære ambulanshelikoptre som står for ca 85% av trafikken til og fra sykehuset.

Landets mest spesialiserte sykehus må ha mulighet for å ta imot helikoptre med for eksempel kritisk syke pasienter eller organer. OUS har i sin egen risikovurdering også kommet fram til at både Rikshospitalet og Ullevål må ha muligheten til å ta imot SAR Queen. Det er derfor forunderlig at det ikke foreligger noen plan for hvordan man skal organisere mottak av helikopter i anleggsfasen i en periode på inntil 10 år. Skal man anlegge drivstoffstasjon på den midlertidige landingsplassen? Vil det påvirke brannscenarier, brannutvikling og evakueringsplaner? Kan drivstoffstasjonen eller en helikopterulykke medføre at veien nordfra sperres, og hvilke konsekvenser vil det ha?

Det er derfor tvilsomt at det er opp til NAW SARH alene å beslutte plasseringen av den midlertidige landingsplattformen da plasseringen av denne også vil være avhengig av en rekke forhold knyttet til planleggingen og gjennomføringen av byggeprosjektet på Gaustad, men også forhold til driften av sykehuset i anleggsfasen. Mangelen på tilgjengelig areal gir i realiteten få alternativer for plasseringer som vil være uberørt gjennom hele byggeprosjektet. Dersom det er usikkerhet rundt plasseringen av den midlertidige helikopterlandingsplattformen bør konsekvenser av flere alternative plasseringer utredes for at saken skal bli tilstrekkelig opplyst.

Varigheten på den såkalt midlertidige fasen gjør at støykartlegging og tiltak må vurderes på lik linje med permanente tiltak (f.eks følge forurensningsforskriften kap 5). Andre konsekvenser må også vurderes i sammenheng med for eksempel friluftsinnteresser, helse og sikkerhet ved ferdsel vest for Rikshospitalet. Da helikopter inngår i viktig samfunnsberedskap bør også den midlertidige landingsplattformen være en del av ROS-analysen, ikke noe som skyves ut av prosjektet.

Under byggingen av den midlertidige landingsplattformen vest for sykehuset vil veien langs Sognsvannsbekken mest sannsynlig blokkeres. Det kan påvirke muligheten for brannbekjempelse og redning fra deler av sykehuset dersom alternativ tilkomst ikke planlegges som del av sykehusprosjektet. Som prosjektleder vet jeg at slike grensesnitt kan skape store forsinkelser dersom de ikke planlegges inn tidlig. Er for eksempel brannvesenet kjent med at det vil komme en midlertidig landingsplattform og hvor den skal plasseres når de gir sine uttalelser til planene?

Risiko knyttet til vindkrefter

Prosjektet har i fagrapport helikopter angitt en kritisk overflyvningshøyde på 35 meter over bakken. Dersom man antar at en midlertidig landingsplattform skal legges vest for Rikshospitalet bør man legge på 20 meter på grunn av skogsterrenget. Tretoppene vil utsettes for voldsomme vindkrefter, med potensielt fatale utfall dersom folk oppholder seg i Gaustadskogen. Erfaringene fra St. Olavs er voldsom vindpåvirkning på bakkenivå selv om helikopterplattformen ligger på taket av en 6-7 etasjes bygning. Det er innført vaktlag med vektere som skal hindre ferdsel i utsatte områder under landing og take-off med SAR Queen. Andre tiltak er ukentlig kosting av vei og torg for å redusere mengden grus osv som kan gi personskader.

På hjemmesidene til St. Olavs kan man lese: «Området rundt Akutten og hjerte-lunge-senteret og Gastrocenteret vil bli rutinemessig sperret for trafikk under landing og avgang. Vektene skal sørge for at motoriserte kjøretøy, syklistene og fotgjengere ikke går inn i krysset Olav Kyrres gate og Gydas gate, hvor rotorvinden er dokumentert å være sterkest. Nå settes det også inn vakthold ved ambulanseinngangen slik at personer ikke oppholder seg i og ved ambulansene. Tak, verandaer og indre atrier blir avstengt. Det etableres også rutiner for å unngå løse gjenstander i utsatte områder. Evaluering av hendelsen 12. mai viser at alle sikringstiltak var gjennomført før landing.»

Ifølge NRK er det gjort dynamiske luftstrømningsberegninger (CFD beregninger) som viser at man kan forvente luftstrømmer inntil storm styrke i 50 meter radius under helikopteret. Hittil siste reportasjen fra Trondheim viste at vinduet på en ambulanse var blitt smadret med påfølgende personskade under landing med SAR Queen. Vindkreftene er enda sterkere under avgang. Det bør derfor kreves at forslagsstiller også gjør CFD beregninger for å dokumentere at alternative plasseringer for den/de midlertidige landingsplattform(en)e er egnet for å ta imot SAR Queen uten at det bidrar til uakseptabel risiko for omgivelsene, herunder områder uten fast dekke som lekeplasser med sandkasser, bålplassen og Gaustadskogen med tur-og skiløyper. Videre må vi som beboere vite hvordan en midlertidig landingsplattform vil påvirke bomiljø og hvilke negative helsepåvirkninger den eventuelt vil påføre berørte naboer? Avbøtende tiltak må selvsagt inkluderes.

Forslagstiller har ikke angitt noen høyde på en slik midlertidig plattform, men det er lite sannsynlig at det planlegges med en struktur som er høyere enn 60 meter. Man vil derfor oppleve mange av de samme konsekvensene som ved St. Olavs. Ifølge journalpost 307 hadde justisdepartementet gitt godkjenning til oppstart av et forprosjekt for denne landingsplattformen allerede i oktober 2020. Planleggingen bør derfor ha kommet et stykke nå i mai 2021. Jeg tror mangelen på informasjon handler mer om vilje enn evne.

Konklusjon

En ny midlertidig landingsplass på Rikshospitalet er uunngåelig i forbindelse med utbyggingen på Gaustad. En midlertidig landingsplass for inntil 10 år kan derfor ikke holdes adskilt fra øvrig planlegging og konsekvensutredning. Beboere og velforeninger samt høringsinstanser som skal uttale seg om friluftsinnteresser, beredskap, helsepåvirkning og barns oppvekstvilkår vil ikke få nødvendig innsikt i prosjektets totale kompleksitet og konsekvenser. Saken vil derfor ikke være tilstrekkelig opplyst uten at konsekvensene av den midlertidige landingsplattformen belyses i relevante fagrapporter og konsekvensutredninger. Det er også vanskelig å se at landingsplass for SAR Queen i anleggsfasen i det hele tatt kan plasseres vest for Rikshospitalet.

Referanser til tidligere uttalelser om temaet

Under er det referanser til tidligere uttalelser om temaet, journalpost nr/dato registrert med utdrag av viktige merknader vedrørende nødvendighet for landingsplass til SAR Queen samt ansvarsforhold hvis virker mildt sagt uklart fremstilt fra henholdsvis departement og HSØ. (Inkluderer derfor også ref til journalpost 218 som er HSØ sitt svar til journalpost 208).

316 / 24. nov 2020

307 / 20. okt 2020 279 / 22. juni 2020 240 / 13. mai 2020 : Sitat fra korrespondanse med Justis og beredskapsdepartementet: «Sykehusbygg har fått godkjenning til å gjennomføre et forprosjekt for

utbygging av midlertidig landingsplass for helikopter på Rikshospitalet og på Ullevål. Ved endelig godkjenning er det Sykehusbygg som vil administrere utbyggingen.»

239 / 12. mai 2020

218 / 1. april 2020 (Fra HSØ) «OUS har videre utført risikovurdering knyttet til pasientsikkerhet og medisinsk forsvarlighet av å kun ha en landingsplass i Oslo, enten på Ullevål eller på Rikshospitalet. Risikovurderingen konkluderte med at det må være landingsplass for AW101 både ved Ullevål og Rikshospitalet.»«OUS og NAWSARH utreder og gjennomfører planleggingen av nye landingsplasser som prosjekt i egen regi uavhengig av sykehusprosjektet.»

208 / 10. mars 2020

Med vennlig hilsen

Eirik Jacobsen



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 31.05.2021 kl.21:59
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QGFZ
Innsendt av: Eirik Jacobsen
E-postadresse: eirikja1@hotmail.com
Mobilnummer: 99262416

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Vedlagt følger supplerende kommentarer til midlertidig helikopterlandingsplass, ref journalpost 406.

Last opp eventuelle vedlegg Midlertidig landingsplass, tilleggskommentarer (Supplerende kommentar til midlertidig helikopterlandingsplass.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Supplerende kommentar til innspill om den midlertidige landingsplattformen, journalpost 406

Den midlertidige helikopterlandingsplattformen er et eksempel på fragmentering av sakgrunnlag i sammenhengende prosjekter, med det resultatet at konsekvensutredningene ikke fanger opp tiltakets totale kompleksitet og risiko som summen av prosjektene representerer. Teksten nedenfor belyser sammenhengen mellom Gaustadprosjektet og den midlertidige landingsplattformen, og mellom NAW SARH, Sykehusbygg og OUS. Der forslagstiller hevder at både den midlertidige og de permanente landingsplattformene avhenger av NAW SARH, sier styrereferatet fra Sykehusbygg at plassering av midlertidig landingsplass avhenger av valgte løsning for Gaustadprosjektet. Planleggingen av en midlertidig helikopterlandingsplattform er angivelig kommet langt skal man feste lit til utsagn og referater fra involverte parter, og fordi SAR Queen skal fases inn innen utgangen av 2022. Det bør derfor være mulig å inkludere ulempene for plasseringen av den midlertidige landingsplattformen i konsekvensutredningen. Også fordi 10 års varighet må vurderes som permanente i forhold til for eksempel helsepåvirkning. Til slutt vil jeg nevne at den midlertidige landingsplattformen mest sannsynlig også vil betjene den ordinære helikoptertrafikken til/fra Gaustad (85% av trafikken) da forslagstiller ikke har angitt noe annet.

På Gaustad vil man være avhengig av å finne en plassering som ikke berøres av byggeprosjektet, samtidig som plasseringen ikke påvirker risiko, sårbarheten eller beredskapen til et sykehus i drift. Det vil gjelde uansett plassering av landingsplass, og vil gjelde for både etablering, drift og avvikling.

Påfølgende tekst viser at Gaustadprosjektet og den midlertidige landingsplattformen er uløselig knyttet sammen både i forhold til plassering og tidslinje. Saken vil ikke være tilstrekkelig opplyst før tiltakets totale konsekvenser kan vurderes i en sammenheng.

Ansvarsforhold:

- Sykehusbygg skriver på sine nettsider at de har fått i oppdraget å lede tilpasning av utvalgte landingsplasser for SAR Queen av Helse og omsorgsdepartementet, deriblant Rikshospitalet: <https://sykehusbygg.no/byggeprosjekter/nasjonale-prosjekter/tilpasse-nye-helikopterlandingsplasser>
- Så vidt jeg skjønner er det Sykehusbygg på vegne av HSØ som gjennomfører prosjektet på Gaustad.
- Denne teksten har jeg mottatt fra Justisdepartementet pr e-post (ref saksinnsyn journalpost 240): «*Styringsgruppen for NAW SARH delprosjekt helikopterlandingsplasser sykehus består av representanter for alle helseforetakene, Sykehusbygg og NAW SARH. Styringsgruppen anbefaler tiltak og løsninger til prosjektleder NAW SARH. Sykehusbygg har fått godkjenning til å gjennomføre et forprosjekt for utbygging av midlertidig landingsplass for helikopter på Rikshospitalet og på Ullevål. Ved endelig godkjenning er det Sykehusbygg som vil administrere utbyggingen.*»

Sykehusbygg sitter altså i en form for styringskomite i NAW SARH, representerer oppdragsgiver i utviklingen av sykehuset på Gaustad, og har fått prosjektlederrollen av Helse og omsorgsdepartementet for tilpasning av helikopterlandingsplattformer, og har i tillegg fått godkjent

et forprosjekt (høsten 2020, iflg Justisdepartementet) for utbygging av midlertidig landingsplass på Rikshospitalet.

Tidslinje:

Viser til svar fra forslagstiller 1. april 2020, journalpost 218:

- *Når det gjelder oppgradering av landingsplass for AW101 på Rikshospitalet planlegger OUS i samarbeid med NAWSARH, å gjennomføre forprosjekt i løpet av 2020 med mål om å etablere en midlertidig landingsplass på Rikshospitalet som skal kunne ta imot AW101. Landingsplassen skal fungere som landingsplass inntil nytt sykehus på Rikshospitalet er ferdig utbygget og klart for bruk med nye landingsplasser på tak.*
- *Etablering av midlertidig landingsplass for redningshelikopter er ikke en del av planforslaget for nytt sykehus på Gaustad ettersom innfasing av AW101 skjer uavhengig av planprosess for nytt sykehus på Gaustad, og at nye landingsplasser må være etablert på Rikshospitalet når AW101 innfases på Rygge flystasjon.*
- *OUS og NAWSARH utreder og gjennomfører planleggingen av nye landingsplasser som prosjekt i egen regi uavhengig av sykehusprosjektet. Når prosjektet blir ytterligere konkretisert og finansiert vil OUS, som tiltakshaver og byggherre for midlertidig landingsplass, ta kontakt med plan og bygningssetaten for avklaring av prosess for gjennomføring av prosjekt med etablering av midlertidige landingsplasser inntil de sykehusene tas i bruk.*

Innfasing av SAR Queen skal ifølge offentlig tilgjengelig informasjon være gjennomført innen utgangen av 2022, også på Rygge. Ifølge informasjonen fra forslagstiller, samt referat fra styresak SB-SAK 25/2019 burde et planleggingen av en midlertidig landingsplattform for helikopter være godt i gang, og ligger angivelig i forkant av prosjekteringen av sykehusprosjektet på Gaustad. Det virker det å være full enighet om. Men det virker også en klar motsetning mellom utsagnet fra Justis- og beredskapsdepartementet og utsagnet fra forslagstiller i forhold til hvem som har ansvaret for forprosjektet. Det er i hvert fall ikke lett å forstå utenfra.

Styrebehandling, Sykehusbygg:

Landingsplasser for SAR Queen har vært til behandling i styret i Sykehusbygg minst 2 ganger siden 2018:

SB-SAK 65/2018 (styremøte 29 nov 2018)

«Rikshospitalet – Forsvarets flyvere er skeptiske til å lande på eksisterende plass, pga. nærheten til fasade. Midlertidig landingsplass må bygges. Alternativer vurderes. Må koordineres med prosjektet Gaustad» (min understreking).

Link: <https://sykehusbygg.no/Documents/Saksdokumenter-29.11.2018.pdf>

SB-SAK 25/2019 (Styremøte 7. juni 2019): *«Sykehusbygg har tidligere etterspurt utfyllende informasjon om rotorvind fra nytt redningshelikopter AW101, til å gjennomføre tilpasning av helikopterlandingsplasser i Norge, spesielt ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet, innen AW101 settes i drift. Dette ble presentert som sak i Sykehusbyggs ledergruppe i november 2018 og i Sykehusbygg sitt styre 29.11.2018. Ref sak 65-2018.*

Prosjektleder i Sykehusbygg sin vurdering er at en nå har fått tilstrekkelig med informasjon om rotorvind, samt bistand fra Forsvaret/Redningstjenesten, til å gjøre nødvendige vurderinger og gjennomføre tilpasninger.

...Forsvarets arbeidsgruppe har i første omgang bistått i utredning av hvilken løsning som anbefales ved Ullevål sykehus. Forsvarets anbefaling inngår som del av rapport om Ullevål sykehus, som vil vurderes i styringsgruppemøte for NAWSARH delprosjekt helikopterlandingsplasser ved sykehus den 13. juni 2019. I samme møte vil Forsvaret anmodes om å bistå med alternative løsninger for AW101 ved Rikshospitalet.

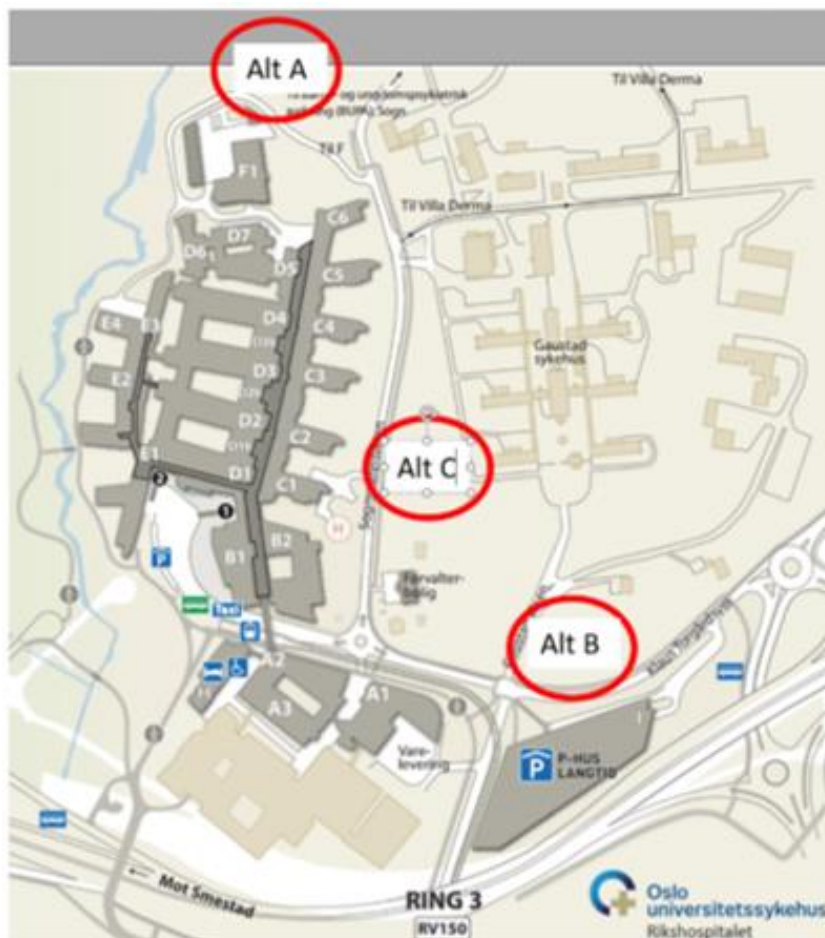
Rikshospitalet - Dagens helikopterlandingsplass ligger for nær fasaden, og ny plass for AW101 må etableres frem til nytt lands- og regionsykehus er etablert (Gaustad prosjektet). **Mulige plasseringer av en slik landingsplass kan være en de 3 stedene vist i skisse, men plassering er avhengig av hvilke løsninger som besluttes for nytt sykehus.** Dette avklares forhåpentligvis i juni 2019.

Videre plan for arbeidet er som følger

1. Juni 2019: Styrebehandling av Gaustad prosjektet?
2. Juni 2019: Nedsette en arbeidsgruppe med representanter fra OUS, Forsvaret/Redningstjenesten, NAWSARH og Sykehusbygg (Repr. Fra Gaustad prosjektet). Besluttes i styringsgruppemøte 13. juni 2019.
3. Utrede alternative løsninger for AW101 ved Rikshospitalet. August – Oktober 2019.
4. Behandling og beslutning av løsning i OUS og NAWSARH i desember / januar 2019
5. Prosjektgjennomføring februar 2020 – oktober 2021
6. Oppstart AW101 fra Rygge tidligst desember 2021»

Link: <https://sykehusbygg.no/Documents/Saksdokumenter%2007.06.2019.pdf>

Skissen det vises til i teksten over er vist under:



Figur 1: Skisse hentet fra Sykehusbygg, referat fra styremøte juni 2019, saksnr SB-SAK 25/2019. Denne skissen avviker fra en skisse som ble presentert i en tidligere utgave av planforslaget. Der var den midlertidige landingsplassen angitt vest for Rikshospitalet.

I styrereferatene står det at de to prosjektene må samordnes, og at plasseringen av en midlertidig landingsplass vil avhenge av løsning for sykehusprosjektet på Gaustad. I planforslaget står det at det at plasseringen avhenger av NAW SARH. Dette viser at den midlertidige landingsplattformen er uløselig knyttet til gjennomføringen av Gaustadprosjektet.

Risiko og sårbarhet:

Dersom den midlertidige landingsplassen legges vest for Rikshospitalet kan en hendelse ved den midlertidige landingsplassen gjøre at den lille veien på vestsiden av Rikshospitalet blokkeres. Man blir da helt avhengig av tilkomst både sørfra og nordfra for å få tilgang til hele Rikshospitalets vestside (brannbekjempelse og redning). I tillegg blir dette en sårbar situasjon i forhold til en eskalering. I en tidlig fase av anleggsarbeidene vil hele sørsiden av Rikshospitalet mer eller mindre være riveprosjekt eller byggegrop, helt opptil dagens bygningskropp. Det skal blant annet også etableres støttemurer mot Sognsvannsbekken som umuliggjør anleggsvei lenger vest. Samtidig må det sørges for at det alltid er tilkomst til vestsiden av Rikshospitalet fra sør. Er dette realitetsbehandlet? Hva med tilkomst for brannbekjempelse og redning på sydsiden av Rikshospitalet i samme periode?

Uansett plassering: På grunn av varigheten, omfanget og kompleksiteten av anleggsfasen bør også midlertidige faser inngå i mulighets- og risikoanalyser. Prosjektet må kunne dokumentere gjennomførbarehet uten at risiko, sårbarhet eller beredskap påvirkes. Det kan ikke skyves til en detaljfase fordi man kan risikere at tiltaket ikke lar seg gjennomføre uten omfattende endringer på rekkefølge, løsning eller plan.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.22:30
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QWUZ
Innsendt av: Eirik Jacobsen
E-postadresse: eirikja1@hotmail.com
Mobilnummer: 99262416

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Vedlegger uttalelse om den midlertidige landingsplassen vest for Rikshospitalet. Forprosjektrapporten antyder byggestart i august 2021.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Midl helikopter 3.docx)

Innsender

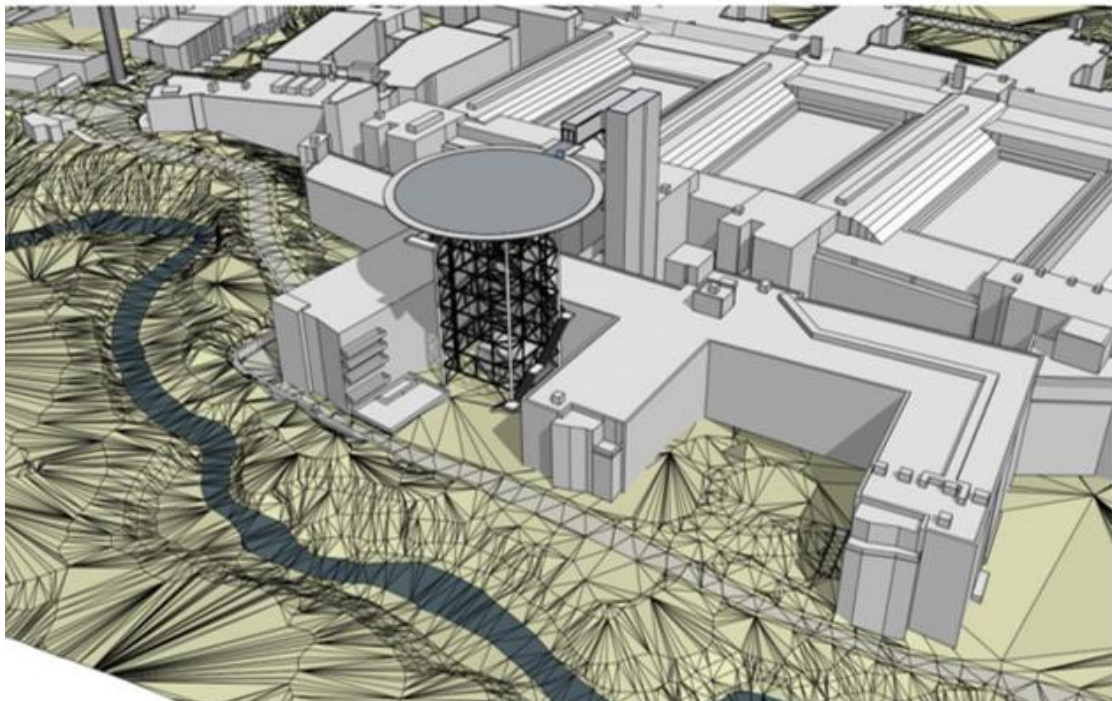
Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Ny informasjon om den midlertidige landingsplattformen, ref journalpost 406 og 434

Offentliggjorte rapporter viser at både utredning av alternative landingsplasser og forprosjektrapport er utarbeidet for midlertidig landingsplass ved Rikshospitalet. Det er også gjennomført støyberegninger for helikoptertrafikk. Anbefalingen i evalueringsrapporten om plassering vest for Rikshospitalet var klar allerede i 2019. Forprosjektrapporten ble ferdigstilt november 2020. Det betyr at landingsplassens plassering var kjent for forslagstiller i god tid før planforslagets ferdigstillelse. I både evalueringsrapporten og forprosjektrapporten beskrives den tette koblingen mellom de to prosjektene, og at plasseringen vest for Rikshospitalet er valgt «...med tanke på at prosjektet Nye Rikshospitalet blir berørt i minst mulig grad.» Den midlertidige landingsplassen burde derfor så definitivt blitt belyst i sammenheng med sykehusutbyggingen som del av anleggsfasens konsekvenser. I forprosjektrapporten er det skissert byggestart august 2021.

Det er med stor skuffelse og vantro vi registrerer at dette arbeidet har pågått parallelt med Gaustadprosjektet uten at nærmeste naboer, interesseorganisasjoner, bydelene eller andre berørte parter har blitt gjort kjent med planene eller konsekvensene. Vi har gjennom en rekke merknader påpekt utfordringer med denne plasseringen av hensyn til tilgjengeligheten og bruken av friområdene vest for Rikshospitalet gjennom anleggsfasen. Inn- og utflygingskorridorene over vårt bomiljø medfører en ytterligere ulempe for naboer som i tillegg må holde ut med anleggstrafikk, riggområder og byggearbeider på alle kanter. Hemmelighold av denne typen som vi her har opplevd bidrar ikke til en god medvirkningsprosess. Det er opprørende og det skaper mistillit.

Landingsplattformen skal plasseres mellom E2 og E4 vest for Rikshospitalet, og bygges 31 meter over bakkenivå, alternativt 35 meter. Helikopterlandingsplattformen blir dermed liggende rett over trekronene i Gaustadskogen og helikoptertrafikken vil utgjøre en trussel ved opphold og ferdsel i de mye brukte friområdene.



Figur 1: Perspektiv fra vest

Landingsplattformen som blir liggende tett på Sognsvannsbekken skal utstyres med både fyllestasjon for drivstoff og skumslukkeanlegg som kan ha negativ effekt på vassdraget, blant annet under testing av skumslukkeanlegg.

Plasseringen av landingsplattformen gjør at nærmest hele den vestlige delen av Rikshospitalet vil bli isolert ved en hendelse på eller rundt helikopterplattformen dersom ikke en sørlig adkomst opprettholdes under hele byggeperioden. Det er også beskrevet i forprosjektrapporten:

«Helikopterdekket er plassert med tanke på at prosjektet Nye Rikshospitalet blir berørt i minst mulig grad. Tilkomst for brannvesen, som må forutsettes å komme fra sør, på vestsiden av Rikshospitalet, må holdes åpen for brannvesen i byggeperioden for Nye Rikshospitalet.»

Inn- og utflygingskorridorer går nord-syd. For å redusere støytrykket på fasaden av sykehuset skal korridorene legges lenger vest for de tyngste helikoptrene. Støyberegninger viser allikevel at støytrykket på fasadene vil ligge mellom 95-113 dB. Det betyr også at det vil være betydelig støypåvirkning i friområdene vest for sykehuset og for nærliggende boliger. Det er da overveiende sannsynlig at friområdene i vest blir liggende i rød støysone, områder som i dag er definert som stille område.



Figur 2: Inn- og utflygingskorridorer for ordinære ambulanshelikoptre

Begrunnelsen som er gitt for plassering av plattform vest for Rikshospitalet er:

«Den eksisterende helikopterlandingsplassen ved Rikshospitalet er lokalisert på bakken mellom Sognsvannveien og ved det eksisterende akuttmottaket. Landingsplassen er vurdert å ligge for nær fasade for operasjoner med AW101. Gjeldende skisseprosjekt for prosjektet nytt regionsykehus Gaustad₂, medfører at den eksisterende helikopterlandingsplassen må flyttes. Dette berører også luftambulanshelikopteret.» «Vurdering av midlertidig helikopterlandingsplass må sees i sammenheng med gjeldende konseptrapport for nytt sykehus på Gaustad₃. Skisseprosjekt for nytt

sykehus Gaustad beskriver byggearbeider på plen mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus, bygg L1, L2 og P3, noe som gjør at dette ikke er en aktuell landingsplass for helikopter,...»

En ytterligere beskrivelse av den tette koblingen mellom prosjektene er gitt i evalueringsrapporten: «En ny helikopterlandingsplass må være operativ innen siste kvartal i 2021. Beslutning om gjennomføring av en elevert løsning må gjøres innen desember 2019. Gitt at finansiering av Gaustad prosjektet avklares i statsbudsjett for 2020, vil Gaustad prosjektet være førende for beslutningstidspunkt og ikke oppstart av AW101 fra Rygge.»

Her er også informasjon som har relevans for de permanente landingsplattformene:

«Som en følge av innføring av nye redningshelikopter ser man for seg en økende bruk av helikoptertransport til Rikshospitalet. Dette fordi nye redningshelikopter har flytekniske fordeler som komplett avisingskapasitet og økt marsjfart samt forbedrede forhold for avansert medisinsk behandling i kabinen. Rikshospitalet har i perioden 2015-2019 hatt en snitt på ca. 25 pasienttransporter per år med redningshelikopter. Økende aktivitet, spesielt innen øyeblikkelig hjelp, sammen med de fordeler som følger av nye helikopter, tilsier at det fremover kan bli markant økning av luftambulansetransport til Rikshospitalet.»



Figur 3: Innflyvingstrase for SAR Queen passerer rett over hovedturvei/skiløype, bålplassen og nabolaget i sør

Oppsummering

Plasseringen av den midlertidige landingsplattformen er svært uheldig for friområdene vest for Rikshospitalet. Helikoptertrafikken til og fra landingsplattformen utgjør en direkte trussel mot liv og helse uten svært inngripende tiltak. Plattformens plassering medfører også en ytterligere forringelse av leve- og oppvekstvilkårene i vårt bomiljø gjennom den 8-10 år lange anleggsfasen. Summen av konsekvensene for natur, friluftsliv og naboer er uakseptable. Også framferden til utbygger er uakseptabel.

Det forutsettes nå at all relevant informasjon vedrørende den midlertidige landingsplassen må gjøres tilgjengelig gjennom saksinnsyn slik at konsekvensene av anleggsfasen kan vurderes samlet, ikke stykkevis og oppdelt. Eksempler på relevante rapporter for Rikshospitalet:

1. «Rapport - Vurdering av alternative landingsplasser for nytt redningshelikopter AW101 ved Rikshospitalet», V1.0, 11.09.2019
2. «Forprosjekt AW101 Rikshospitalet – elevert helikopterdekk», V1.0, 26.11.2020
3. «Notat - Maksimumsnivå på fasader fra AW-101 på Rikshospitalet ny helikopterplass», 05.05.2021
4. SINTEF Prosjektnotat: Helikopterstøy Rikshospitalet. Prognose 2030 på ny landingsplass mellom E2 og E4, Trondheim 2020-09-02.

Fra: Eirik Jacobsen <eirikja1@hotmail.com>
Sendt: tirsdag 6. juli 2021 21.07
Til: PBE Postmottak; Gro Jensen Vig
Emne: Vs: Oppdaterte offentlige dokumenter - landingsplass Rikshospitalet
Vedlegg: Prosjektnotat 102010975-2-2.pdf

Kategorier: Haster

Til sak 201704683.

Jeg viser til mottatt epost fra justisdepartementet den 30. juni, vedrørende støyberegningene for landingsplassen vest for Rikshospitalet, og ber PBE merke seg pkt 1 under: "Det er p.t. ikke besluttet om luftambulanshelikopteret skal lande på plassen, dersom den blir realisert, eller om denne kun skal benyttes av redningshelikopteret."

Ikke uventet byr altså en landingsplass vest for Rikshospitalet på problemer, og det er med andre ord ikke avgjort hvor **ambulanshelikoptrene** skal lande i anleggsfasen (8-10 år). Forslagstiller bør i så fall kunne gjøre rede for hvor en slik midlertidig flyplass skal anlegges da NAWSARH kun er ansvarlig for å oppgradere landingsplassene for SAR Queen. Varigheten på midlertidigheten og muligheten for nærhet til bebyggelse tilsier at her burde en støyrapport vært vedlagt fagrapport anleggsfasen. Problemstillingen har vært kjent siden tidlig august 2020 da første utkast av det omtalte støynotat ble utgitt. En slik landingsplass lar seg vel heller neppe realisere uten bruk av omlasting til ambulanse hvilket burde vært inkludert i en risikoanalyse.

Støynotatet viser forøvrig at helikoptertrafikken (SAR Queen + ambulanshelikopter) vil legge store deler av Gaustadskogen i rød støysone. Dersom ordinær ambulansflyvning vil skje i forbindelse med landingsplassen vest for Rikshospitalet må man anta at støybidraget fra disse helikoptrene er vesentlig større enn for SAR Queen. En landingsplass som skal benyttes av ordinære ambulanshelikoptre bør derfor uansett vurderes i sammenheng med resten av saksgrunnlaget.

E-posten fra Justisdepartementet er vedlagt i sin helhet for at støynotatet skal bli vurdert i riktig kontekst. Endringene som er foreslått i senere dokumenter vil sannsynligvis medføre at rød støysone vil få større utstrekning mot vest og boligbebyggelsen i Rugdestien.

Med vennlig hilsen
Eirik Jacobsen

Fra: May Bente Bjørnstadjordet Tveit <MayBenteBjornstadjordet.Tveit@jd.dep.no>
Sendt: onsdag 30. juni 2021 08:46
Til: Eirik Jacobsen <eirikja1@hotmail.com>
Emne: SV: Oppdaterte offentlige dokumenter - landingsplass Rikshospitalet

Eirik Jacobsen,
Vi har behandlet din klage på avslått innsynskrav, og anvendt lovhjemmel §15 2. ledd.
Rapporten anses foreløpig som et internt arbeidsdokument, og skal behandles deretter.

Innsyn innvilges etter klagebehandling, da saken nærmer seg ferdigbehandlet og ferdigstilt endelig rapport vil være offentlig.

NAWSARH-prosjektet gjør deg derfor oppmerksom på følgende faktorer for innvilget innsyn i dokumentasjonen:

Prosjektnotatet fra Sintef er benyttet til kalkyleformål i Forprosjektrapport AW101 Rikshospitalet - elevert helikopterdekk.

1. Rapporten tar utgangspunkt i prognostisert helikoptertrafikk for 2030 for både redningshelikopteret og luftambulanshelikopteret. Det er p.t. ikke besluttet om luftambulanshelikopteret skal lande på plassen, dersom den blir realisert, eller om denne kun skal benyttes av redningshelikopteret.
2. Rapporten har tatt utgangspunkt i inn og utflygingsretninger nord-sør. Endelige inn og utflygingsretninger vil avklares med OUS, Luftfartstilsyn og kommune, i gjennomføringsfase.
3. Når de to ovennevnte punkter er avklart vil Sintef utarbeide en endelig støyrapport som sendes til Luftfartstilsyn og kommune i forbindelse med konsesjonsbehandling.

Med hilsen



Justis- og
beredskapsdepartementet

May Bente Bjørnstadjordet Tveit

Rådgiver

Samfunnssikkerhetsavdelingen

NAWSARH Prosjektet

Mobil: +47 99434001

Telefon: +47 22244245

Kontor: NAWSARH-prosjektet Sola

[Regjeringen.no/jd](https://www.regjeringen.no/jd) – [Facebook](#) – [Twitter](#)

Prosjektnotat

Helikopterstøy Rikshospitalet

Prognose 2030 på ny landingsplass mellom E2 og E4

VERSJON

1.0

DATO

2020-09-02

FORFATTER(E)

Idar Ludvig Nilsen Granøien

OPPDRAGSGIVER(E)

Sykehusbygg HF

OPPDRAGSGIVERS REF.

Knut-Ola Haug

PROSJEKTNR

102010975-2

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

7, ingen vedlegg

SAMMENDRAG

Den eksisterende helikopterlandingsplass ved Rikshospitalet kan ikke benyttes av det nye redningshelikopteret AW101 og det utredes en flytting av landingsplassen for fremtidig bruk. I denne undersøkelsen utredes en alternativ plassering hvor all trafikk flyttes over.

Støyberegning med NORTIM tar utgangspunkt i en prognose for 2030 i tråd med retningslinje T-1442/2016. For prognosen benyttes en prosentvis framskriving av trafikken basert på døgnfordeling fra 2014. Med unntak av AW101 benyttes de samme helikoptertyper som ved tidligere beregninger.

Resultatene viser at det bare er grunn til å kartlegge fasadeisolasjon på de 4 nærmeste boligene med tanke på om de tilfredsstillende krav til innendørs støynivå i Forurensningsforskriften.

UTARBEIDET AV

Idar Ludvig Nilsen Granøien

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Erik Swendgaard

SIGNATUR**PROSJEKTNOTAT NR**

102010975-2-2

GRADERING

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.1	2020-08-26	Første utkast

1.0	2020-09-02	Kvalitetssikret
-----	------------	-----------------

Dokumentet har gjennomgått SINTEFs godkjenningsprosedyre og er sikret digitalt

Innholdsfortegnelse

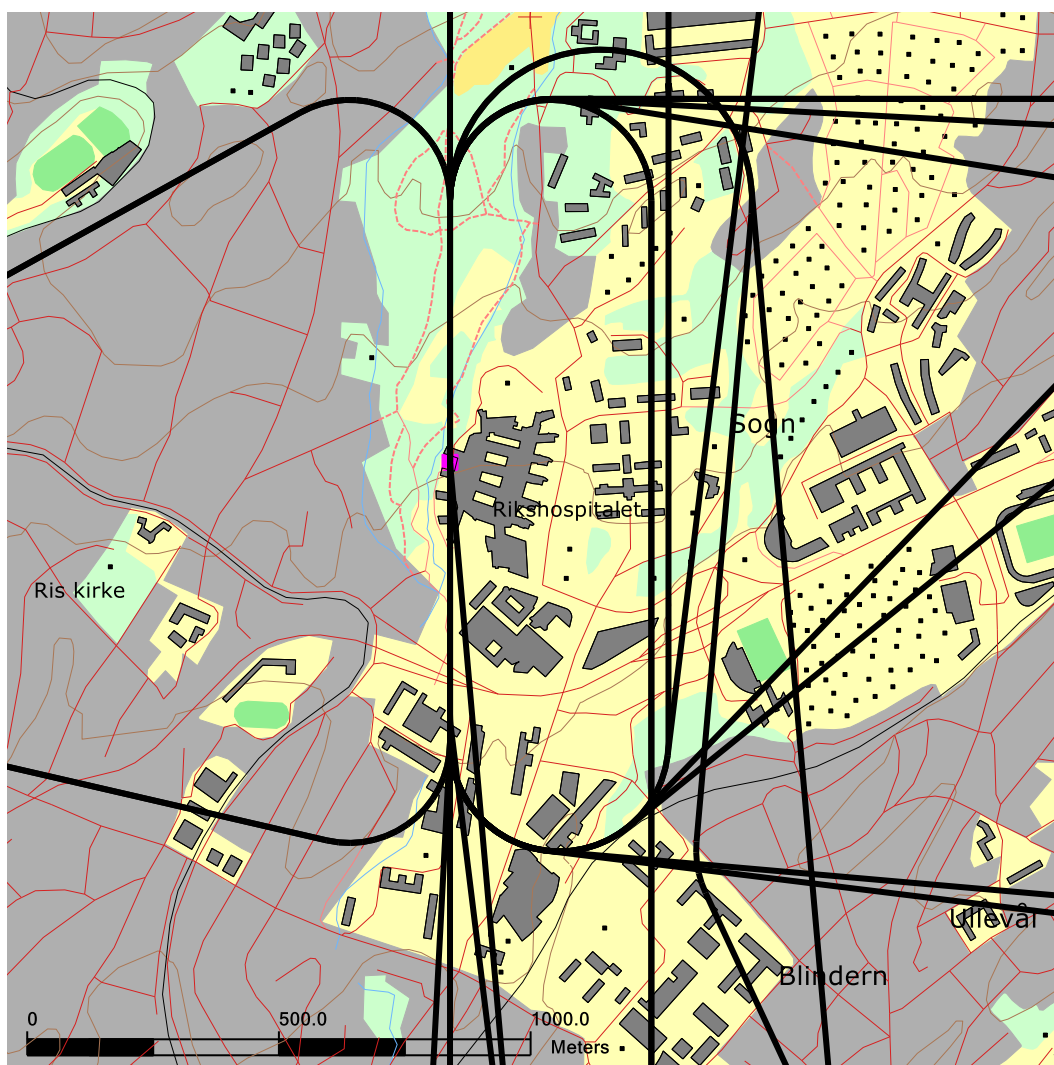
1	Innledning	4
2	Beregningsgrunnlag	4
3	Beregninger og resultater	6
3.1	Kartlegging av støyømfintlige bygninger	6
3.2	Støysoner etter T-1442	7

Beregningen som gjøres her tar utgangspunkt i en prognose for 2030. Det er det samme grunnlaget som er benyttet i fotnote¹, dvs. trafikkstatistikk fra 2012-2014, men nå framskrevet til 2030. Det gir et totaltall for trafikken som følger

- ambulanshelikopter 1313 bevegelser
- redningshelikopter 82 bevegelser

Helikoptertypene er beholdt fra 2014, med unntak av det nye redningshelikopteret, som erstatter Sea King. Det betyr at både EC135 og H145T2 benyttes som før.

Den følgende figuren viser hvordan inn- og utflyging er lagt inn. I tillegg til de viste traséene er det lagt inn en lateral spredning etter standard, men spredningen er holdt innenfor helikopterplassens definerte hinderfrie flater ut til om lag 500 meter fra senterpunktet.



Figur 2-2 Traséer for inn- og utflyging til landingsplassen. M 1:15 000.

Trafikken er fordelt på traséene slik at overvekten (70-80 %) flyr korteste vei inn og ut. Det gir en liten overvekt på den sørlige korridoren.

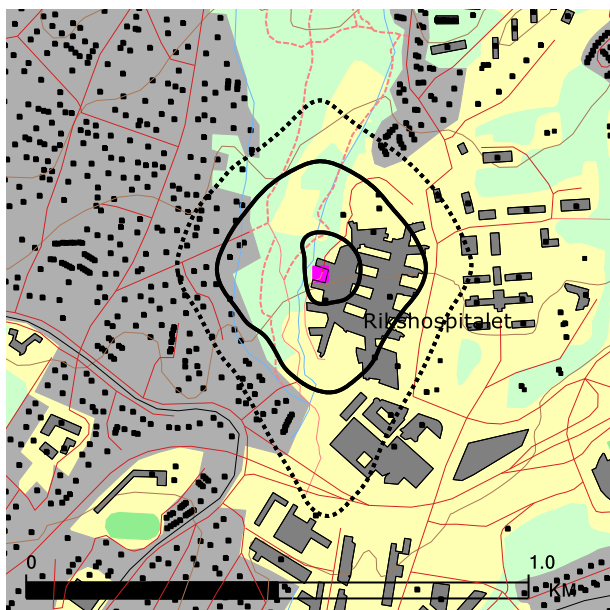
3 Beregninger og resultater

Det utføres støyberegninger med programmet NORTIM, som tar hensyn til topografiens påvirkning av lydutbredelsen. Bygningskroppene er ikke lagt inn, slik at eventuell skjerming fra disse ikke er tatt hensyn til. Beregningene gjøres med høyeste oppløsning i en grid på 64x64 fot som grunnlag for støykotene.

Beregningene gir kartleggingsgrenser etter Forurensningsforskriften og støysoner etter retningslinje T-1442/2016. I tillegg gjøres punktberegninger på alle bygninger med definert støyfølsomt bruksformål. Beregningspunkt for hver bygning er referansepunktet som ligger i Eiendomsdatabasen (GAB-basen)- Data fra denne er oppdatert pr. 12.05.2020. I resultatfigurene gjengis referansepunktene som sorte kvadrat.

3.1 Kartlegging av støyømfintlige bygninger

NORTIM beregner tre koter relatert til Forurensningsforskriften. Kartleggingsgrensen er satt til L_{eq24h} på 54 dBA. Dette gir et innendørsnivå på 35 dBA forutsatt 19 dB demping i fasaden (relatert til frittfeltsnivå). Dette er relativt konservativt, men skyldes lavfrekvensinnholdet i støyen. I tillegg til kartleggingsgrensen beregnes en kote 3 dB lavere som angir område hvor man må hensynta andre støykilder med støynivå i samme størrelsesorden. Herfra og inn skal eventuelt bidrag fra kildene summeres for beregning av innendørs nivå. Innerst vil koten for en tentativ tiltaksgrense beregnes. Denne er 7 dB høyere enn kartleggingsgrensen. Kotene er vist i den følgende figuren, hvor hver bygning med støyømfintlig bruksformål er markert med et lite sort kvadrat.



Figur 3-1 Kartleggingsgrenser for relokalisert helikopterplass ved Rikshospitalet. M 1:15 000.

Resultatet av punktberegningene er vist i den følgende tabellen.

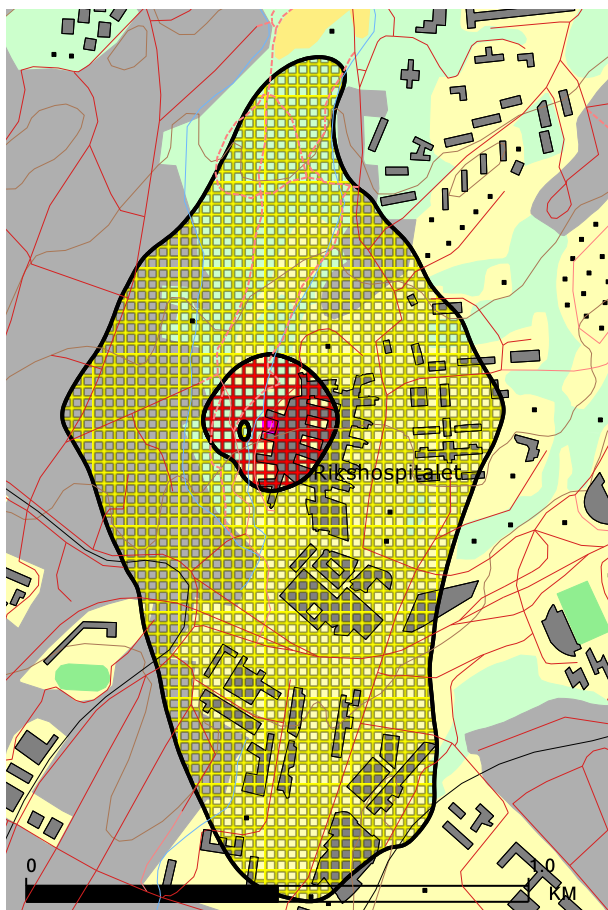
Tabell 3-1 Antall bygninger innenfor intervallene

L_{eq24h}	Boliger	Skolebygninger	Sykehusbygninger	Fritidsboliger
51.0 – 53.99	46	3	1	0
54.0 – 60.99	4	0	5	0
61.0 ->	0	0	1	0

Oppdragsgiver får detaljert liste over eiendommene som er berørt, som utgangspunkt for kartleggingen.

3.2 Støysoner etter T-1442

Det er også beregnet støysonekart for landingsplassen i henhold til retningslinje T-1442/2016 fra Klima og miljødepartementet. Støysonene dimensjoneres utelukkende av det årlige gjennomsnitt; ekvivalentnivået LDEN. Maksimumsnivå på natt inngår i beregningen, men i sammenligning med LDEN gir den ikke utslag på sonegrensene.



Figur 3-2 Støysoner for den eleverte landingsplassen. M 1:15 000.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no

Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 04.05.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Helsekonsekvensutredning

Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021) og vil gi en generell merknad vedr. manglende helsekonsekvensutredning – særlig med hensyn på anleggsfasen.

For oss som nærmeste naboer er det opplagt at tiltaket vil ha store negative konsekvenser for oss og er forundret over at det ikke er laget et samledokument som gir et helhetlig konsekvensbilde for vårt bomiljø. Vi mener dette er verdifullt for å se om det er gjort tilstrekkelig utredninger og gjøre materialet mer tilgjengelig for oss som ikke-profesjonell part. Det vil også være verdifullt for andre myndigheter som kan ha interesse i vårt bomiljø, som Statsforvalteren i Oslo og Viken, lokale folkehelsekontakter, bydelsoverlege, barnerepresentant, FAU, osv.

Helsekonsekvensutredning

Helsekonsekvenser skal utredes når det er grunn til å tro at tiltaket vil ha vesentlige konsekvenser for befolkningens helse. Dette er en plikt som er forankret i lov.

Vi mener at planforslaget med tilhørende konsekvensutredninger i alt for liten grad behandler bredden av de helsemessige konsekvensene den lange anleggsfasen (minst 8 år + en mulig påfølgende etappe 2 på 5 år) kan ha på oss naboer; Det innbefatter både fysiologiske og psykologiske reaksjoner. Det er flere barnefamilier som blir berørt, og anleggsperioden vil prege hele oppveksten til barna våre. Planprosessen og anleggsfasens konsekvens for boligverdi og muligheten for å flytte uten store verditap skaper bekymring og stress. Usikkerhet rundt konsekvensene av en fremtidig etappe 2 likeså.

Fra Lov om folkehelsearbeid, § 11.Helsekonsekvensutredning: Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet.

Vi mener at forslagsstiller plikter å redegjøre for, og i langt større grad utrede mulige helsemessige konsekvenser tiltaket konkret har på oss naboer, f.eks:

Oppvekst:

- Påvirkes tilgjengeligheten til eller kvaliteten på barnehage, skole, aktivitets- og lekearealer, skoleveier?
- Påvirkes foreldres eller andre viktige voksnes situasjon på en måte som igjen kan få konsekvenser for barn?
- Påvirkes muligheten for fysisk og psykisk stimulering/aktivitet, meningsfull fritid?
- Påvirkes det psykososiale miljøet for barn og voksne?
- Trafikksikkerhet generelt for barn og unge i vårt bomiljø (skolevei, tilkomst til lek- og rekreasjon)

Nærmiljøkvaliteter:

- Påvirkes forutsetningene for trygghet i nærmiljøet?
- Påvirkes fysiske eller sosiale aspekter ved nærmiljøet?
- Påvirkes opplevelsen av trygghet?
- Påvirkes tilgang til rekreasjons- og aktivitetsmuligheter?

Ytre miljøfaktorer:

- Luftforurensing konkret for våre eiendommer
- Støv og somatisk sykdom
- Støy konkret for vår eiendommer

Bolig og boligforhold:

- Påvirkes boligforhold/boligstandard, inkludert inneklime?
- Påvirkes bomiljø eller nabolag?
- Redusert livskvalitet som følge av helikopterstøy nattestid

Helsekonsekvensutredningen må også behandle konsekvensene av etappe 2.

Med vennlig hilsen

Halvard Waage
Mob: 99459421

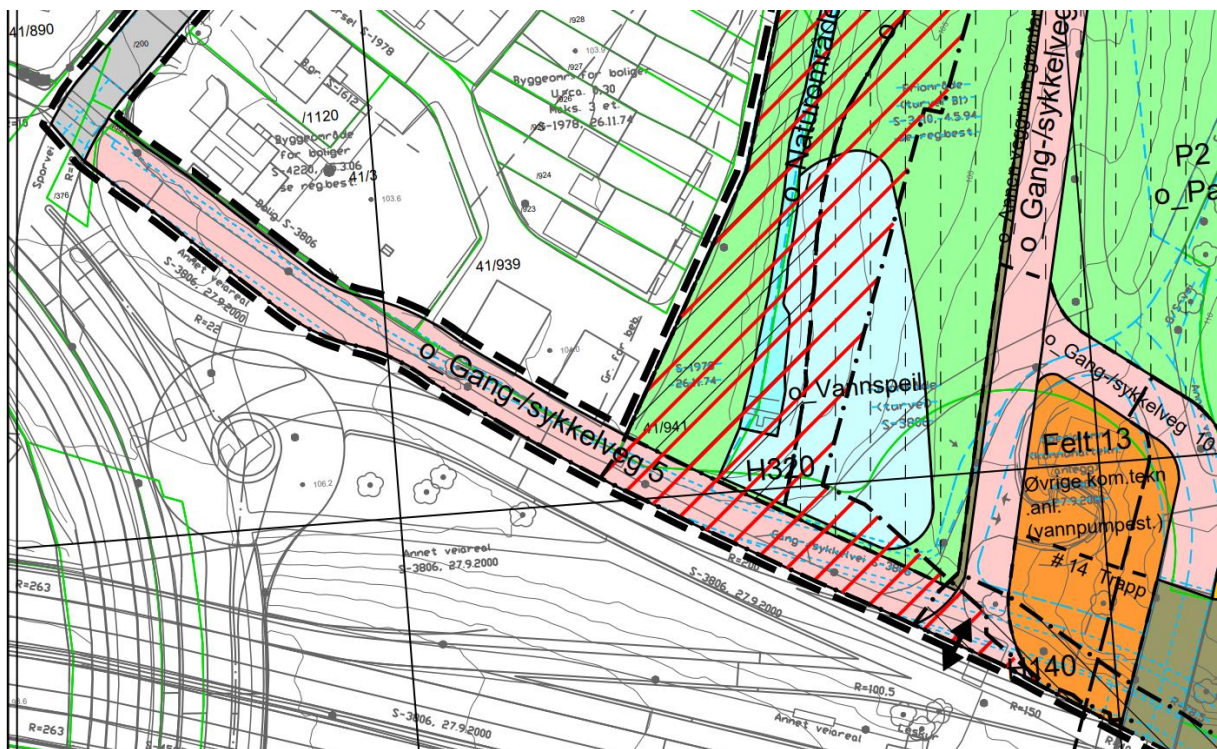
Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 04.05.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Gang og sykkelveg

Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021) og plankart som viser inntegnet gang/sykkelveg 5.



Vi merker oss at det på plankart er inntegnet g/s sør for våre garasjer og tilsynelatende over vår eiendomsgrænse. Fra Reguleringsbestemmelser, 6 Samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur (pbl. § 12-5 nr. 2), 6.7 finner vi derimot ingen beskrivelse/bestemmelser knyttet til g/s 5.

Følgende er uklart for oss og må utredes/beskrives nærmere:

- Evt. rekkefølgebestemmelser for g/s 5
- Omfang g/s og juridisk grense mot våre eiendommer
- Konsekvenser for våre garasjer

Mvh

Halvard Waage

99459421

Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 04.05.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Vannspeil

Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021) vedr. vannspeil:



«I sørenden av Sognsvannbekken innenfor planområdet reguleres et vannspeil. Vannspeilet er en del av overvannshåndteringen, samtidig som det er et opplevelseselement. Det tillates etablert en gangbro over vannspeilet som knytter seg på turvei videre nordover langs Sognsvannbekken.»

I utgangspunktet synes vannspeilet å være et positivt bidrag til grøntdraget, men det reiser seg imidlertid en rekke problemstillinger som ikke er tilstrekkelig belyst og konsekvensutredet. Som

nærmeste naboer til Sognsvannsbekken har vi over flere tiår gjort oss erfaringer med bekkeløpet og ikke minst kulvertinntaket, og vi vil særlig bemerke:

Vannspeilet som del av overvannshåndteringen:

Det står at vannspeilet skal være en del av overvannshåndteringen. Merk at Sognsvannsbekken har et nedbørfelt på over 20 km² og en middelvannføring på 0.37 kubikkmeter per sekund. I flomsituasjoner er 'elv' en mer dekkende beskrivelse enn 'bekk', og vassdraget har da voldsom vannføring. Så lenge den tenkte dammen står i direkte kontakt med vassdraget vil den ikke ha noen effekt på overvannshåndteringen. Den planlagte dammen vil fylles i løpet av minutter fra vassdraget.

Dersom vannet pumpes eller avledes fra Sognsvannsbekken kan vannspeilet ligge høyere i terrenget og faktisk ha en funksjon i overvannshåndteringen som fordrøyning.

Nivå på vannspeilet:

Fra kart og bestemmelser er det uklart hvilken kote vannspeilet ønskes etablert på.

Økte vannmengder eller en heving av vannspeilet med tilhørende konsekvenser for grunnvann og inntrenging i våre boliger må utredes og nødvendige tiltak sikres. En heving av vannspeilet fra dagens minimumsnivå er ikke akseptabelt uten omfattende sikringstiltak. Vi frykter at forslagsstiller ikke har tatt inn over seg hvor viktig det er å holde vannspeilet så lavt som mulig som del av flomsikringstiltak.

Funksjon inntaksrist:

Boligene i Slemdalsveien 89A-H var tidligere utsatt for vanninntrengning i kjellere fordi kulvertinntaket lett gikk tett ved flomføring. Statens vegvesen, som har ansvaret for kulvertinntaket, har derfor tilrettelagt kulvertinntaket for maskinell rensing av ristene ved at det er etablert en ryddet og gruset tilkomst. Det er et viktig beredskapsgrep, da det også sikrer at de *horisontale* overløpsristene kan renses og midlertidig fjernes med gravemaskin eller kranbil dersom de vertikale frontristene går tett eller ikke klarer å ta unna vannmengdene. Etter dialog gjorde Vegvesenet omfattende forbedringer på kulvertinntaket i 2020 som så langt virker å ha hatt en veldig god effekt for å sikre kapasitet og holde vannspeilet på et minimumsnivå, også i flomsituasjoner.

I planforslaget fremkommer det ikke hvordan inntaksrist skal utformes med etablering av en dam. Inntaksrist må dimensjoneres mhp nytt omfang vannspeil og vannmengder, samt sikres gode estetiske kvaliteter. Det vil være nødvendig med tilgang for gravemaskin og lastebil for drift og vedlikehold i sør og øst for inntaksrist slik det er i dag.

Statens Vegvesen bør også uttale seg spesielt om dette kulvertinntaket siden de står som ansvarlig eier.

**Støy:**

Dagens vegetasjon og grøntdrag langs Sognsvannsbekken oppleves som en ekstra støyskjerm og absorberende mot Ring 3. Etablering av vannspeilet vil innskrenke bakkens naturlige absorpsjon og vegetasjon reduseres som støyskjerm.

Det må sikres i bestemmelsene reetablering av tilstrekkelig vegetasjon og/eller støyskjerm langs Ring 3.

Innsyn:

Dagens vegetasjon hindrer innsyn fra gang og sykkelveg til våre boliger og det er viktig at det reetableres tilstrekkelig med vegetasjon mellom gang-og sykkelveg og vannspeil.

Estetisk:

Dersom vannspeilet holdes på dagens elvekote vil det måtte etableres høye støttemurer og bratte skjæringer mot vannspeilet. Dette må vises i snitt og utredes mhp. estetiske kvaliteter. Vi vil også gjøre forslagstillere og PBE oppmerksom på at det er mye som kommer flytende med Sognsvannsbekken; stokker, trær, kvist og en del søppel. Det må tilrettelegges for hyppig rydding dersom en slik dam skal tilføre noe estetisk. På tegningene vises en dyp blå elv som munner ut i en like flott dam. Vi frykter at den nye dammen i virkeligheten vil oppleves som et stort, sort hull hvor søppel, stokker, kvister og annet nedfall i bekkeløpet vil akkumuleres.

Som eksempel mener vi at vannspeilet på motsatt side av ring 3 er et eksempel på dårlig utforming og landskapsarkitektonisk kvalitet. Høye forstøtningsmurer og en inngjerding som er inkonsekvent

løst med forskjellige løsninger for gjerde og rekkverk. Også her samles en del avfall i overflaten. Vanskelig tilkomst gjør at kvist og avfall blir liggende lenge og bidrar til ytterligere forringelse av miljøet.

Det er viktig for oss at vannspeilet som ønskes etablert sikres gode arkitektoniske kvaliteter i bestemmelsene. Det samme gjelder for gangbroen som tenkes etablert over vannspeilet.

Mvh

Halvard Waage

99459421

Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 03.06.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Anleggsfasen

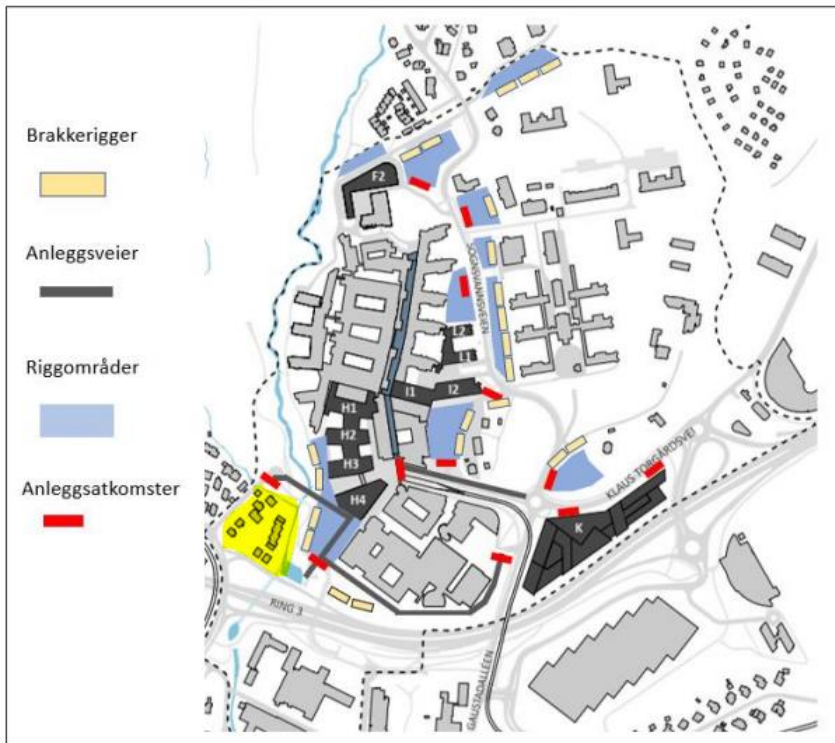
Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021) og tilgjengelige rapporter på saksinnsyn som omhandler rigg og anlegg.

Planlagt hovedriggområde for etappe 1 er illustrert som vist under, med brakkerigger, riggområder og anleggsatkomster tett på våre eiendommer (markert gult). Illustrasjonen viser at våre eiendommer vil være omringet av anleggsarbeider og at det vil prege vårt bomiljø i hele anleggsfasen for etappe 1 som er stipulert til minimum 8 år. I tillegg kommer etappe 2 med et påfølgende minimum 5 års anleggsfase.

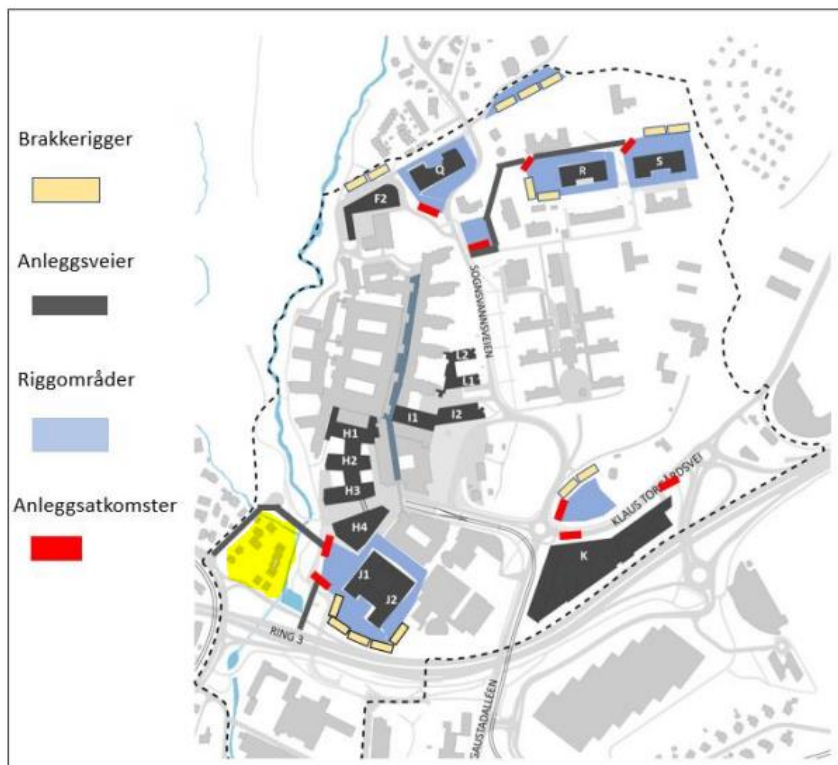
Anleggsfasen vil ha store negative konsekvenser for vårt bomiljø med hensyn på, men ikke uttømmende:

- Sikkerhet, særlig for våre barn som vil frarøves en hel oppvekst
- Belastende anleggstrafikk som totalt omslutter vårt nabolag
- Helsepåvirkning støy
- Helsepåvirkning støv
- Helsepåvirkning visuell støy i form av brakkerigger og byggegjerder av permanent karakter

Det at vi som nærmeste naboer potensielt står ovenfor en anleggsfase på minimum 13 år oppleves som et stort overgrep og kan **ikke aksepteres**.



Figur 10. Overordnet plassering av hovedriggområder etappe 1. Planalternativ 1A. Situasjonen er i hovedsak lik for 1B.

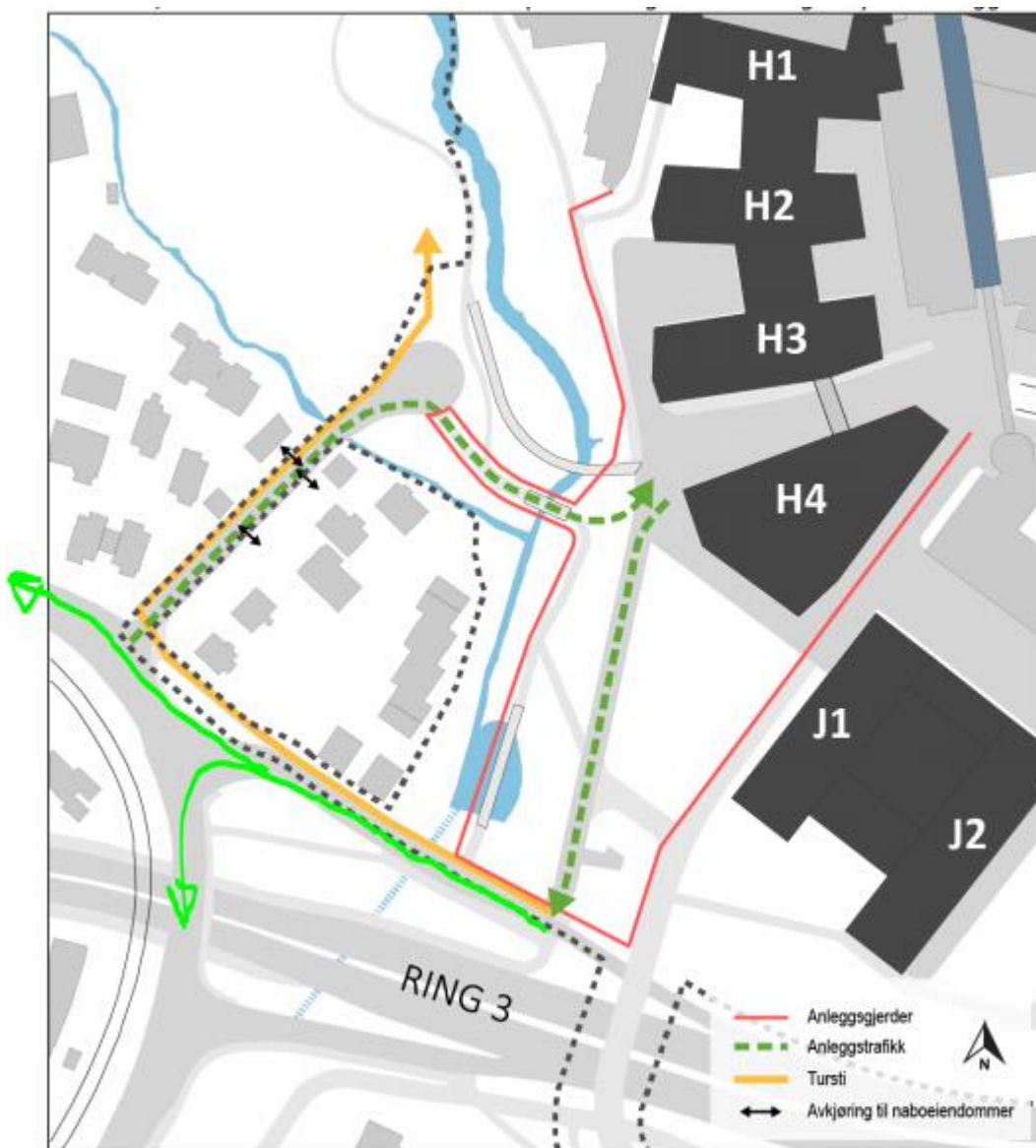


Figur 11 Overordnet plassering av riggområder i etappe 2. Planalternativ 1A. Situasjonen er i hovedsak bli lik for 1B. Situasjonen for utbygging av etappe 2 nord i planområdet (bygning Q, R og S) er lik for alle planalternativene.

Vi vil særlig utdype:

1. Anleggsveier og anleggsadkomster

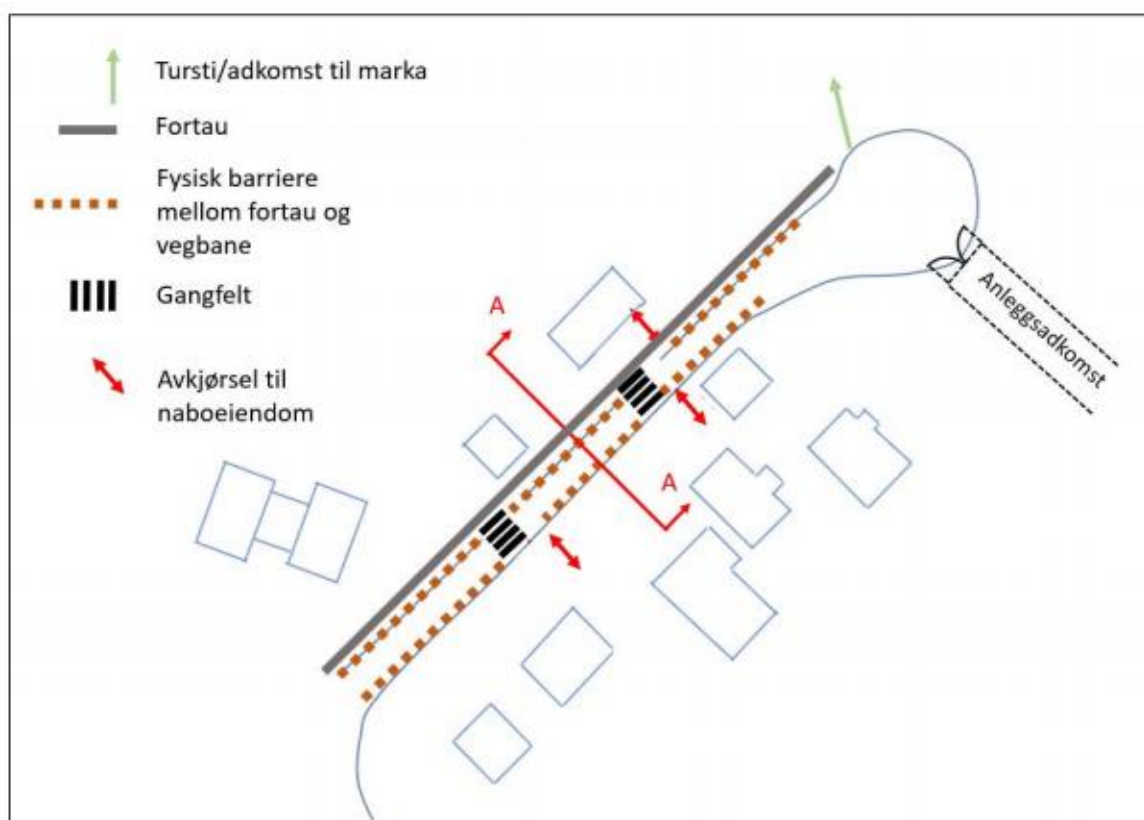
Analysen av anleggsveier og adkomst inneholder ingen realistisk beskrivelse av hvordan anleggstrafikken vil påvirke trafikkbildet. Figur 13 som vurderer anleggstrafikken ved vårt nabolag har ikke inntegnet anleggstrafikken ut på avkjøringsrampen og videre kjøreretning mot Slemdalsveikrysset (se grønne piler under). Det er viktig for oss å understreke dette, fordi det da blir veldig tydelig at vi vil være omringet av anleggstrafikk på alle kanter. Det betyr også at stipulert anleggstrafikk må dobles for trafikken ved Slemdalsveikrysset; både inn- og utkjøring vil akkumuleres her. Vi er overbevist om at veinettet ikke er dimensjonert for dette og at det vil skape uheldige kø-situasjoner med tilhørende støy, forurensing og støv på våre eiendommer.



Figur 13. Forholdet mellom nabobebyggelse i Slemdalsveien og anleggstrafikk over Sognsvannsbekken. I tillegg vises adkomst til Marka via tursti i nordvest.

Det påstås i fagrapporten at de trafikale konsekvensene av anleggstrafikken er uten betydning for fremkommelighet og tilgjengelighet for øvrig trafikk på veisystemet. Dette er en helt uforståelig vurdering og kan **ikke være tilstrekkelig belyst**. I tillegg til ovenstående betraktning om totaltrafikken som oppstår i Slemdalsveikrysset, mener vi at fagrapportene må bevise at anleggstrafikk kan avvikles uten at det vil skape lange køer og trafikkfarlige situasjoner på avkjøringsrampen fra Ring 3. Dette må vises blant annet med sporing av semitrailer/store lastebiler, en vurdering av behov for lysregulering/trafikkvakter, vurdering av forsinkelse i hastighet når en svinger ut av riggområdet osv. Veimyndighetene må uttale seg særskilt om dette.

Fagrapporten gir en feilaktig fremstilling av sikring av myke trafikanter i Slemdalsveien.



Figur 26. Prinsippsskisse med plassering av fysiske barrierer.

Figuren over viser forslagsstillers plan for sikring av myke trafikanter og skjerming av boligeiendommer mot anleggstrafikk. I diagrammet er det utelatt to avkjøringer og en gangvei/avkjøring. Det betyr at skjermingen og sikringen blir langt mer fragmentert og mindre effektiv som både støydemper og som beskyttelse av skole- og barnehagebarn. Det er heller ikke lett å forstå tankegangen i forslaget som indirekte foreslår at utkjøringen fra totalt 21 berørte eiendommer skal gå mot enveiskjørt anleggstrafikk gjennom 8-10, opptil 15 år. Det vil ikke være plass til møtende trafikk med barrierer på begge sider av veien. Det er en lite gjennomtenkt og ikke akseptabel løsning. Barrierene må ikke hindre utsikt for bilfører når man kjører ut fra egen avkjøring. Barrierene må også ha store nok åpninger til svingradius for eks renovasjonsbiler og brannbiler. Forslagsstiller skriver at de kan vurdere trafikkvakter - men det er lite forpliktende f.eks når, hvor, varighet (13 år)? Barna må kunne komme trygt til og fra skole og aktiviteter fra 8 om morgenen til 20 om kvelden gjennom hele anleggsperioden.

I våre øyne foreligger det høy risiko for at Slemdalsveien vil ende opp med å bli primæradkomst til anleggsområdet, og utkjøring på avkjøringsrampen vil bli primærutgang.

ROS for vårt nabolag er ikke tilstrekkelig belyst – særlig hvordan avvikling av anleggstrafikk påvirker våre barns mulighet for trygg utfoldelse og trygg ferdsel skole og fritidsaktiviteter gjennom døgnet.

2. Støy, luft, -og visuell forurensning

Anleggsfasen på dette gigantiske byggeprosjekt har et omfang og en varighet som kan sammenlignes med de største infrastrukturprosjektene. Vi opplever at rapportene i alt for liten grad konkretiserer og eksemplifiserer konsekvensene for oss som nærmeste naboer, med tilhørende avbøtende tiltak. Planforslaget og konsekvensutredningene beskriver ikke vårt nabolag detaljert nok, derfor oppleves også utredningene svært overfladiske. De tilhørende negative miljøeffektene av anleggsfasen oppleves for oss langt mer alvorlig enn hva rapportene formidler. Grenseverdier for både støy og støv vil brytes, særlig i de deler av anleggsområdene som er tilstøtende vårt bomiljø. Derfor finner vi det påfallende at det kun er en samlet vurdering av konsekvensene som presenteres i tabellform.

8.7 Samlet vurdering av konsekvenser i anleggsfasen

Tema	0-alternativet	Planalternativ 1A	Planalternativ 1B	Planalternativ 2A	Planalternativ 2B
Trafikale konsekvenser	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ
Miljømessige konsekvenser	Ubetydelig	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ
Støy	Ubetydelig	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ
Støv og luftforurensning	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ
Rystelser i anleggsfasen	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig
Samlet vurdering	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ

Vi krever at fagrapportene oppsummerer en samlet vurdering isolert for vårt bomiljø tilsvarende tabell over. I tillegg må nedenstående inngående beskrives og om det er avbøtende tiltak som er gode nok. Foreslåtte skjermvegger for lyd ser eksempelvis ikke ut til å ha nevneverdig effekt. Opplevd støy bør også vurderes mot rene teoretiske dB-øvelser.

- Svevestøv innendørs
- Svevestøv på uteareal
- Åpne/lukkede vinduer
- Gjærme og støv på gang- og kjøreveier
- Behov for husvask ute/inne
- Bilvask
- Visuell støy mhp. utsikt/innsyn til/fra brakkerigger og anleggsområde
- Lysforurensning fra lysmaster
- Rystelser

3. Byggegjerd og brakkerigger

Anleggsperioden strekker seg over mange år og gi store konsekvenser for våre omgivelser.

Vi mener derfor at konsekvensutredningen må redegjøre for følgende:

- Omfang byggegjerd og andre sikringstiltak må synliggjøres på plantegning.
- Brakkerigger, byggegjerd og sikringstiltak tett på våre eiendommer over en så lang tid må vurderes med hensyn på estetiske kvaliteter og må byggemeldes som permanente bygninger.
- Brakkerigger tett på våre hus må vises i snitt og visualiseres med standpunkt fra våre eiendommer slik at vi får et bilde av volum og høyder. Vi skjønner at omfang/plassering brakkerigg vil kunne endre seg i en anleggsfase, men det er ønskelig at en visualiserer en mulig situasjon. Omfang, etasjer, lengde, høyde må også beskrives i tekst. Snakker vi om en rigg i størrelsesorden rigger på Nasjonalmuseet?

4. Midlertidig helikopterplass

Utredning av midlertidig helikopterplass er holdt utenfor regulerings-saken. Dette medfører at totalkonsekvensene for anleggsfasen ikke blir tilstrekkelig belyst og at vi uttaler oss på ufullstendig saksgrunnlag. For anleggsfasen må det f.eks utredes følgende:

- Helikopterstøy isolert sett på våre boliger og uteoppholdsarealer og som sumstøy inkludert anleggsstøy.
- Vurdering av inn-og utflygningskorridor med hensyn på vårt bomiljø.
- Konsekvenser av bygningsmessige og avbøtende tiltak på våre boliger
- Vurdering av inn-og utflygningskorridor med hensyn anleggsområde (downwash) og byggekraner
- Konsekvens av midlertidig plattforms plassering og dagslys/utsyn i pasientrom og rom for varig opphold.

Avslutningsvis må det bemerkes en stor bekymring knyttet til konsekvensene for natur og dyreliv. Rystelser og grunnvannssenking kan få store konsekvenser for de høye og sårbare trærne som står langs Sognsvannsbekken. Flere trær har falt i vindkast siste årene og vi frykter at anleggsfasen vil ha stor negativ innvirkning på trærnes rotfeste og stabilitet – med fare for nedfall på våre boliger og mennesker som oppholder seg ved disse

Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 06.06.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Eieropplysninger og grenser

Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021).


I planforslagets beskrivelse kap 3.2 Eieropplysninger er ingen av våre eiendommer i Slemdalsveien 89 A-H oppført da vi blir liggende som en enklave i planområdet.


Slemdalsveien 89A-H er eiere av følgende eiendommer:

- Slemdalsveien 89A: 41/923
- Slemdalsveien 89B: 41/924
- Slemdalsveien 89C: 41/925
- Slemdalsveien 89D: 41/926
- Slemdalsveien 89E: 41/927
- Slemdalsveien 89F: 41/928
- Slemdalsveien 89G: 41/929
- Slemdalsveien 89H: 41/930

I tillegg har alle ovenstående eiendommer en ideell 1/8 eierandel i våre fellesområder definert som 41/939. I en egen uttalelse (se post.nr 381) har vi allerede bemerket at det på plankart er inntegnet gang-/sykkelvei sør for våre garasjer og tilsynelatende over vår eiendomsgrense på 41/939.

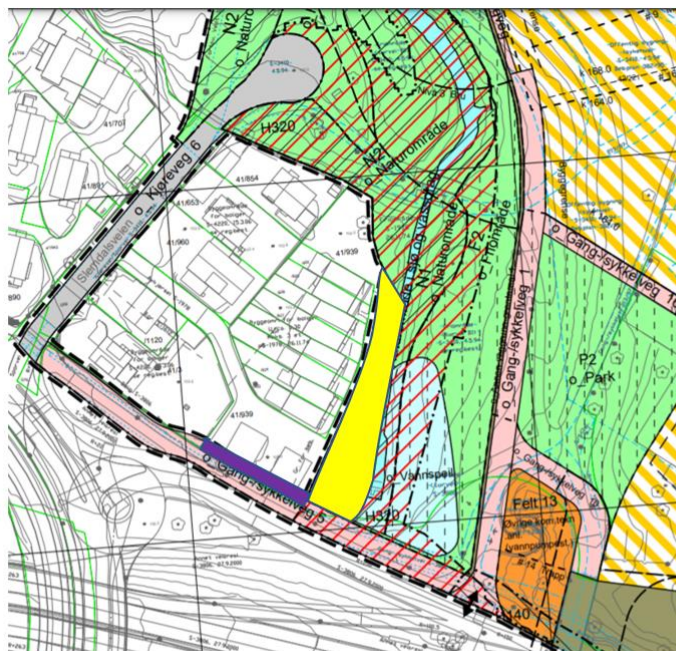
Vi registrerer også at planavgrensingen inkluderer 41/941 hvor vårt boområde også står oppført som rettighetshavere til eiendomsrett.

 Del av 41-939 som er omfattet av omregulering til sykkelvei.

 41-941 som er omfattet av omregulering.

41-941 eies av Slemdalsveien 89 A-H og er i dag vist som friområde på kommunens kart, og del av reguleringsplan S-1978. I de nye planene er 41/941 omregulert til naturområde.

Bygging av sykkelvei på 41/939 er tegnet slik at sykkelveien berører garasjeveggene. Med fundamentering og støttemurer kan vi ikke se hvordan det skal gjøres uten å måtte rive eksisterende garasjer.



Våre eiendommer er med andre ord direkte berørt av detaljreguleringen uten at vi er oppført korrekt under eieropplysninger. Vi savner også en direkte dialog om hvilke rettigheter vi har og hvilke konsekvenser dette får for oss.

Vi finner det også underlig, sett i lys av det totale konsekvensbildet for vårt bomiljø, at vi ikke er en del av planområdet.

Følgende må beskrives nærmere:

- Juridiske konsekvenser for våre eiendommer
- Juridiske grenser mot våre eiendommer
- Vurdering av hvorfor vi holdes utenfor planavgrensningen og hvilke rettigheter vi har som innlemmet VS holdt utenfor.

Grunnboksinformasjon fra Statens kartverk

Data uthentet: 04.06.2021 kl. 15.25

Oppdatert per: 04.06.2021 kl. 15.25

Kommune: 0301 OSLO

Gnr: 41 Bnr: 939

Grunnboksinformasjon

HJEMMELSOPLYSNINGER

Rettighetshavere til eiendomsrett

0/912372-1/105

OPPRETTELSE AV REALSAMEIE

KNR:0301 GNR:41 BNR:923

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:924

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:925

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:926

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:927

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:928

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:929

IDEELL: 1/8

KNR:0301 GNR:41 BNR:930

IDEELL: 1/8

Grunnboksinformasjon fra Statens kartverk

Data uthentet: 04.06.2021 kl. 15.29

Oppdatert per: 04.06.2021 kl. 15.28

Kommune: 0301 OSLO

Gnr: 41 Bnr: 941

Grunnboksinformasjon

HJEMMELSOPLYSNINGER

Rettighetshavere til eiendomsrett

1994/27295-1/105

HJEMMEL TIL EIENDOMSRETT

30.05.1994

VEDERLAG: NOK 20 000

EIERNE AV GNR 41 BNR 939

LØPENR: 1178380

Rambøll AS
Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Helse Sør Øst / Sykehusbygg

Oslo, 06.06.2021

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn

Merknader – Tomt, bygningsvolum og hovedgrepets konsekvenser for vårt boligområde

Vi viser til planforslag til offentlig ettersyn (Saksdok.321 / 26.03.2021). Som nærmeste naboer er vi meget kritiske til foreliggende detaljregulering, med sitt hovedgrep og tomteutnyttelse. Vi frykter at den planlagte bygningsmassen og det nye programinnholdet vil påføre oss naboer ikke-akseptable negative konsekvenser. Konsekvensbildet for oss naboer må sees samlet og vi har allerede uttalt oss om blant annet:

- Eierforhold og juridiske grenser
- Medvirkning
- Helsekonsekvenser
- Bekymring for barns oppvekstvilkår
- Anleggsfasen
- Helikopterstøy
- Midlertidig landingsplattform

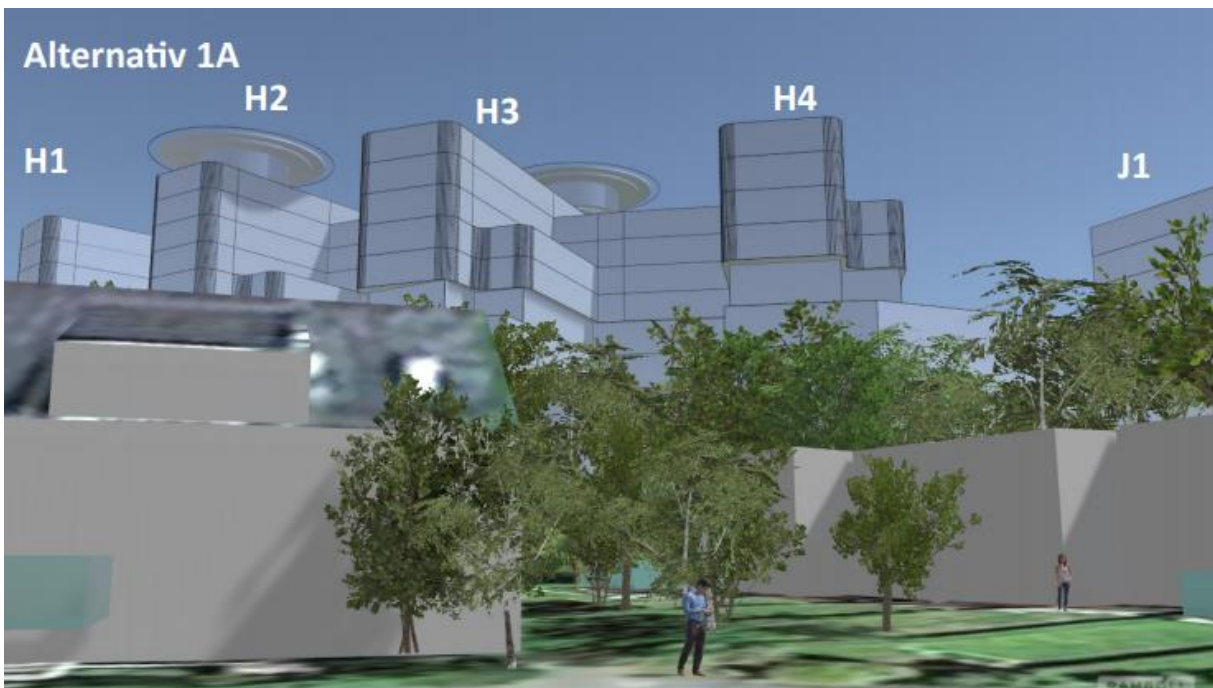
I tillegg vil vi bemerke:

Tomt, bygningsvolum og terrenginngrep

Sykehustomten faller bratt mot bekkedraget og våre eiendommer i vest og mot Ring 3 sydøst for Gaustad sykehus. Forslagets kamstruktur plassert i vest med tilhørende terrengfall mot Sognsvannsbekken og våre eiendommer danner et dominerende og fremmed totalvolum. Vi er sterkt imot forslagets byggehøyder og mener opplevd høyde forsterkes av nødvendige støttemurer mot Sognsvannsbekken og det generelle terrengfallet.

H-blokkene planlegges med byggehøyde på 55 meter. De skal plasseres på et platå som ligger ca 10 meter høyere enn våre eiendommer og øvrige omgivelser på sørsiden. På toppen skal det i tillegg bygges to store helikopterlandingsplattformer, med antatt byggehøyde på 5 meter eller mer.

Fra våre eiendommer og nærliggende omgivelser vil opplevelsen av denne kolossen være absolutt brutal der toppen vil rage over 70 meter høyere enn vårt bomiljø. Bygningene sprenger fullstendig skalaen i området.



Omfanget av støttemurer og terrengbearbeiding vil endre grøntdragets karakter og vi er bekymret for om naturverdier vil være tilstrekkelig ivaretatt. Det foreligger høy risiko for at tilstøtende natur av høy verdi må lide mer enn det som kommer frem i fagrappporter. For oss som nærmeste naboer er vi også bekymret for om estetiske kvaliteter med så store utfyllinger og støttemurer sikres tilstrekkelig i bestemmelsene – da også med hensyn på skjøtsel og drift i all fremtid.

Ambulanseadkomst

Pasientmottaket er planlagt i underetasjen mot Sognsvannsbekken. Ambulansene er planlagt å skulle kjøre av Ring 3 i Universitetskrysset, via to rundkjøringer i Klaus Torgårds vei sammen med all annen trafikk til sykehuset, krysse trikketraséen og det nye adkomsttorget og gå sammen med turveien gjennom Markaporten, falle 5 m ned en bratt bakke for så å svinge brått til høyre og følge turveien på østsiden av bekken frem til pasientmottaket. Ambulansetrafikk er med andre ord meget utsatt for uforutsette hindringer på en kronglete og uhensiktsmessig trase fra Ring 3.

Vi er bekymret for om ambulanselogistikk er tilstrekkelig realitetsbehandlet i fagrapportene og at det er høy risiko for at turveien (som er angitt som nødadkomst) i grøntdraget mellom våre boliger i vest og nye sykehusbygg vil ende opp som primæradkomst til pasientmottaket med tilhørende negative konsekvenser for sikkerhet og støy.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.05.2021 kl.16:33
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXBZ
Innsendt av: Paul Hofseth
E-postadresse: paul@hofseth.co
Mobilnummer: 90890521

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

ph 22.04.21

Merknader til sak 201704683, rikshospitaltomten på Gaustad.

På bakgrunn av de aktuelle epidemierfaringene er planenes vekt på sengeplassreserve samt plasseringen ved siden av Universitets betydelige analyse og forskningskapasitet høyst relevant. (Selv om man unnlot å benytte seg av UiOs analysekapasitet i denne omgangen vil fremtidig beredskap dra nytte av samlokaliseringen).

Merknadene mine er basert på mangeårlig erfaring som bruker av nærområdet; Gaustadjordene, som start og slutt punkt for tur sommer og vinter. I så måte dominerer de praktiske aspektene fremfor de estetiske med tilgangen til marka som viktigste element.

Planutkastenes vekt på å beholde Gaustadanleggets grøntområder er viktig og prisverdig. Arealutnyttelsen virker derimot lite gjennomtenkt med mange etasjer over bakken slik som i bygg H-1 der femte etasje betegnes som teknisk ,mellometasje istedenfor å legge absolutt all virksomhet som idag ikke trenger noen vinduer som f.x. auditorier, operasjonsaler, tekniske rom og lagerrom og hele bygg nr.2(teknisk) i mange etasjer under bakken istedenfor oppover, En slik reform vil kunne gi betydelig mer nyttbart areal uten å sjenere noen med stygge og dominerende bygninger der for eksempel mange butikkbygg isentrum overhodet ikke benytter vinduer til utsyn .

Når det søndre gaustadjordet nå blir bebygget av Universitetets livsvitenskapsbygg blir sti og løype over jordet til den eksisterende ring 3-broen ved endepunktet for mest praktiske løype ned fra Sognsvann ufremkommelig Dette gjør bygging av planlagt bro over ring 3 for turvei B5 ved Domus Athletica ekstra viktig. Man må regne med betydelig gangtrafikk fra andre enn turgåere på grunn av fremtidig samarbeid mellom Livsvitenskapsbygget og sykehuset, samt av studenter fra studentbyene nordenfor. Dette gjør gang- og sykkel forbindelsene



ekstra viktige.

Turveibro B5er fortsatt en like viktig sak som dengangen rikshospitalet ble bygget og den var del av rekkefølgebestemmelsene. Den er prisverdig nok nevnt i PBEs forslag, Forrige gang snek Statsbygg seg unna forpliktelsene via stadige tvilsomt begrunnede utsettelse, Gjennomføringen nå må derfor kontrolleres langt bedre enn forrige gang.

Turveibro fremfor undergang er spesielt viktig for friluftslivet vinterstid. Som byens planleggere trolig har lagt merke til, sner det sjelden under ring 3 slik at turvei via den eksisterende undergangen er ubrukelig for skiløpere. I tillegg må man jo også krysse to nokså trafikkerte veier noe som hverken er bra for fotgjengere eller skiløpere.

Mht. Støyvurderingene bør man tenke over om standardregleverket for støy er tjenlig for et sykehus. Man bør ta hensyn til at trafikkstøyen fra Ring 3 har betydelige lavfrekvente komponenter som er helsemessig relevant og som kjent ikke registreres ved å måle dBA (som veies ihht Fletcher- Munson kurvene) . Støysonene som utbygger viser blir dermed mindre relevante. Innflyvningssonene for helikopter kan med fordel legges mer nordfra slik at byens innbyggere blir minst mulig berørt.

Argumentasjonen som vil medføre bruk av betydelige summer på anlegg av toogethalvtusen parkeringsplasser er betydelig mer anekdotisk enn resten av planprogrammets vurderinger og vil bidra til økt lokaltrafikk.. Tallfesting av estimat for nødvendg bruk mangler og bør omfatte empiri for antall ansatte og besøkende som i dagens situasjon ikke kan ventes å benytte seg av det som må regnes som att av landets beste kollektivtilbud. Ansatte som vil insistere på slik offentlig subsidiering av arbeidsreiser bør kunne få valget mellom parkeringsplass eller økonomisk tilsvarende bidrag til reisekort med Ruters transportmidler. Anleggelse av de parkeringsplassene man måtte finne nødvendige bør som foreslått for felt nr.25 legges under bakkenivå.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.12:54
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXMZ
Innsendt av: Eldbjørg Haug
E-postadresse: eldbjorg.haug@uib.no
Mobilnummer: 92230811

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Jeg er fornøyd med at de planlagte byggene skal få grønne tak, selv om vedlikeholdet antakelig vil bli dyrere enn med konvensjonelle tak.

Jeg slutter meg også til at Radiumhospitalet og Gaustad sykehus skal fortsette. Planen kan innebære at velferdsbygget på Gaustad sykehus dras inn under Rikshospitalet. Det må sikres at pasientene på Gaustad også i fortsettelsen har førsteretten i bygget fordi aktivitetene der er viktige i behandlingen av psykisk syke.

Som en av de nærmeste naboene til Rikshospitalet ser jeg store problemer med adkomsten til det nye sykehuset, både i anleggsperioden og når sykehuset står ferdig. 100 nye parkeringsplasser for sykkel er bra, men kapasiteten for et underjordisk parkeringsanlegg mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet er uklar. Allerede i dag er veien (og gangveien) vest for Sognsvannbekken tett av ansattes biler.

Som nabo motsetter jeg meg at sykehuset skal bygges høyere enn 42 m. Tomta er for liten for alle byggene som skal plasseres. Dette, i tillegg til helikoptertrafikken, vil føre til sterk lokal vind, jfr. vindforholdene i Chicago.

Det planlagte sykehusanlegget har for liten tomt og blir dermed ikke fleksibelt nok. Man kan ikke regne med større effektivitet i spesialistbehandlingen. Sykehuset er planlagt med for få sengeplasser. Hvis det skal overta Ullevåls akuttfunksjon, vil man måtte kjøpe tjenester fra private for å oppfylle ventelistegarantien. De økonomiske beregningene som planen bygger på, tar ikke høyde for dette, jfr. problemene på Ahus.

Jeg ser med gru fram til en anleggsperiode på ca. 10 år som vil berøre hele nabolaget. Det må settes opp anleggsbrakker under utbyggingen. Plasseringen er ikke diskutert i det tilsendte høringsutkastet, men det er grunn til å tro at brakkene vil bli satt opp i friområdet vest for Sognsvannsbekken. Dette må avklares fordi det vil medføre sterk belastning på naboskapet og turveien fra veien vest for bekken i anleggsperioden.

Jeg slutter meg forøvrig til betenkelighetene vedrørende sykehusplasser i forhold til befolkningsutviklingen, finansieringen av prosjektet og behovet for å beholde Ullevål sykehus. Jeg viser i den forbindelse til den offentlige diskusjonen om sykehusutbyggingen i Oslo.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.14:16
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NVRZ
Innsendt av: Tone Vibeke Engh
E-postadresse: vibeke.engh@gmail.com
Mobilnummer: 97533289

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er svært betenkt over planene på Gaustad. Som det allerede er påpekt ved flere anledninger, er tomten for liten. Derfor må det bygges i høyden. Det nåværende nye RH ligger fint inn i terrenget og er i harmoni med Gaustad. Blokker på 20 etasjer vil ødelegge denne estetikken. Hva med smittevern og brannvern? Jeg er også betenkt med tanke på nærhet til Marka og Sognsvannbekken. Trafikkbelastningen blir stor, det er bare en måte å komme til RH på. Det er endel bebyggelse i nærheten, og det er betenkelig at folk anmodes om å flytte. Ullevål tomten er regulert til sykehusformål og er stor nok til utvidelse. Et annet aspekt er at nyere bygningsmasse må rives for at nytt skal bygges. Hvordan harmonerer det med kommunens miljø- og klimapolitikk? Som beboer i Vestre Aker er jeg sterkt i mot monstersykehuset på Gaustad, og det er for ubegripelig at HSØ tror dette lar seg gjennomføre. Jeg anbefaler at Oslo kommune sier nei til byggeplanene

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.15:20
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXNZ
Innsendt av: Stein Hemma
E-postadresse: sthemma@hotmail.com
Mobilnummer: 90678585

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

- Turstien og terrenget langs Sognsvannsbekken vil bli truet og forringet i byggeperioden.
- Den nye høyhusene vil bli særs sjenerende for småhusbebyggelsen like ved.
- Kulturminnene på vil Gaustad står i fare for å ikke bli tilfredsstillende ivaretatt.
- Økt trafikk og nye avlastningsveier vil påvirke store deler av nærmiljøet.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.19:58
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXPZ
Innsendt av: Ingvild Ørpen
E-postadresse: i-oerpen@online.no
Mobilnummer: 91187814

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Det er trist å se hvordan politikere nekter å høre på fagfolk og presser gjennom et gigantsykehus på en altfor liten tomt. Et sykehus alle vet er altfor lite før første spadetak er satt, og da på en tomt hvor det er absolutt ingen mulighet til å utvide.

Gaustad ligger inntil markagrensen. Og er et område hvor beboere, barnehagebarn og skolebarn fra Frøen, Vinderen, Slemdal, Majorstuen og Skøyen har sitt rekreasjonsområde og turområde. Et sted hvor det er yrende plante- og dyreliv.

Området der Ullevål sykehus ligger er mer enn stort nok, flat tomt, og mulighet til trinnvis bygging. Tomten ble opprinnelig gitt til Oslo kommune for å sikre innbyggere i Oslo kommune helsetjeneste. Det er en skam at man selger Ullevål tomten og bygger et for lite gigant sykehus i høyden på Gaustad. Her er det hverken det beste for innbyggerne i Oslo, eller resten av landet som styrer avgjørelsene. Her er det helt andre og sannsynlige økonomiske motiv som trekker. Jeg håper norske politikere har baller nok til å stanse denne galskapen som kommer til å bli stående som en skamplott i norsk historie.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.05.2021 kl.20:45
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NVWZ
Innsendt av: Marion Elaine O'farrell
E-postadresse: marion.ofarrell@sintef.no
Mobilnummer: 92027654

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Beboerne på Slemdalsveien 87-89 presenterte sine bekymringer relaterte til planlagte sykehus på Gaustad i åpen halvtimen på møtet i Vestre Aker bydelsutvalget, torsdag 06.05.21. Det som er skissert i planforslag skaper mye stress for beboerne og risikoen for negative helsepåvirkninger i fremtiden er reell. En gjennomgang av hvorfor det skaper så mye stress finnes i vedlagte presentasjonen.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Vestre Aker Bydel møtet 06.05.21_Slemdalsveien.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

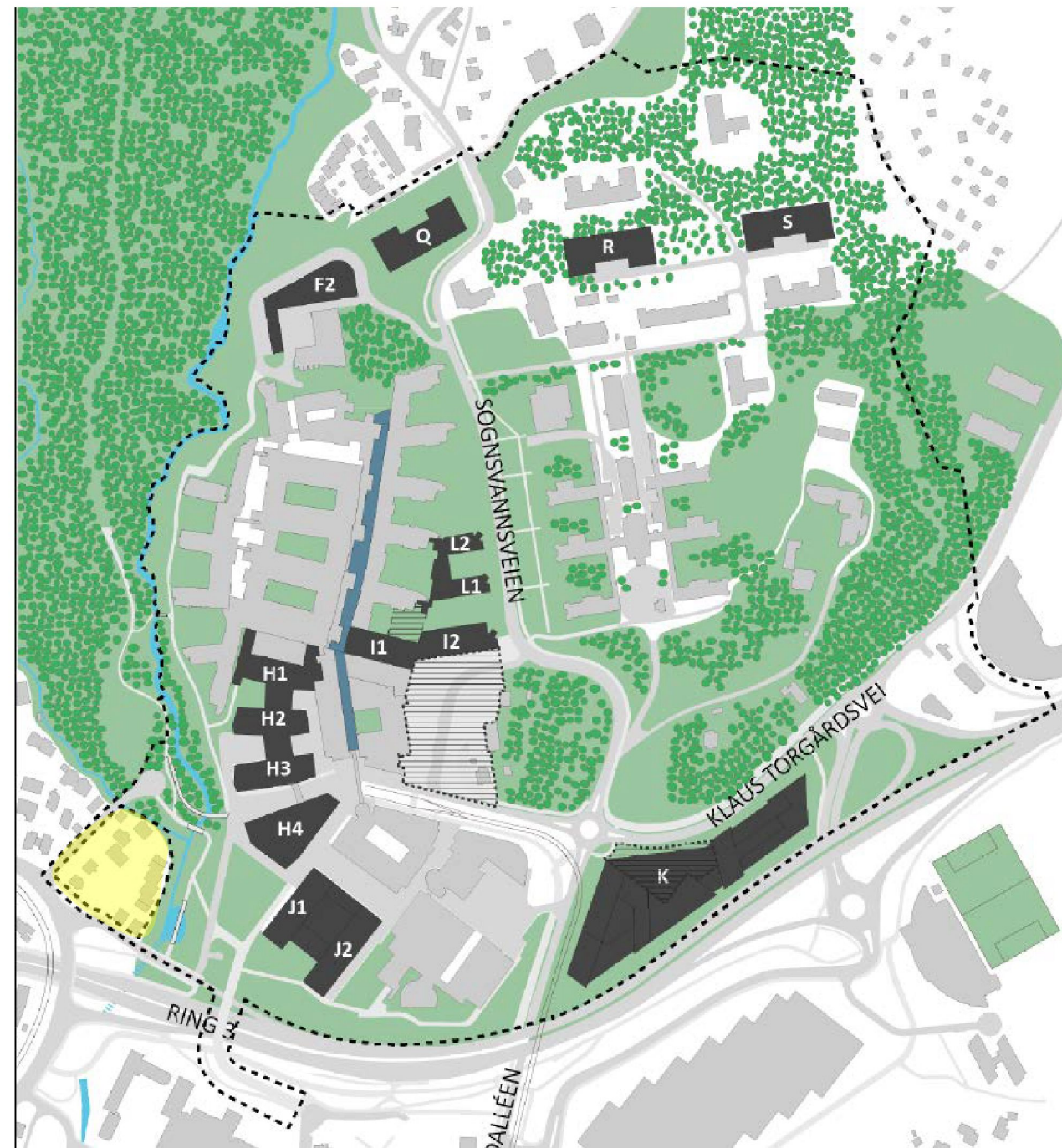
Det nye Gaustad sykehuset

Lokale påvirkninger i Vestre Aker

Møte i Vestre Akers bydelsutvalg, Torsdag 06. mai 2021

Representanter fra Slemdalsveien 89A-H, Slemdalsveien 87A, Slemdalsveien 87B, Slemdalsveien 89J, Slemdalsveien 89K, Slemdalsveien 89L

Presentert av Marion O'Farrell (89H)



Alternativ 1A

H1

H2

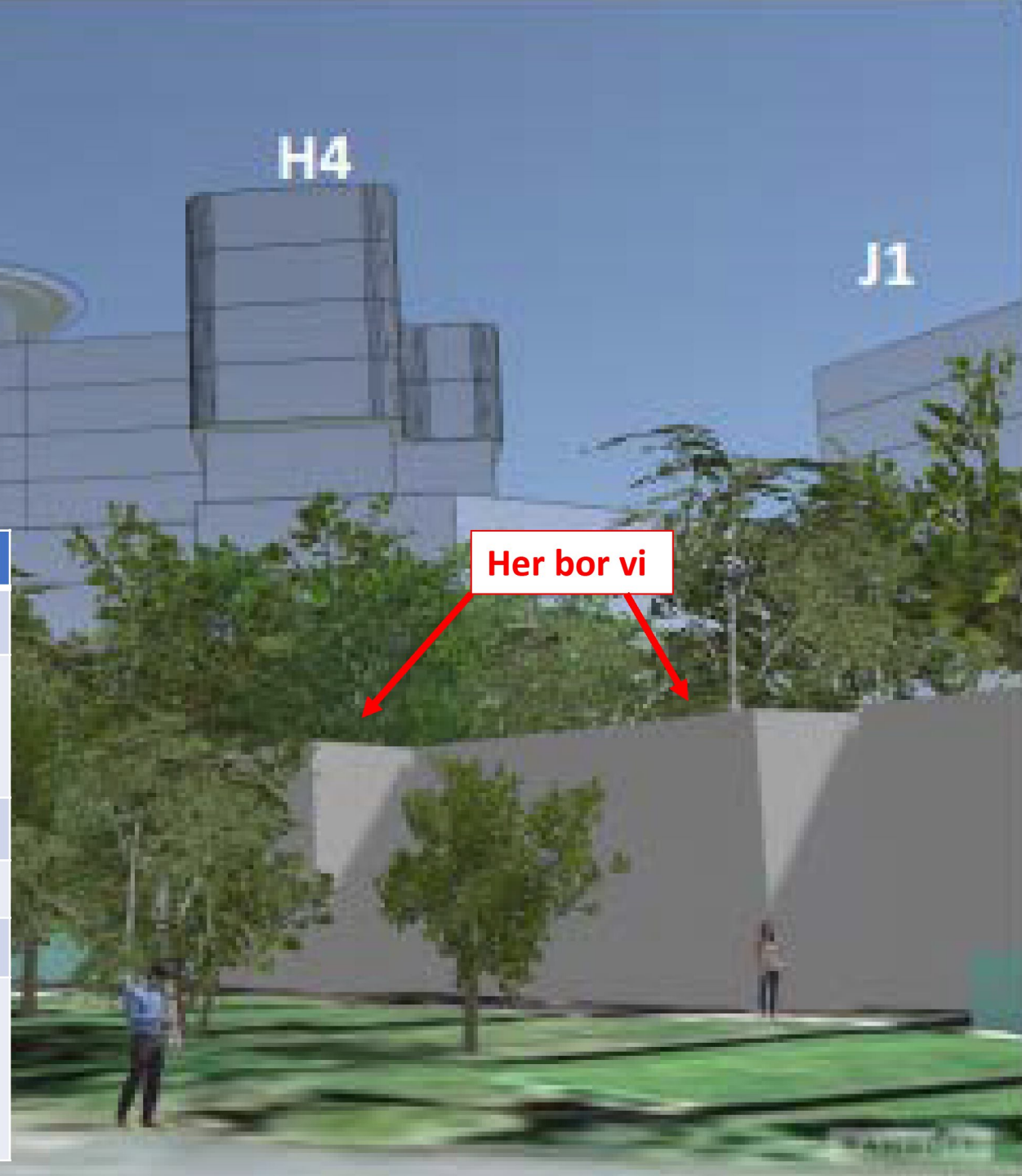
H3

H4

J1

Punkt	Status
Anleggstrafikk	Fortsatt veldig krevende for oss
Brakkeriggen	En forbedring er at de har flyttet de planlagte riggene i Gaustad skogen, men de vil fortsatt plassere brakkeriggen rett ved siden av bekken foran oss
Riving	Fortsatt veldig krevende for oss
Støy	Fortsatt veldig krevende for oss
Støv	Fortsatt veldig krevende for oss
Midlertidig helikopter-landingsplass	Fortsatt ikke behandlet som en del av reguleringsplan – ny bekymrende dokumentasjon fra bl.a NRK

Her bor vi



Uttalelsene våre

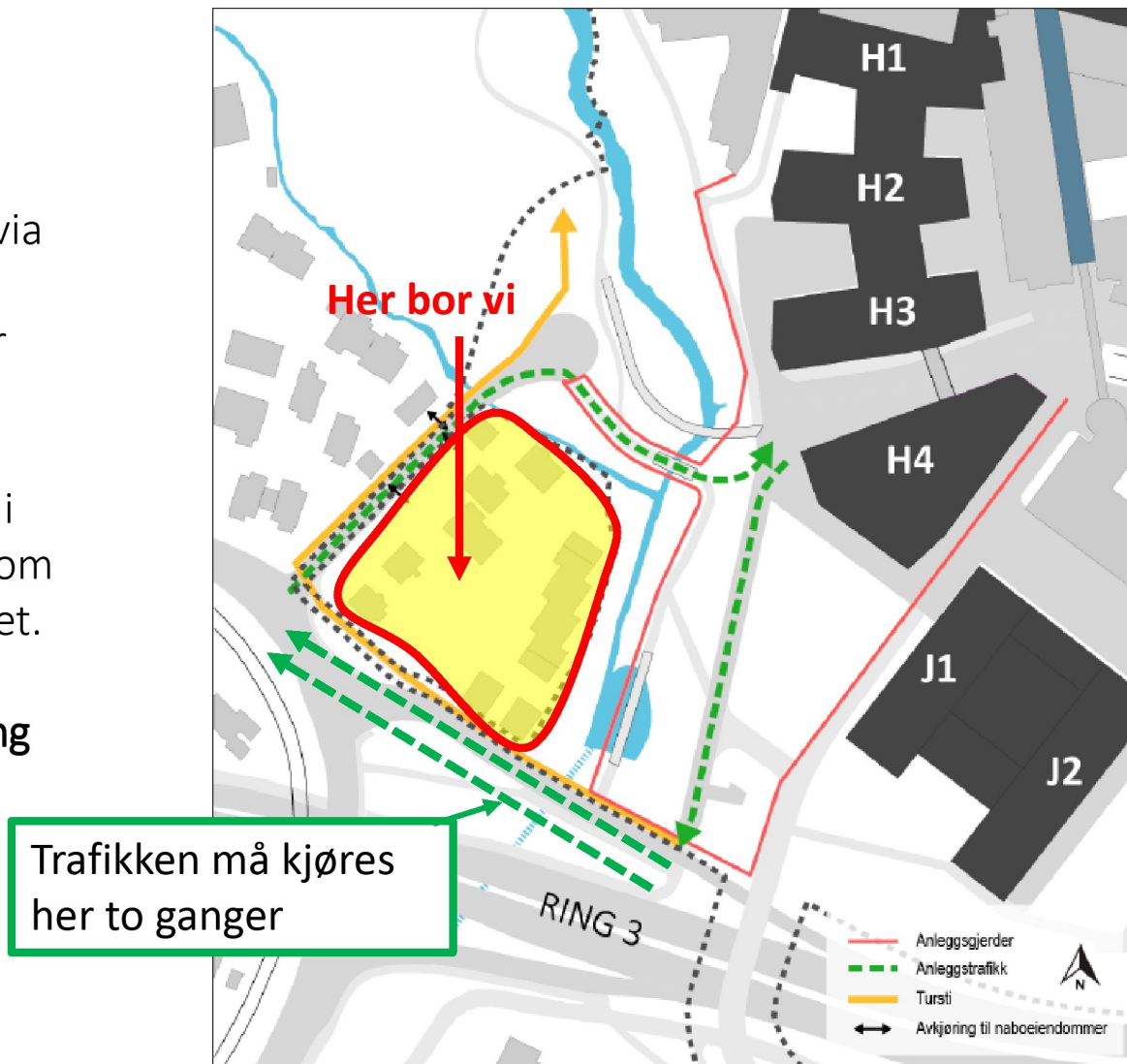
Sak	Saksdokumentene fra naboene (saksnummer 201704683)
Anleggsfasen og brakkerigger	174, 204, 234, en på vei
Barn, oppvekstvilkår og friområder	173, 376
Støy & Helikopter	180, 187, 199, 202, 204, 208, 223, 246, 277, 279, 307, 308, 316, 323, 324, 334,344
Alternativ formål for tomten vår	174 & 171
Endring av reguleringsgrensen	174, en på vei
Uttalelse om nærvirkninger	177
Referat fra orienteringsmøte PBE	189
Vannspeilet i bekken	En på vei
Helsekonsekvensutredning	To på vei

Anleggstrafikk

Skrevet av PBE i planforslaget:

I forbindelse med behovet for adkomst til byggeplass via Slemdalsveien, er situasjonen for nabobebyggelsen i Slemdalsveien **vurdert spesielt**. (Prinsippet vises i Figur 130)

Støy og trafikk i anleggsfasen vil særlig påvirke boliger i Slemdalsveien 87-89, blant annet på grunn av forslag om en anleggsadkomst i offentlig vei gjennom boligområdet. Slik forslaget foreligger mener vi at HSØ må **vurdere midlertidige erstatningsboliger eller tilbud om innløsning av de mest berørte boligene**.



Figur 130 Forholdet mellom nabobebyggelse i Slemdalsveien og anleggstrafikk i Sognsvannsbekken. Figuren viser også adkomst til Marka via tursti i nordvest

Trafikk per time i anleggsfasen i Vestre Aker

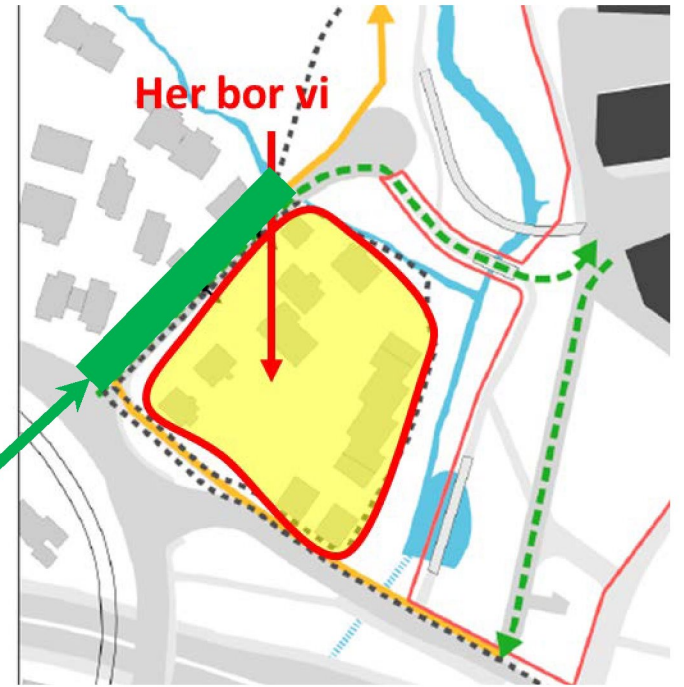
Tabell 2 Oppstilling av trafikk generert av anleggsaktivitet pr. år fra 2022 til 2030

År	Antall bilbevegelser pr. time	Tiltak
2022-2023	30-70	Riving, omlegging veier, grunnarbeider, betongarbeider
2024-2025	5-30	Betongarbeider, tilbakefylling, tak- og fasademontasje
2026-2030	3-15	Tak- og fasademontasje, innredning- og teknisk montasje, opparbeidelse av utomhus

I tillegg kommer trafikk til og fra brakkerigg og anleggsområdet; renholdspersonale, diverse funksjonærer, rådgivere, arkitekter, leverandørrepresentanter osv.

-Vi tror ikke på at alle som skal til/fra Norges største byggeplass vil reise kollektivt.

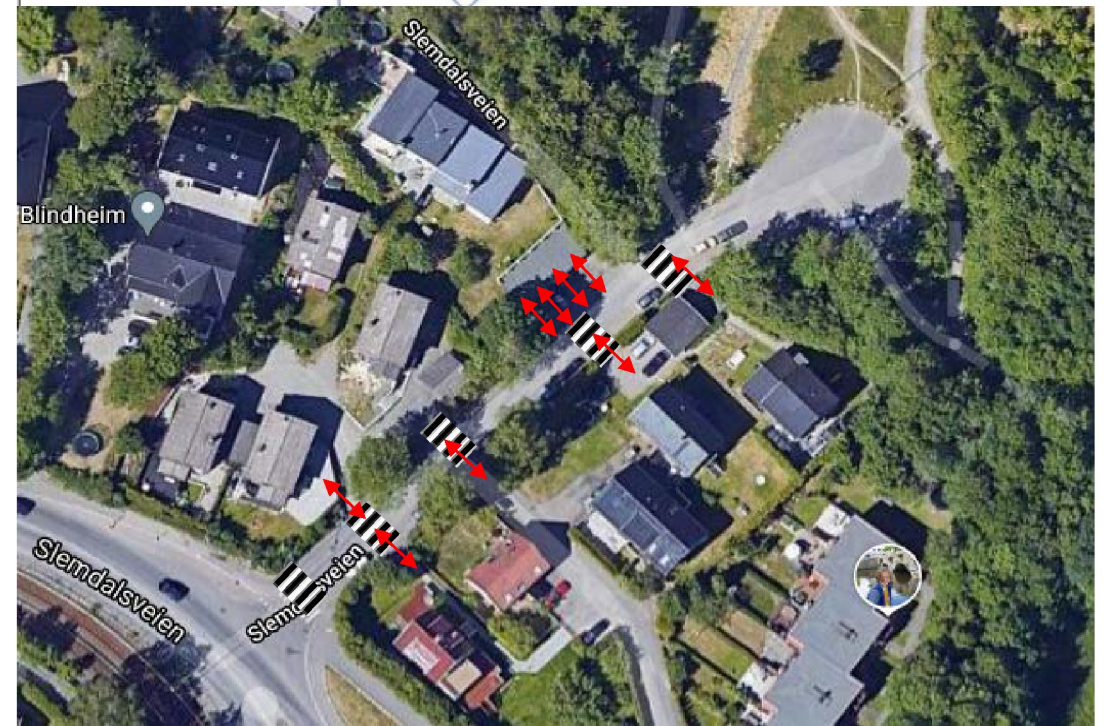
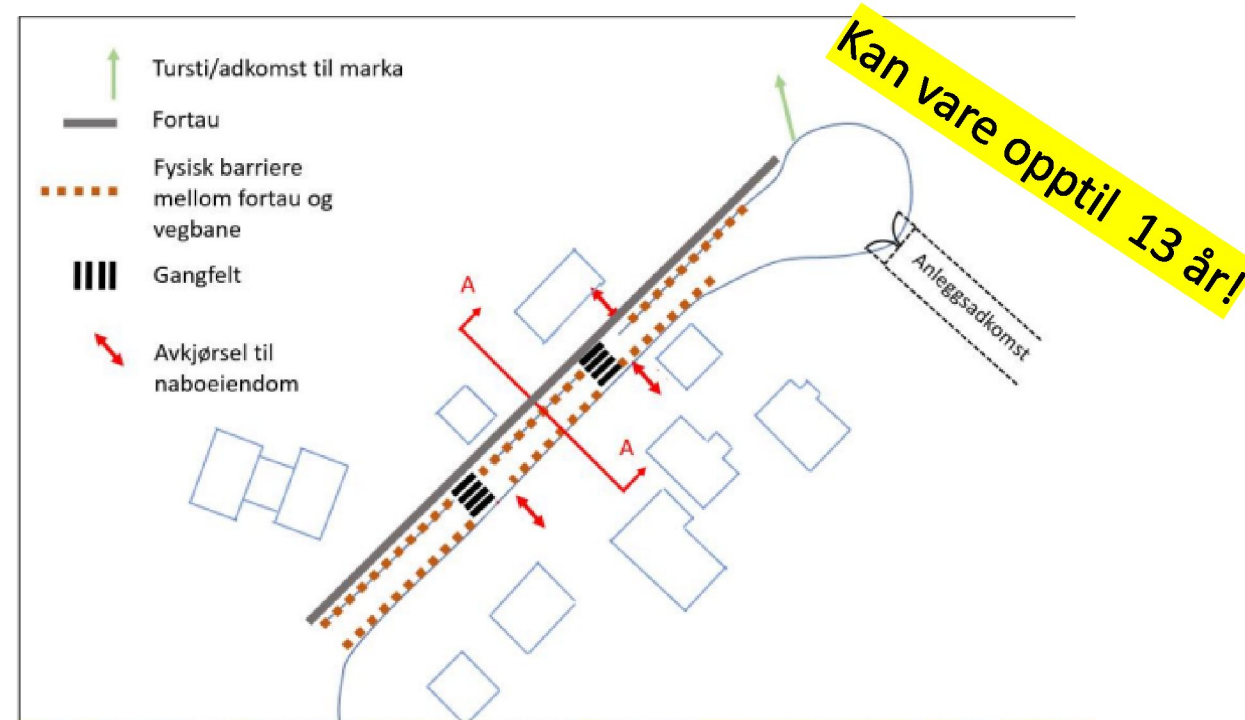
Hvor blir anleggstrafikken?



Forslagstiller sier: Det er etablert et fortau på vestsiden av veien der det er tilstrekkelig areal til etablering av en adskilt gangsone som kan separeres fra veiarealet med fysiske barrierer. Fysiske barrierer kan være gjerder eller tung veisikring (jersey steiner)

Anleggstrafikk

- Det mangler mange **avkjørsler og gangfelter** i nyeste tegningen (øverst) i rapport anleggsfasen. Det vil gjøre de planlagte barrierene mer fragmentert og mindre effektive
- Forslagsstiller skriver at de *kan* vurdere trafikkvakter - men det er lite forpliktende f.eks når, hvor, varighet (13 år)? **Barna må kunne komme trygt til og fra skole og aktiviteter** fra 8:00 om morgenen til 20:00 om kvelden gjennom hele anleggsperioden.
- Det er planlagt enveistrafikk. Hvordan skal det fungere for de 21 husene som bruker veien?
- Det er bare en fortau på den ene siden. Når det er så mye trafikk, er det tryggere å ha ett hovedgangfelt (gjerne med trafikklys i tillegg) og fortau på hver side, men det ikke plass til det. Majoriten av beboerne som har denne atkomsten bor på siden uten fortau.



Barn og Unge

I rapport anleggsfasen, nevnes det barn i bare en paragraf (8.2.2) om riggområdene mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Det er skrevet **INGENTING** om barna i 87-89 Slemdalsveien.

Fra PBE om 87-89 Slemdalsveien. : Forslaget har negative konsekvenser i en lang anleggsfase med anleggsatkomst gjennom boligområde. HSØ bør vurdere midlertidige erstatningsboliger for de mest utsatte boligene.

Fra RPR

Krav til den kommunale planleggingsprosessen

Kommunen skal:

- a) Vurdere konsekvenser for barn og unge i plan- og byggesaksbehandlingen etter plan- og bygningsloven.
- b) Foreta en samlet vurdering av barn og unges oppvekstmiljø for å innarbeide mål og tiltak i kommuneplanarbeidet.

Krav til fysisk utforming

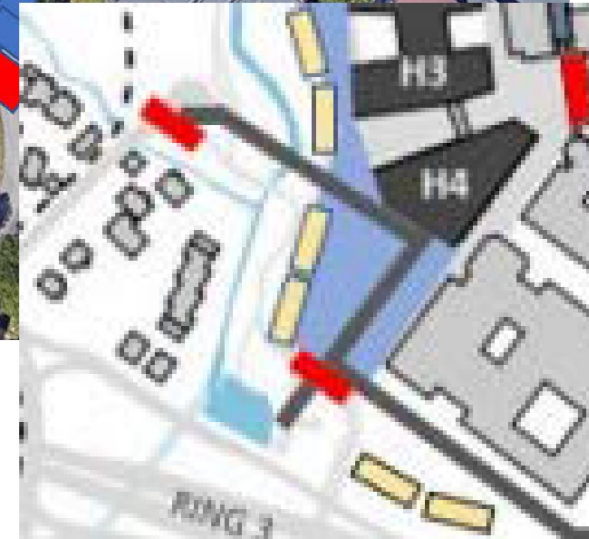
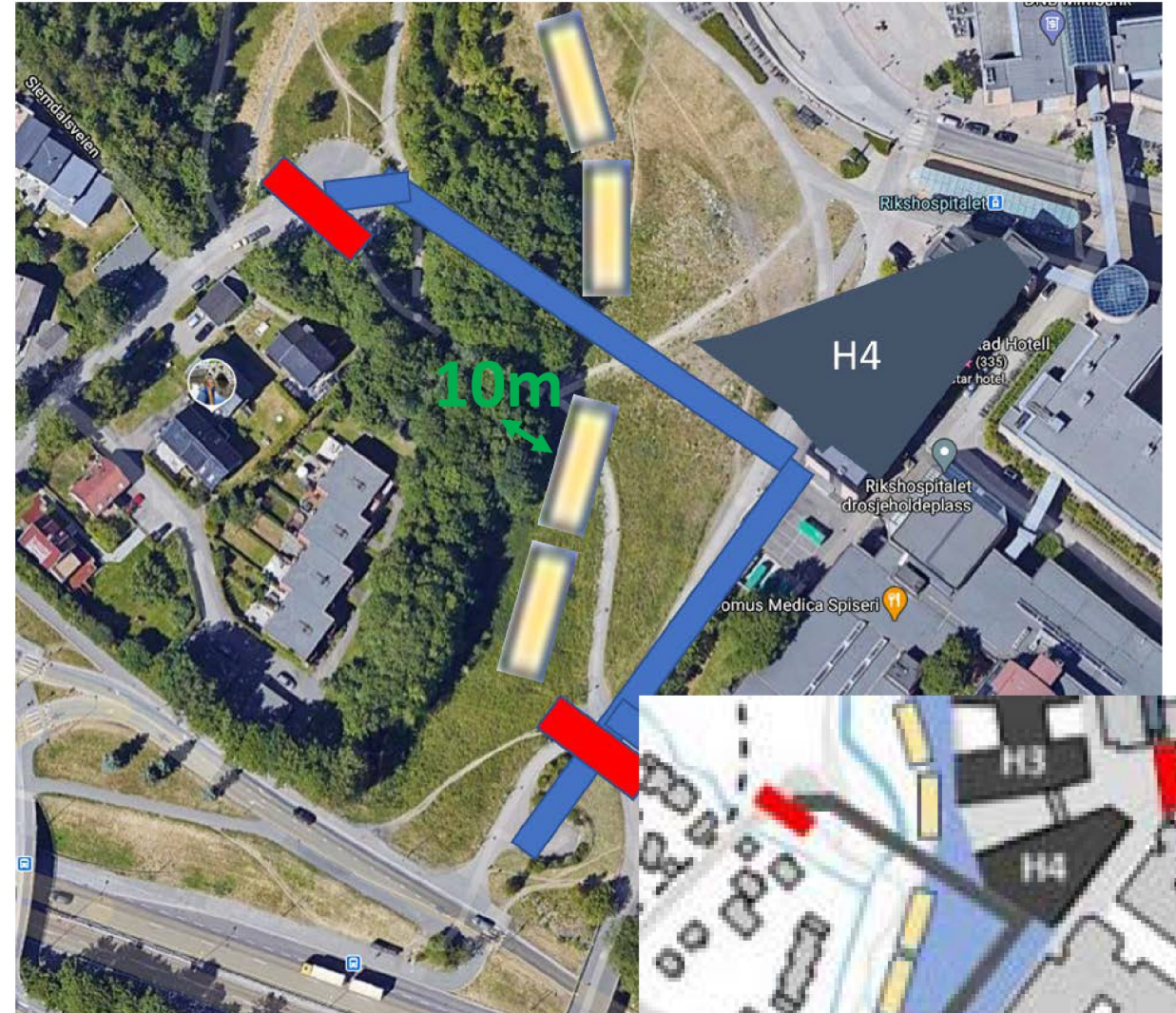
Følgende skal vies spesiell oppmerksomhet:

- a) Arealer og anlegg som skal brukes av barn og unge skal være sikret mot forurensning, støy, trafikkfare og annen helsefare.

Riggområde

Der det er planlagt riggområder og anleggsaktivitet i nærheten av store, gamle og/eller bevaringsverdige trær, skal det settes av en hensynssone rundt treet for å unngå skade på krone og røtter. **Sonen skal være på minimum 15 meter i radius ut fra treetts stamme.** Hensynssonen skal avmerkes ved hjelp av gjerde eller annen fysisk hindring.

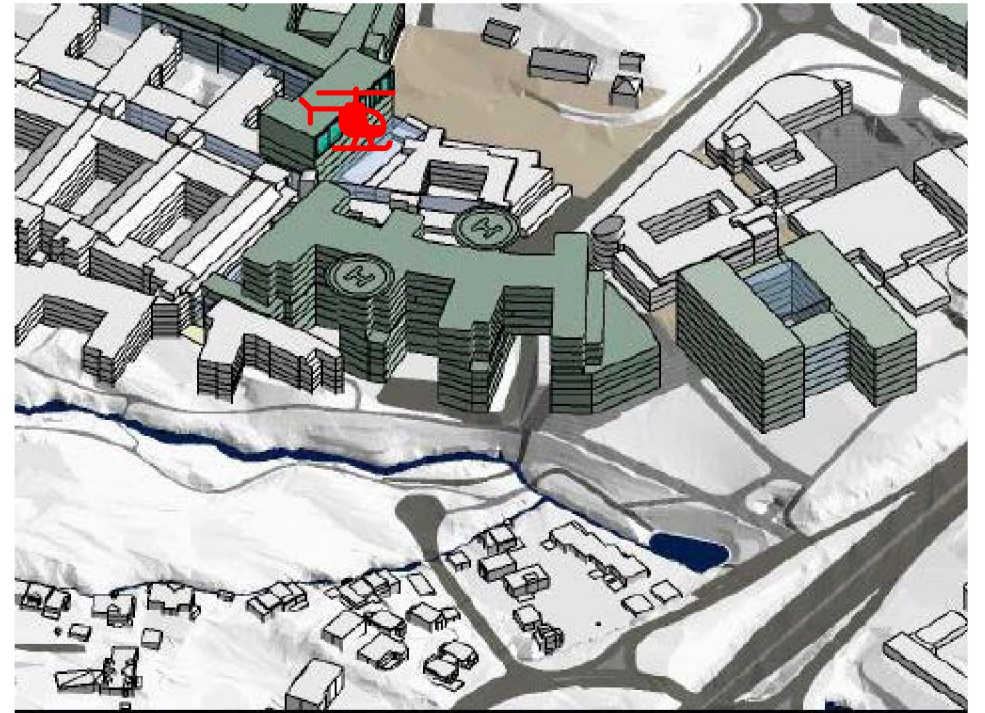
Det er lite informasjon om disse brakkeriggene og ingen visualisering eller tidsplan.



Helikopter støy Vestre Aker

Landingsplattformen blir ca 55 meter over bakkenivå, ca dobbel høyde av dagens RH. **Store deler av Ris / Trosterudveien kan oppleve betydelig økt støy -dag og natt.**

Gunn Marit Aasvang, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet , skriver til oss i en kommentar at *«Barn, syke og eldre anses som sårbare for støy. Med hensyn til hva som er helseskadelig støy vil FHI påpeke at sterk grad av støyplage og alvorlige søvnforstyrrelser som følge av støy anses av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som helsetap.»*



Figuren: Husene i Vestre Aker ved siden av planlagte landingsplassen.

Dagens landingsplassen er vist i rødt. Den er på bakkenivå bak bebyggelsen og derfor er støyet under landing og take-off mer skjermet

Midlertidig landsplassen (anleggsfasen)

- Ved innfasing av de nye redningshelikoptrene AW101 vil rotorvind og vindkrefter gjøre at dagens plattform er uegnet for videre bruk. Oslo Universitetssykehus har initiert et eget prosjekt med planlegging av midlertidig plattform på Rikshospitalet. En av alternativene er en mulig lokalisering nordvest for Rikshospitalet.
- Den er fortsatt ikke behandlet som en del av reguleringsplan
- En ny [rapport](#) viser at vindkast fra AW101 kan være på opp mot hele 29 meter i sekundet i en radius på 50 meter under helikopteret. Det tilsvarer sterk storm over skogen og turløyper, og nær lekeplasser

Midlertidig landingsplass for ambulanshelikopter



Midlertidig landingsplass for redningshelikopter



Lekeplass



Anleggsområde, anleggsvei



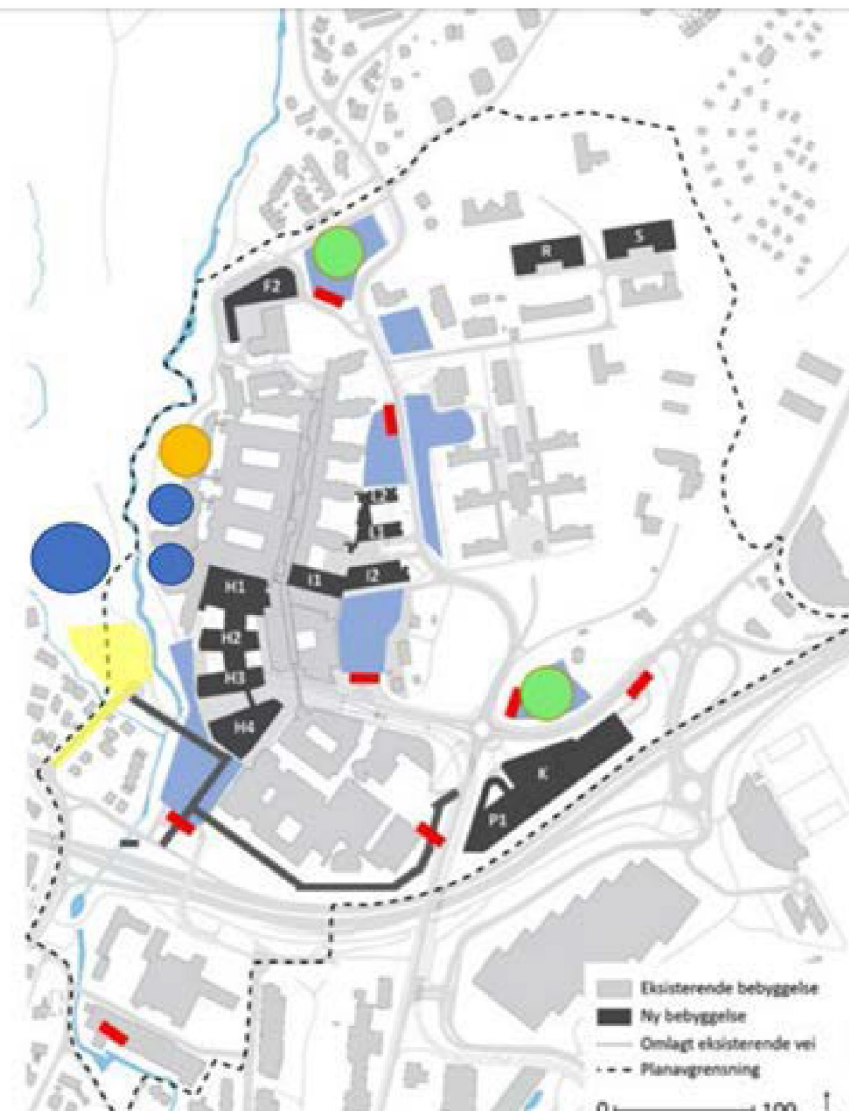
Anleggsveier



Riggområder



Anleggsatkomster



Støv

Anleggsrapport 8.4.1:

- Anleggsmaskiner og –kjøretøy fra økt trafikk med tunge kjøretøy for transport av stein ut fra planområdet bidrar til økte utslipp av svevestøv (PM10) (fra eksosutslipp og økt oppvirvling av veistøv) og nitrogenoksider (NOX), som igjen fører til økte konsentrasjoner av PM10 og NOX lokalt.
- Transport av masser ut og inn av anleggsområdet støver ned veier og tilgrensende områder.
- Konsentrasjonene (i Slemdalsveien) kan i perioder komme til å overstige grenseverdier i forurensningsforskriften kap. 7 eller grensene i Retningslinje T-1520.

År	Antall bilbevegelser pr. time	Tiltak
2022-2023	30-70	Riving, omlegging veier, grunnarbeider, betongarbeider
2024-2025	5-30	Betongarbeider, tilbakefylling, tak- og fasademontasje
2026-2030	3-15	Tak- og fasademontasje, innredning- og teknisk montasje, opparbeidelse av utomhus

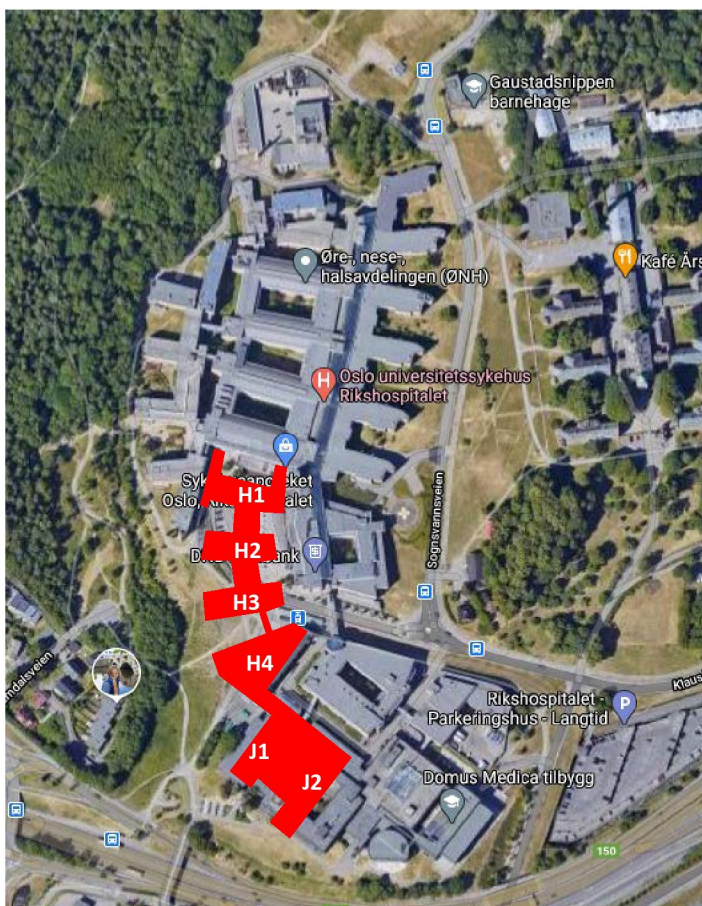
Langsiktig usikkerhet for beboerne

- Boligområdet vårt ligger som en enklave inne i planområdet, omringet av anleggsvirksomhet.
- Det er en bred alderssammensetning blant beboerne i Slemdalsveien 87-89, deriblant mange skole- og barnehagebarn. Vi er bekymret for kvaliteten på oppveksten deres og trafikksikkerhet.
- Vi føler oss fanget av disse planene - ved behov er det vanskelig å kapitalisere verdien i husene våre (om vi en gang kan faktisk selge dem).
 - Hva med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse, skilsmisse, mistriivsel i skolen, negative helseplager (f.eks astma pga støv) eller ny jobb? Det er mange grunner til at man kan ha behov for å selge en bolig i løpet av 15 år.
 - Vi har pensjonister som har tenkt å kjøpe mindre bolig.
 - Vi har flere som kommer fra andre land, som ville også kunne flytte land om det var plutselig behov for det.
- Vi er alle satt på vent. Det er stressende og en psykologisk belastning å kjenne på usikkerheten rundt alle konsekvensene og at man ikke har friheten til å flytte fra situasjonen. Det oppleves som et overgrep å være fratatt friheten til å disponere egen kapital uten å ta et stor økonomisk tap slik et eiendomssalg antagelig vil innebære.

Rikshospitalet

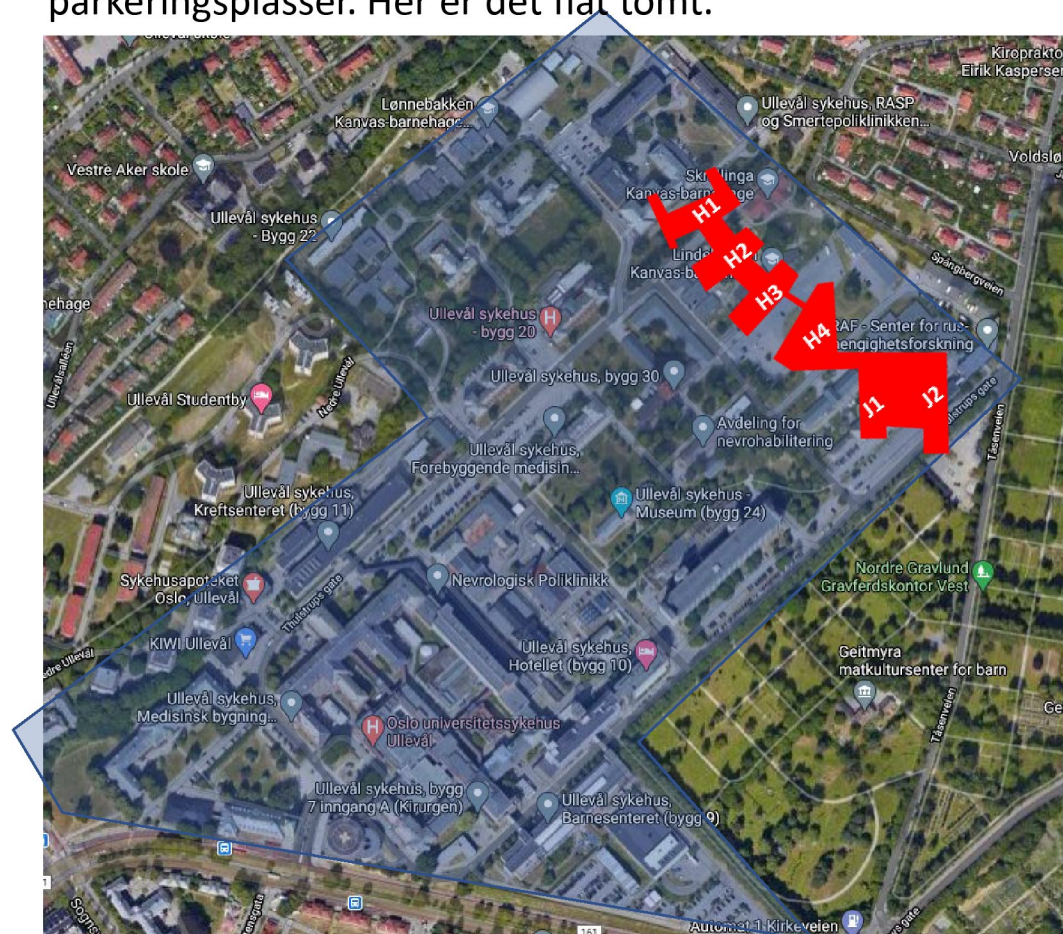
Arealet i rødt viser noen av de nye bygningene, H1-H4 og J1-J2

Det krever nedrivning av Gaustad hotel og deler av Domus Medica for H4, J1, J2. Skråning med >15m høydeforskjell fra øst til vest.



Ullevål Sykehus

Det samme røde arealet markert på innerste delen av Ullevål tomten der det er hovedsakelig lave bygninger eller åpent tomt, e.g. barnehager, helipad, ambulansestasjon og parkeringsplasser. Her er det flat tomt.





Si din mening

Innsendt tidspunkt: 13.05.2021 kl.10:47
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-PDKZ
Innsendt av: Marion Elaine O'farrell
E-postadresse: marion.ofarrell@sintef.no
Mobilnummer: 92027654

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Fra beboerne 89 A-H, 87 A-B, 89 J-L.
Vi uttaler oss fordi helsepåvirkninger på grunn av støvdannelsen er ikke tatt nok på alvor i konsekvensutredningen, og støvforholdene kan gjøre det uforsvarlig å bo der vi bor gjennom anleggsfasen.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Uttalelse støv og helsepåvirkninger 12.05.21.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Alle beboere i
Slemdalsveien 89A-H
Slemdalsveien 87A
Slemdalsveien 87B
Slemdalsveien 89J
Slemdalsveien 89K
Slemdalsveien 89L
Oslo 0373
11.05.21

Rambøll Norge for Helse Sør-Øst RHF
Plan- og bygningsetaten Oslo Kommune

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

Støv og helsepåvirkninger

Denne uttalelsen adressere hovedsakelig støvdannelsen i forbindelse med anleggsfasen.

Negative helsepåvirkninger på grunn av svevestøv og NOx er godt dokumentert av FHI^{1, 2, 3}
Det er spesifikt tre viktige ting vi vil trekke fram når det gjelder støvdannelse under anleggsfasen:

- 1) Kjøremonsteret
- 2) Topografi
- 3) Sporing av støvet som dannes

Kjøremonsteret

Gjennom riveperioden er det planlagt opptil 70 bilbevegelser per time. Det som ikke har vært diskutert er selv kjøremonsteret disse kjøretøyene må følge og hvordan det kommer til å påvirke beboerne som er omringet av trafikken. I figur 1 viser det at kjøretøyene må kjøre forbi husene våre i 5 strekninger per bilbevegelse og det innebærer at de må svinge 5 ganger og, i strekning 2, må de også ta hensyn til flere gangfelter som beboerne trenger for å komme til deres hus (siden det er bare et fortau på vest siden av veien – figur 2). De betyr at kjøretøyene må skifte hastighet/gir hele tiden, gå rundt svinger og komme seg opp en bakke før de kommer til anleggsplassen (det er bratt fra bekken til plassen foran RH). Alt dette betyr mer eksos (se figur 3). Når det gjelder emisjoner, er det å kjøre rundt oss på denne måten noe helt annet enn å bare kjøre forbi på en rett strekning hvor lastebilene kan kjøre jevnt.

¹ <https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/temakapitler/svevestov/>

² <https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/sammendrag-og-bakgrunnsinformasjon/hva-mener-vi-med-luftkvalitetskriterier/>

³ <https://www.fhi.no/nettpub/luftkvalitet/temakapitler/nitrogendioksid2/>

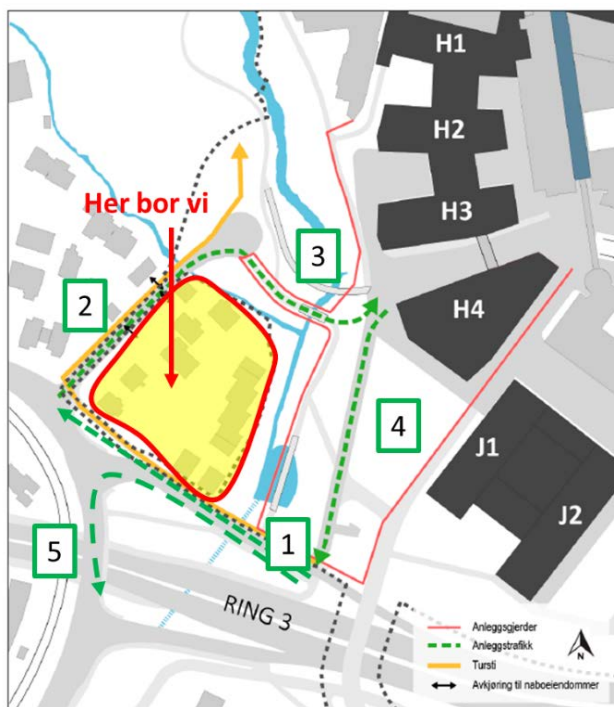
Topografi

Der vi bor har en spesiell topografi siden vi bor i en slags dal i forhold til Rikshospitalet, skogen og rampen fra rings 3. Det gjør forholdene verre mtp med støv og NOx forurensning siden vi ligger i en senkning og forurensningen komme til å akkumulere de dagene hvor det er lite vind. Det betyr at støv, PM og eksos kan bygge seg opp enda mer pga senkningen.

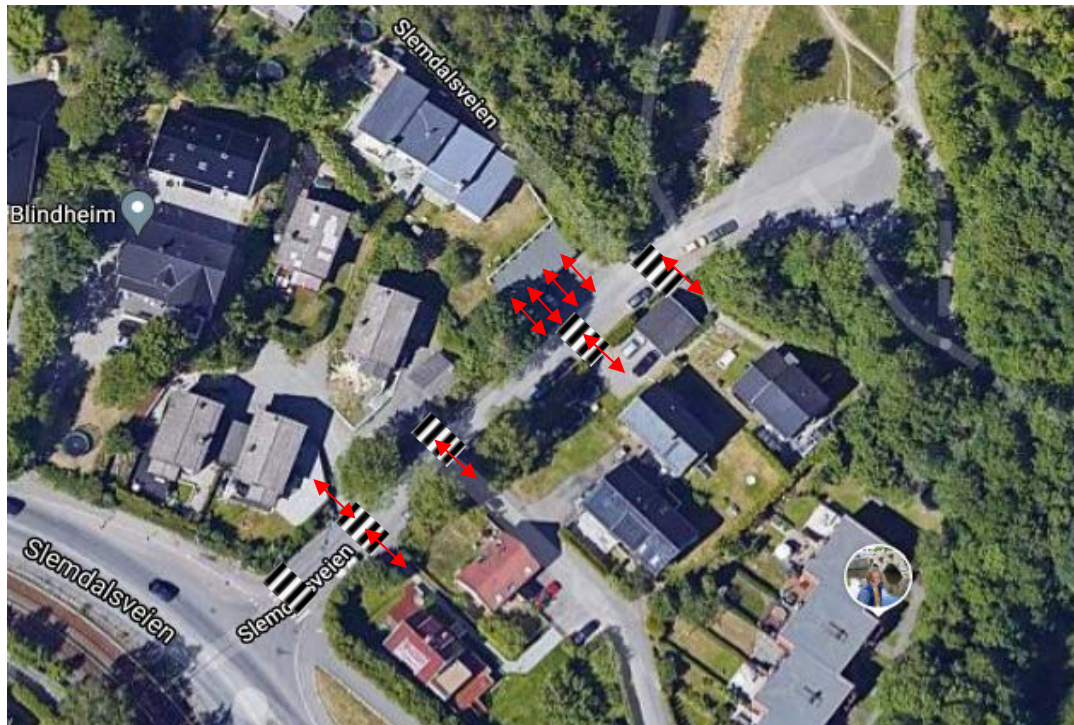
Sporing av støvet som dannes

I rapporten anleggsfase står det "Dersom det er behov for dokumentasjon av at det ikke har vært uakseptabel spredning fra anleggsområdet, bør det settes opp støvmålere (nedfallsmålere/svevestøvmålere) gjennom anleggsperioden." Vi mener at det skal være uakseptabel spredning' og at støvmålinger er ikke bare noe som må gjøres om det er behov for dokumentasjon; det bør være et absolutt minimalt krav at det måles gjennom en så omfattende anleggsperiode, og det må være tilstrekkelig måling nær husene våre. Det er mange ting som påvirke hvordan støv dannes og hvordan det oppfører seg - topografi, værforhold (vind, temp), intensiteten av rystelsene og kjøremønsteret. Med både ekstensivt rivearbeid og det høye antallet bilbevegelser, er sannsynligheten for å overstige grensene i T-1520 veldig høyt. Det eneste måte å forstå dette på er å faktisk måle.

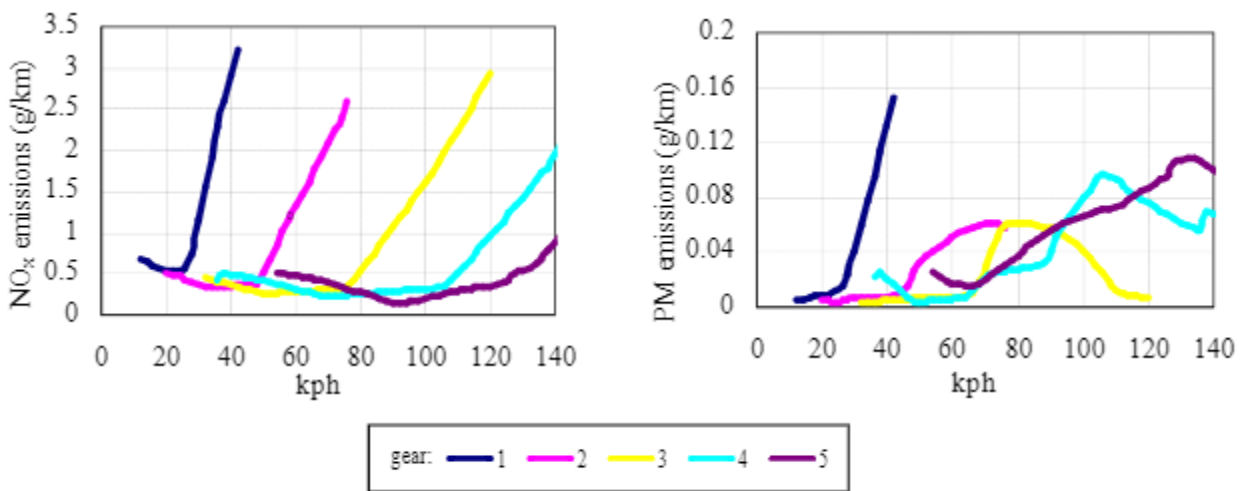
Helsepåvirkninger pga støv er ikke tatt nok på alvor i konsekvensutredningen, og støvforholdene kan gjøre det uforsvarlig å bo her gjennom anleggsfasen.



Figur 1: Kjøremønsteret anleggstrafikken. Kjøretøy kjører Ring 3-> 1 -> 2 -> 3 -> 4 -> 5 -> Ring 3



Figur 2 Krav til flere gangfelt siden det er bare et fortau på vestsiden av blindveien vår



Figur 3: Emisjoner i forhold til hastighet og valg av gir (Skoda Octavia)⁴. Det viser at når man skifter gir, samtidig som å øke hastighet, at man får en kraftig økning i eksos, særlig på lavere girer (husk at disse dataene er fra en vanlig bil, ikke en tung lastebil)

⁴ Beckx, C., Int Panis, L., Janssens, D., De Vlieger, Wets, G. The influence of gear change on vehicle exhaust emissions. [Link](#)

Med vennlig hilsen,

89A:

Johannes Barbantonis/
Lillian Foss

89B:

Bjørn Christiansen
Eva Sundsby

89C:

Kirsti Skogseth

89D:

Ottar Ertzeid

89E:

Elisabeth B. Olavesen
Lars Olavesen

89F:

Halvard H. Waage /
Maren S. Ødegård

89G:

Gita Gupta Jacobsen
Eirik Jacobsen

89H:

Shane G. Mcardle
Marion Elaine O'Farrell

87A:

Elena Früh
Andreas Früh

87B:

Erik Lundaas

89J:

Jorunn Kragset
Kjetil Kragset

89K:

Chen Lu
Ling Shi



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.06.2021 kl.14:01
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QLTZ
Innsendt av: Marion Elaine O'farrell
E-postadresse: marion.ofarrell@sintef.no
Mobilnummer: 92027654

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Vedlagt finner du en uttalelse om medvirkningsprosessen
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Uttalelse medvirkningsprosessen beboer Slemdalsveien 03062021.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Medvirkning

Nabolaget sørvest for utbyggingsprosjektet, Slemdalsveien 87 A,B, 89 A-H og J, K og L, er sterkt berørte og utsatte beboer når det gjelder utbyggingen på Gaustad, både i anleggsfasen (fase 1 og fase 2), og etter at sykehuset er satt i drift.

Realiteten for oss

Vi opplever at det i liten grad har vært mulighet for reell og aktiv medvirkning i denne prosessen. Vi har heller ikke vært informert om rollen vår eller rettighetene våre når det gjelder medvirkning. Denne informasjonen måtte vi finne ut selv (Appendix 1), og det skjedde ganske sent i prosessen.

Ingen reell eller aktiv medvirkning har blitt initiert fra forslagstiller da informasjonsmøtene stort sett har vært enveiskommunikasjon.

Fra 2017 til 2021 har det vært følgende muligheter for medvirkning:

- Åpent informasjonsmøte arrangert av forslagstiller der de presenterte planene sine, mulighet for å gi innspill til planforslaget.
- To informasjonsmøter med forslagsstiller for berørte naboer. Begge møtene ble arrangert **på vår forespørsel.**
- Ett møte med PBE.
- Mulighet for å gi innspill via saksinnsyn

Følgende er konkrete ting vi hadde lyst til å medvirke på en mer systematisk og ordentlig måte:

- I **anleggsfasen** kunne vi i større grad hatt reell medvirkning. HSØ velger å legge en av to hovedadkomster for anleggstrafikk gjennom vår boliggate og har foreslått en helt urealistisk trafikkavvikling gjennom 15 år. Dette viser med tydelighet mangel på involvering og medvirkning. Som en følge av den planlagte anleggsveien gjennom vårt boligområde blir vi liggende som en enklave inne i rigg- og anleggsområdet.
- Vårt nabolag er fullt av barn, men vi har ikke vært involvert i noen form for aktiv medvirkning som gjelder **barns oppvekstvilkår**. Denne utbyggingen har et særdeles langt perspektiv, opptil 15 år, og innebærer aspekter som støv, støy, anleggstrafikk og midlertidige og permanente tap av tilgjengelige lekearealer.
- Vi ble ikke informert da våre eiendommer ble innlemmet i **planområdet**, og vi ble ikke informert da de ble tatt ut. Vi ble heller ikke informert da deler av våre eiendommer nå ligger inne med forslag til omregulering (uten at vi er med i planområdet). Alt dette har vi

måttet lese oss til selv gjennom informasjonen som etter hvert er offentliggjort på saksinnsyn.

Konklusjonen:

Planene for medvirkning er vagt beskrevet i planprogrammet. Det er ingen beskrivelser av aktive medvirkningsprosesser, og det har heller ikke vært noen aktive medvirkningsprosesser etter oppstartsmøtet for planprogrammet. Vi har ingen opplevelse av at det har vært en reell, åpen, bred og tilgjengelig medvirkning for oss som er naboer til prosjektet. Vi er både en uprofesjonell og uorganisert part. Vi er vanlige innbyggere som har ikke har inngående kjennskap til hvordan den demokratiske forankringen i plansaker fungerer. Vi hadde ikke forutsetninger for å forstå hvor utrolig omfattende og krevende denne prosessen skulle bli, hvor stor informasjonsmengde vi måtte sette oss inn i, hvor omfattende konsekvensene skulle bli for oss, heller ikke hvilke rettigheter vi hadde eller hvilke krav som hviler på de profesjonelle partene. Vi har heller ikke fått hjelp fra forslagsstiller til å forstå konsekvensene og innvirkningen på en alminnelig måte, for eksempel realistiske 3D tegninger knyttet til anleggsfasen.

Som særskilt berørte naboer har vi savnet støtte i form av uavhengig råd i forhold til våre rettigheter og interesser. Vi opplever at vår mulighet til medvirkning har vært preget mer av tilfeldigheter enn systematikk. Det har ikke vært noen strukturert prosess for å formidle informasjon, f.eks jevnlig møter med forslagstiller eller PBE. Vår medvirkning har vært helt avhengig av at vi selv har brukt mye tid på å sette oss inn i et komplekst og særdeles omfattende saksgrunnlag ved siden av full jobb og et hektisk familieliv. Det har vært krevende.

Vi opplever at dette prosjektet har blitt utviklet bak lukkede dører, at prosjektet i liten grad har vært villig til å dele informasjon som er viktig for oss, og at det kun har vært et absolutt minimum av medvirkning.

Appendix 1

Eksempler på relevant medvirkningsinformasjon vi måtte finne ut om selv, og ikke var informert om:

§ 5–1 Medvirkning (fra plan og bygningsloven)

Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning. Kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosesser som utføres av andre offentlige organer eller private.

Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte.

Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven¹

«planforvaltningen [har] plikt til å gå aktivt ut for å skape engasjement i befolkningen når det gjelder planemaer som har direkte betydning for folks hverdag»

«medvirkning betyr at innbyggerne i et samfunn er med på selv å planlegge sin fremtid»

Om lov om planlegging og byggesaks-behandling²

Medvirkning i planprosessen på ulike nivåer er viktig for å få fram relevante planer og tiltak i samsvar med de behov og interesser befolkningen har. Det legges til rette for at denne medvirkningen kan skje på de riktige tidspunkter i planprosessen. Økt medvirkning kan styrke forutsigbarheten i planene ved at en får fram potensielle konflikter som kan avklares på et tidlig stadium, og slik bidra til økt effektivitet»

1

<https://www.regjeringen.no/contentassets/412be6d915d9425b840b5f4175c79a17/no/pdfa/nou200120010007000dddpdfa.pdf>

2

<https://www.regjeringen.no/contentassets/feaa16f059aa4db2b6ba095abf47c924/no/pdfs/otp200720080032000dddpdfs.pdf>



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.16:31
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RBGZ
Innsendt av: Marion Elaine O'farrell
E-postadresse: marion.ofarrell@sintef.no
Mobilnummer: 92027654

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Uttalelse om bevaring av trær
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Trær og vegetasjon.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

De grønne områdene skal bevares

På 03.06 fikk jeg brev levert i DigiPost postkassen fra PBE om den reviderte reguleringsplanen for småhusområder. Nedenfor i appendiksen er noen paragrafer fra selv brevet. Tankegang og visjonen som er beskrevet er veldig mye i strid med det som skjer i Rikshospitalet prosjektet mtp fortetting av boligområder og økt trafikk, mindre vegetasjonen og færre grønt områder, og bevaring av trær. Det var nesten provoserende å få dette brevet noen dager før slutten av perioden for offentlig ettersyn i sykehusets prosjekt. Hvordan har forslagsstilleren tenkt å forholde seg til den reviderte reguleringsplanen?

Fra presentasjonen "Bevaring og sikring av trær i forbindelse med bygge- og anleggsvirksomhet" fra Erik Solfeld i Vegvesen, snakker ham om 8 suksessfaktorer for bevaring av trær.¹

Statens vegvesen

8 Suksessfaktorer

- Suksessfaktor 1:** Tidlig involvering. I større prosjekter helt fra kommunedelplan og VPOR stadiet
- Suksessfaktor 2:** Riktig fagressurs og kompetanse er representert i alle faser helt fra start til mål.
- Suksessfaktor 3:** Verdifull trær (og annen vegetasjon) som vil kunne bli berørt er identifisert og kartfestet (med riktig koordinater).
- Suksessfaktor 4:** Trærnes vitalitet og mekaniske kvalitet er kjent.
- Suksessfaktor 5:** Sikringstiltakene er detaljbeskrevet.
- Suksessfaktor 6:** Alle involverte har etablert et eierskapsforhold til delprosjekt: «Bevaring av trær». Motivasjon gjennom informasjon og kunnskap.
- Suksessfaktor 7:** Sanksjoner: bøter, gult og rødt kort
- Suksessfaktor 8:** Kontroll og oppfølging
- Suksessfaktor 9:** Premiering: Bonus, hederlig omtale, utstillingsvindu mm.

Sikring av trær i forbindelse med bygge- og anleggsvirksomhet, Erik Solfeld, 07.11.2017

Jeg finner ikke noe konkrete planer i planforslaget for å sikre best mulig bevaring av trær som er i tråd med det som er beskrevet av Erik Solfeld, heller ikke noe kartlegging av verdifulle trær, deres vitalitet eller mekaniske kvalitet. Forslagsstiller har til og med plassert et langvarig riggområde langt nærmere enn den anbefalte 15m avstanden til de trærne langs Sognsvannbekken (se Figur 1 nedenfor). Potensielle konsekvensen for trærne er listet på neste siden.

Det er veldig skuffende hvor lite naturen og grønne områdene blir tatt vare på i dette prosjektet.

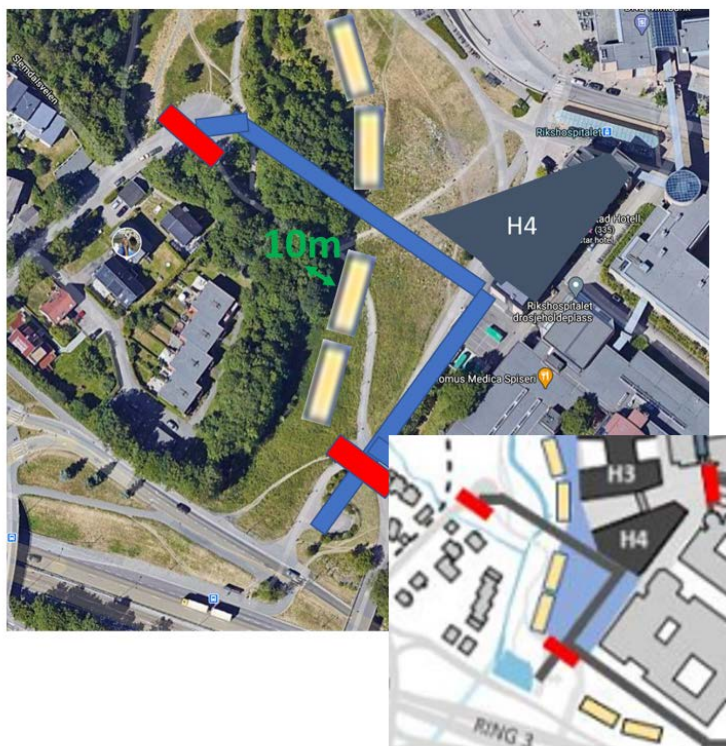
Hilsen,
Marion O'Farrell
Slemdalsveien 89H

¹ <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-agder/dokument-agder/miljo-og-klima/naturmangfold/utvalgte-naturtyper/fagdag-un-2017/bevaring-og-sikring-av-trar-phg-2017ny.pdf>

Hvilke konsekvenser kan byggeprosessen ha for trær?

- Stabiliteten kan bli dårligere på grunn av rotskader. Økt fare for rotvelt
- Kutting av røter vil redusere treets evne til opptak av vann og mineraler
- Mekaniske skader på stamme/greiner eller rot, med påfølgende fare for råteutvikling
- Komprimering av rotsonen reduserer gassutvekslingen i jorda og hindrer rotvekst
- Oppfylling som hindrer oksygentilgangen til røttene
- Eksponering for vind, økt fare for brekkasje
- Uttørring – vannforholdene i grunnen endres og/eller røtter som tørker ut
- Et samspill av faktorer som fører til gradvis nedsatt vitalitet. Treets livspotensial kortes ned
- Treets levetid reduseres

Sikring av trær i forbindelse med bygge- og anleggsvirksomhet, Erik Solfeld, 07.11.2017



Figur 1 Plassering av riggområdet ved siden av sognsvannbekken og trærne langs beken

Appendiksen

Fra brevet "Reguleringsplanen for småhusområder i Oslos ytre by skal revideres" 03.06.2021

Plan- og bygningsetaten (PBE) starter nå arbeidet med å revidere den eksisterende reguleringsplanen for småhusområder i Oslos ytre by, S-4220 (småhusplanen). Bestillingen vi fikk fra byrådet 4. februar 2021, følger opp den politiske byrådsplattformen mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti i Oslo for perioden 2019– 2023. I denne inngår det at byrådet vil ta bedre vare på byens småhusområder

Erfaring med dagens reguleringsplan viser blant annet at det er nødvendig å styrke hjemmelsgrunnlaget i bestemmelsene for å ivareta trær og vegetasjon enda bedre, og for å gjøre inngrepene i terrenget mindre når det bygges nytt

Et grøntregnskap for Oslo i perioden 2013–2017 viser at det har blitt mindre vegetasjon, særlig i ytre by. Dette er et resultat av fortetting i småhusområder, og i bestillingen fra byrådet er vi bedt om å sørge for et sterkere vern av de grønne verdiene når det bygges innenfor småhusplanen. Det er flere grunner til at det er viktig å bevare vegetasjon, og særlig trær. Vegetasjon fremmer god helse og trivsel. I tillegg er vegetasjon viktig for biologisk mangfold, karbonlagring, luftkvalitet og overvannshåndtering.

Småhusplanen omfatter rundt 28 000 eiendommer i bydelene Alna, Bjerke, Frogner, Gamle Oslo, Grorud, Grünerløkka, Nordre Aker, Nordstrand, Stovner, Søndre Nordstrand, Ullern, Vestre Aker og Østensjø. P



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.05.2021 kl.09:38
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-NWBZ
Innsendt av: Brit Dal
E-postadresse: dal.britdal.brit@gmail.com
Mobilnummer: 92688315

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg stemmer nei til hele planforslaget.
Tomten er altfor liten til å bygge et gigantsykehus, det vil ødelegge det flotte Rikshospitalet som allerede ligger der.
Gaustad sykehus vil komme helt i skyggen av de nye giganttårnene , inngangen til Marka vil føles helt stengt, og alle naboene vil få en mastodont ved sin side.
Dessuten vil byggearbeidene med all den støy det medfører være helt utholdelig for pasienter i flere år.
Hele ideen med å slå sammen Rikshospitalet og Ullevål er dårlig, bygg ut Ullevål og restaurere de byggene som trenger det.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.05.2021 kl.10:43
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NXYZ
Innsendt av: Hedda Solerød
E-postadresse: heddasol@gmail.com
Mobilnummer: 92499270

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Lytt til fagmiljøene, skrot disse planene og bevar Ullevål sykehus!!!

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.05.2021 kl.10:50
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NWEZ
Innsendt av: Hannah Solerød Tveiten
E-postadresse: hannahtve@gmail.com
Mobilnummer: 47660960

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Bevar Ullevål sykehus!

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.05.2021 kl.17:18
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-NWFZ
Innsendt av: Anna Ellen Rømcke
E-postadresse: annaroemcke@hotmail.com
Mobilnummer: 99749266

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Jeg er motstander av planforslaget. Bygningene er for høye og massive og respekterer ikke eksisterende bygg og da særlig gamle Gaustad sykehus. Dette er estetisk svært utilfredsstillende. Det bygges på en tomt som er for liten for formålet. Mvh Anna Rømcke

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Hilde og Frode Fjeld
Sognsvannsveien 30c
0372 Oslo

Oslo, 9. mai 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Oslo kommune, Bymiljøetaten
Oslo kommune, Helseetaten
Bydel Vestre Aker
Bydel Nordre Aker

PBE Saksnummer: 201704683

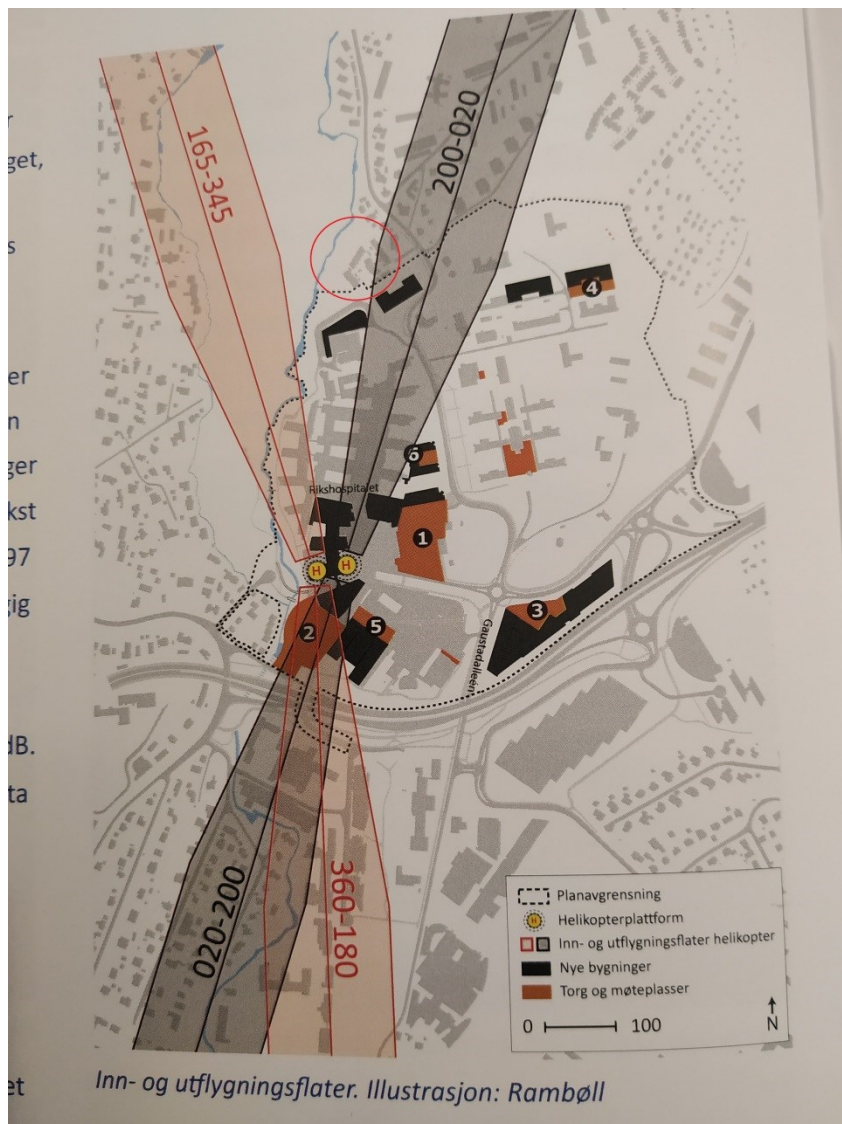
Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning – Bekymring for barns oppvekstvilkår

Innledning

Rekkehus i Sognsvannsveien vil bli utsatt for mye helikopterstøy, en uvanlig lang anleggsperiode med trafikk- og støvplager, påvirkning av skolevei og forhold rundt midlertidige og varige tap av leke- og friområder. Når sykehuset står ferdig vil vi bli nærmeste naboer til en flyplass med 3000 helikopterbevegelser i året. De bygningsmessige forholdene til sykehuset er heller ikke tilpasset området, og arkitektonisk nærmiljø vil bli vesentlig forringet. Siste revisjon av planforslaget og de ulike fagrapportene gjør oss ikke beroliget.

Vi mener planforslaget har vesentlige mangler rundt forhold som påvirker barn og unges oppvekstvilkår. Forslagsstiller må kunne dokumentere at midlertidig og langsiktig helsepåvirkning av støv, rystelser og støy ikke vil påvirke barns søvn, helse, læring, eller beskrive troverdige tiltak og planer som vil sikre mot dette. Prosjektets størrelse og varighet tatt i betraktning mener vi at barn og unges oppvekstvilkår ikke kan reduseres til en diskusjon om lekearealer i et underkapittel i fagrapport *friluftsliv, ref kap 6.4*.

Vi savner beskrivelse av både midlertidige og langsiktige virkninger som beskrevet i forskrift om konsekvensutredning (§21): «*Beskrivelsen skal omfatte positive, negative, direkte, indirekte, midlertidige, varige, kortsiktige og langsiktige virkninger.*» Anleggsperioden er planlagt å vare i 8-9 år med påfølgende fase 2 som er stipulert til 5 år. En midlertidighet som er estimert til 15 år kan knapt kalles midlertidig i et barns perspektiv, heller ikke i et foreldreperspektiv. Vi har antagelig ingen reell mulighet til å flytte uten å ta et betydelig økonomisk tap som følge av tapt eiendomsverdi på huset.



Figur 1: Plasseringen av vårt boligområde (rød ring) i forhold til inn og utflyging av helikoptertrafikk. Fra «Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning.Høringsutkast-kortversjon».

Metode

I beskrivelse av metode under tema barn og unge står:

«Informasjon om barns bruk av utearealene i og nær planområdet er hentet gjennom dialog med:

- Gaustadnippen barnehage
- Leder av Barne- og ungdomsprogrammet ved Oslo universitetssykehus HF
- Samhandlingskoordinator ved Oslo universitetssykehus HF og nabo»

Det har ikke vært noen form for barnetråkk eller involvering av barna eller oss foreldre. Vi mener derfor at den anvendte metoden blir for enkel og tilfeldig for et så omfattende prosjekt med så store konsekvenser.

Støy

Vi mener at fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning ikke møter kravene i T-1442/M-158 blant annet ved at maksimalstøy nattestid ikke er gjort rede for. Dette er en viktig parameter for vurdering av risiko for alvorlige søvnforstyrrelser som igjen har en dokumentert effekt på barns hukommelse og evne til å lære. Vi opplever at støypåvirkning underdrives og bagatelliseres. Konsekvensvurderingen må sees i lyset av oppdatert støystudie der også maksimalstøyverdier presenteres. Vi mener våre kommentarer til støyrapporten underbygges i e-post fra seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Gunn Marit Aasvang, som har lest gjennom SWECO sin rapport med hensyn på helsepåvirkning.

Vi mener at en flyplass av den størrelse som her er planlagt (3000 flybevegelser årlig) ikke er forenlig med umiddelbar nærhet til boligområder, ei heller leke- og rekreasjonsarealer for barn.

Folkehelseinstituttet skriver på sine hjemmesider at søvnforstyrrelser anses for å være blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø. Videre skriver de at: «En nyere gjennomgang av litteraturen viser at flystøy er forbundet med dårligere leseferdigheter og hukommelse hos barn (Basner, 2017). Barn er under stadig utvikling og har ikke ferdig utviklede mestringsstrategier; de har mindre kontroll over sine omgivelser enn voksne, og anses derfor som sårbare for støypåvirkning.» Merk at denne sammenhengen som er påvist mellom støy og barns utvikling også gjelder for eksponering for flystøy om natten. Den kraftige impulsstøyen fra helikopter kan heller ikke sammenlignes med andre støykilder. Gunn Marit Aasvang, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, skriver til oss i en kommentar at «*Barn, syke og eldre anses som sårbare for støy. Med hensyn til hva som er helseskadelig støy vil FHI påpeke at sterk grad av støyplage og alvorlige søvnforstyrrelser som følge av støy anses av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som helsetap.*»

Lekearealer

Våre barn har i mange år benyttet åpen plass hvor bygning Q nå er planlagt. Dette har vært benyttet til både trampolinelek og fotballbane. Plassen har vært åpent tilgjengelig også for andre i nærmiljøet. Vi forstår at dette er sykehusets eiendom, og at vi er heldige som ikke har fått noen aktivitet her tidligere (kun en barnehage på en etasje for mange år siden). Det oppleves likevel som et stort inngrep når det er planlagt en større bygning på mange etasjer her. Det er ikke tvil om dette vil forringe lekearealer for mange barn på Gaustad.

Rigg og anlegg – midlertidige effekter

Anleggsperioden for fase 1 er planlagt å vare i 8-9 år dersom prosjektet realiseres uten forsinkelser. En påfølgende fase 2 er stipulert til 5 år. Dette perspektivet mener vi er for langt til at det kan forbigås, også i forhold til barn og unges oppvekstvilkår. Vi mener at planforslaget med tilhørende konsekvensutredninger ikke tilstrekkelig belyser konsekvensene for vårt bomiljø, særlig mhp. nedenstående, og krever at dette utredes grundig.

1. *Ingen helsekonsekvensutredning av hvordan en langvarig anleggsfase tett på våre boliger og utearealer vil påvirke oss naboer, særlig med hensyn på våre barn.*
2. *Mangelfull vurdering og innlevelse i hvordan støy, visuell støy, støv og rystelser vil påvirke vårt bomiljø.*
3. *Mangelfull utredning av trafikale konsekvenser*

4. *Ingen utredning eller visualisering/volumstudier som antyder omfang av byggegjerder og brakkerigger rundt vårt bomiljø.»*

Boligområdet vårt vil trolig påvirkes sterkt av anleggsvirksomhet, både i form av trafikk, støy og støv. Barn tilbringer mye tid utendørs gjennom hele året. De vil derfor være ekstra eksponert for svevestøv spesielt. De har heller ikke utviklet trafikale ferdigheter, så anleggstrafikk og sikringstiltak må være godt planlagt. Vi er også bekymret for at planlagte adkomstveier for anleggstrafikk ikke er tilstrekkelig realitetsbehandlet, noe som vil medføre langt større andel anleggstrafikk gjennom boligområder enn forutsatt.

Skolevei er ikke omtalt i fagrapport 'Friluftsliv'. Skolebarna i Sognsvannsveien går på Kringsjø skole. **Ved den planlagte omleggingen av Sognsvannsveien vil trolig Gaustadveien (skolevei) benyttes som adkomst vei til hele vårt nærområde, med tilsvarende økt trafikk. Dette gjelder både beboere og anleggstrafikk.** Barna i Sognsvannsveien og Gaustadveien har allerede hatt økt trafikkbelastning med mye tungtrafikk i mange år (ca. 10 år) på sin skolevei grunnet flere utbyggingsprosjekter i regi av kommunen (vannbasseng mm).

Midlertidig helikopterlandingsplass

Det skal opprettes en midlertidig helikopterlandingsplass vest for Rikshospitalet for anleggsfasen som også skal kunne ta imot de tyngste redningshelikopterne. Vi antar at regulær trafikk med ambulanshelikopter vil benytte samme landingsplass. Landingsplassen skal plasseres i umiddelbar nærhet av turveier, populære turmål og lekeplasser, men holdes imidlertid utenfor konsekvensutredningen av anleggsfasen da forslagsstiller hevder ansvaret for denne ligger hos en annen organisasjon (NAWSARH/OUS).

Hvordan vil rotorvind og støy påvirke brukbarhet av lekeplasser, sandkasser og turveier tett på, ved landing, og take-off? Alle som har passert Rikshospitalet når Sea King tar av har kjent på «sandblåsingeffekten» selv langt ute i parken mot Gaustad sykehus. Nye SAR-Queen har betydelig kraftigere rotorvind, det viser også opptak med testflyvning fra St. Olavs som ble vist på Dagsrevyen. Må den populære bålplassen, markainngangen og lekeplasser evakueres ved helikopterankomst eller take-off? Vi mener landingsplassen og dens plassering inngår i en uløselig rekkefølge av nødvendige og planlagte trinn for å realisere utbyggingen på Gaustad.

Konsekvensene for barn og unges reelle tilgang til tur- og lekeområder må derfor utredes sammen med andre tiltak i anleggsfasen. Vi frykter at konsekvensutredningen ikke gir det riktige bildet så lenge denne landingsplassen blir holdt utenfor. Illustrasjon av lokasjon og all omtale virker å være fjernet i planforslaget som er lagt ut til offentlig ettersyn. Det er heller ikke funnet noe informasjon om avbøtende tiltak.

Arkitektur og tilpasning til området

Vi vil også påpeke at arkitektene bak det nåværende Rikshospitalet på Gaustad ville skape omgivelser som ga tillit og trygghet, med vinnerutkastet «Det humanistiske sykehuset». Det nye Rikshospitalet skulle også harmonere med Gaustad sykehus. Det forelå også strenge krav til hvor mange etasjer som kunne bygges for at sykehuset skulle passe inn i landskapet og nærmiljøet. Den ideen ligger ikke bak Nye OUS. Det skal bygges flere tårn med 16-19 etasjer, så tett at lysforholdene ofte blir dårlige og så høyt at det dominerer hele området. Byantikvaren og Riksantikvaren er heller ikke positiv til forslaget.

Vi synes det er rart at Helse Sør-Øst ikke endrer kurs, spesielt utifra hva som er oppnåelig på Ullevål, den største og mest fleksible tomten til Oslo universitetssykehus. I forslaget "Parksykehuset Ullevål" er det foreslått å bygge separate blokker på opptil 8 etasjer, sammenbundet med broer og tunneler. Noe lignende finnes i dag på St. Olavs, og etter hva vi er kjent med fungerer dette meget godt.

Oppsummering og konklusjon

Rekkehus i Sognsvannsveien vil bli utsatt for uvanlig lang anleggsperiode med trafikk- og støvplager, mye helikopterstøy, påvirkning av skolevei og forhold rundt midlertidige og varige tap av leke- og friområder. Når sykehuset står ferdig vil vi bli nærmeste naboer til en flyplass med 3000 helikopterbevegelser i året. Arkitektonisk nærmiljø vil også bli vesentlig forringet. Vi er ikke trygge på at våre barns oppvekstvilkår er tilstrekkelig vurdert eller ivaretatt i planen, verken midlertidige eller langsiktige konsekvenser som følge av utbyggingen. Vi ser ikke at det er beskrevet troverdige tiltak og planer som omhandler noen av de ovennevnte forhold. Det er ikke funnet noe informasjon om midlertidige helikopterlandingsplass(er) og heller ingenting avbøtende tiltak. I sum mener vi prosjektet gir helt uakseptable konsekvenser, både midlertidige og langsiktige.

Med vennlig hilsen

Hilde og Frode Fjeld



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 09.05.2021 kl.15:50
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-PAEZ
Innsendt av: Britt Røsand
E-postadresse: britt.rosand@dnb.no
Mobilnummer: 91725304

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg mener at Helse Sør-Øst (HSØ) ikke må få lov til å bygge sykehus på friområdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Området er for lite for den store og høye bygningsmassen de planlegger.

Dette blir veldig dyrt og vil ha en negativ påvirkning på sykehusstrukturen til hele HSØ.

Et nytt sykehus her og nedleggelse og salg og Ullevål tomte vil føre til enda færre sykehussenger for Oslo-området. Mens man derimot trenger flere senger siden "alle" mener at Oslo-området vil vokse mye i de nærmeste 20-25 år.

Rikshospitalet er allerede vanskelig tilgjengelig hvis man kommer med bil. Et større sykehus vil gjøre situasjonen verre.

Med utbygging ved Gaustad må man rive relativt nye og fullt brukbare bygg på Rikshospitalet. De fredede bygningene på Gaustad vil bli helt dominert av høyhus. Pasientene på Rikshospitalet vil måtte leve i en byggeplass i 10-15 år fremover.

I et bærekrafts- og miljøperspektiv er det mye bedre å ta vare på eksisterende bygg, og supplere med nybygg på en man allerede eier: Ullevål sykehus.

Oppsummering: Altfor dyrt, dårlig tilgjengelighet, lite miljøvennlig, lite fremtidsrettet.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 10.05.2021 kl.12:09
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-PAPZ
Innsendt av: Gudveig Havstad
E-postadresse: gud-hav@online.no
Mobilnummer: 45231603

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Min interesse i saken gjelder psykisk helsevern for pasienter med de alvorligste diagnoser som trenger lengre tids behandling, hvor min oppfatning er at Gaustad sykehus med sin vernede bygningsmasse utgjør nå som da var ferdig stilt i 1855, den beste rammen for lengre opphold som er skapt i Norge, rommet mellombygningene og de store trøne gi en ro, som er meget uvanlig, men vesentlig for helene funksjon for pasientene. Grev Vedel Major hadde personlig ønske om helbredelse for mennesker med psykose: hans forlovede fikk raptuser hvor hun skadet ting og kanskje seg selv, og vi hadde ikke noen sted hvor det var håp om bedring, bare oppbevaring sammen med fattige og utviklingshemmede. Så Major dro til Tyskland med sin forlovede og hennes mor, til et sykehus som var annerkjent. Forloveden kunne ikke klare seg ute før langt senere, men sykehusbygninger der var inspirasjon for anlegget på Gaustad, som Major planla sammen med arkitekten som også var inngiftet slektning.

Jeg sammenlikner med andre psykiatriske sykehus jeg har arbeidet på eller besøkt: Lier, Preste seter, Sannerud, Ullevål.6B, Vindern psykiatriske klinikk og Dikemark. Videndern hadde mer gjennomgående strekere fagmiljø, men det er Gaustad er rammen jeg ikke orker tanken på at disse pasientene skal miste, den rammen er skapt av en mann som elsket en kvinne som ble rammet av en alvorlig psykose, Jeg er ikke alene om denne tanken, psykiater Fred Heggen forteller om sin opplevelse av dette på 1.mai videoen fra Stiftelsen Gaustadklubben, han arbeider med folk med psykose og rus, og fant at i dette miljøet kunne det oppstå bedring ved lang tids opphold (opp til et år, det var før kort opphold i avdeling ved psykoser.) (<https://www.facebook.com/stiftelsen.Gaustadklubben/.videos/1297873523947720/>), hvor dere også kan høre Tove Strand i intervju med Thoralf Steen gå inn for å beholde Gaustad for disse klientene, på sikt og velferdsbygget som nå vil tilbys universitetesansatte, så kan pasientene heller få mindre rom i noen som skal anskaffes (husker ikke om det var Moelven brakker). Jeg var student når jeg var et halvår på Gaustad, og noe faglig var mer



autoritært enn klokt, men likevel skrev noen kvinner overlegen ikke ville ha der, i Dagbladet og ønsket å komme tilbake når neste gang fikk en ekstra tung periode. (Tror det kanskje var pasienter som nå heller ville fått hjelp gjennom ny tenkning det forskes i et bygg ovenfor det jeg går ut fra var første bygge trinn: traumaets stress og selvmord. Jeg har av avsinnelegg for å holde Gaustad for folk med alvorlig psykiske lidelser og behov for lengre opphold i avdelinger av gruppen av behandlere og forskere som jobber med nyinsykede, De har nok flyttet dit, hvor første forsøk på å kombinere god tenkning i avdelingen Kastanjabakken, som ble et senter for ganske mye frivillig opplæring i fritiden i de nyeste tenkningene innen psykoanalyse. (Svært mange av dem som var engasjert i dette har også skrevet innlegg for å bevare Gaustad for de som nå er pasienter der.

Selv har jeg opplevd at stedet endelig gav en ro i det å vite seg å ha en alvorlig psykisk lidelse, når jeg besøkte en ung slektning der like før hun skulle skrives ut. Hun viste meg hvor det var fint å ha snakke sammen mens hun tok sin røyk, i en krok bak en av murene mellom bygningene, denne blandingen av lukket/ skjermet og fint formede åpninger og jeg tror en murfast benk? Hun fortalte om små friheter hun der og da var glad over, som den korte veien fra hennes avdeling (lengst sydøst) og ned til bensinstasjonen hvor hun kunne kjøpe det hun ønsket seg, med en stemme som ikke lik før dirret av den utrygghet som psykoser gjerne gir. Jeg unner mange unge og eldre med alvorlige psykoser liknende opplevelser som hun hadde hatt. Og at mange med spiseforstyrrelser skal kunne få hjelp gjennom fagavdelingen i et annet av byggene. Hilsen Gudveig Havstad, kjempesykehus hus tett opp til Gaustad ødelegger det helende anlegget (Fil lot seg ikke fjerne)

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (første forsøk på å sammenlikne døve undervisningspsykisk helsevern.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Har sammenliknet starten av utdanningen for døve som også startet i 1848, med døvelærer Balchen som hadde lært seg en av de to strategiene for opplæring av døvstumme: talemotoden, hvor min farfar født i 1851 og døv fra 1856, tok studenteksamen sammen med en litt yngre dødfødt medelev fra familien Askhaug i 1871. På skolen begynte døvelærer Elias Hofgaard i 1877, og alt i 1882 fikk bestyrer ansvar for nyopprettet døve skole på Hamar. Hvor han viste seg å vise ekstra dyktighet i undervisning av døve med flere problem enn døvhet, og ble den som første gang fikk til å lære en døvblind å tale, (Hellen Kellers lærer lærte av ham så vidt jeg forstår)

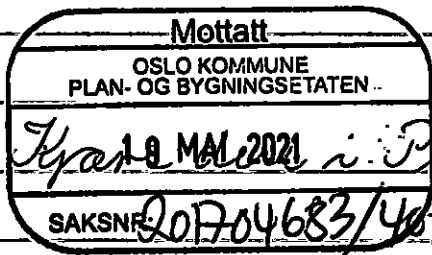
Men det som slår meg er at døvelærere hadde samme forståelse av døvhet

(nerver mellom øret og hjernen ute av funksjon,) og to brukbare strategier å velge mellom, opplæring i tale (bygger på å se lærers munnbevegelser og munnavlesing) eller at lærer bruke og standardiserte tegnspråk som alt var etablert blant de døve. Og det var ganske harmonisk mellom lærere (Hoffgaard og min farfar giftet seg med søstre, forble knyttet til Balchen, og selv om min farfar jobbet med mye annet enn døveundervisning, forble dette et tema som opptok ham, idealiserte tale opplæringen fremfor tegn, men forstod mens han jobbet for at døve skulle få egen prest, at denne måtte bruke tegn, å følge en preken ville bli alt for anstrengende for de fleste døves.

Jeg tenker at det min farfar skrev om døvelæreres behov for å ha tid til å reflektere over sine erfaringer og frihet til å finne på strategier å utprøve for å gi sine ulike elever den undervisning hver og en kunne trenge, likner på det jeg tenker om å arbeide som psykolog/ psykiater. Men at de pasientene Major mente å opprette Gaustad Asyl for , og tilsvarende Asyl for rundt om i landet, de psykotiske , er mindre enkelt å finne ut hvordan har oppstått, hva som kunne hjelpe. Major holdt fast i helbredelse som målsetning, i løpet av to år, men ingen av fremgangsmåtene som var funnet på var effektive, og Major forlot sitt prosjekt, og druknet med sin familie like før båten de dro med nådde Amerika. Og etter på har ulike strategier blitt antatt rett for alle , av mange ulike asyl direktører, ønsket om kontroll, være den som viste, der ingen viste, preget psykiatrien , og klinisk psykologi. Jeg studerte i Oslo frem til 1980, noen av våre lærere var ikke på talefot, enten var psykodynamisk psykologi helt idiotisk eller så viste dårlige utgaver av adferdsterapi at utøverne var umenneskelige. (og tankene om de som skulle ha hjelp var like ulik), samfunnet krevde den effektiviteten det ikke krevde når en jente var blitt døv og blind som treåring og foreldrene ikke vite at hun hadde rett på skolegang, ble tatt med til døve skolens internat og gitt undervisning fra hun var tolv til etter konfirmasjon da hun var tyve, og kunne ha et ok liv som en som var ekstra god med håndarbeid

hjemme hos sin mor. Å være omtalt i leksikon som tegn på fremgang utøvd av en engasjert lærer, tyder vel på at hvert menneske (unntatt de som samfunnet ikke fant ut av hvordan de skulle håndtere) må ha betydd mye mer i 1909 når bind III av ILLUSTRERT NORSK KONVERSASJONS LEKSIKON utkom.

Jeg har tenkt at Svein Haugsgjerd har fortsatt på en mildere holdning til dem som tenker andre tanker enn ham, og en medmenneskelig holdning til kolleger og pasienter, og en mye større nysgjerrighet på mange ulike måter blant psykoanalytikers tenkning om psykoser, kombinert med realisme , og at det er ekstra viktig å forankre arbeidet med å hjelpe folk som er rammet av en psykose nettopp på Gaustad, hvor han har inspirert mange gjennom veiledning, samarbeid og seminaret med fagfolk det har vært godt å lytte til for å øke toleransen for ikke å vite, og interessen for å forstå, nettopp der, nettopp nå hvor det forskes på traumer og terapimetoder ved selvskading og når også de som jobber med dem som nettopp er rammet av en psykose, og forskning i denne sammenhengen. Altså mulighet for faglig gjensidig inspirasjon, i stedet for konkurranse om å ha rett og skulle styre andre .



Soqn, 12. mai - 21.

Alle jeg har snakket med
(det er mange) i Klaus -
Torgardsvei vil ikke ha
nytt sykehus på Gaustad.

Vi vil gjerne beholde
Ullevål sykehus.

Saksnr: 201704683-351

Saksbehandler: Gro Jensen Vig.

Vennlig hilsen
Berit Samodt
Tlf. 22236525

Klaus Torgardsvei 10B
0372 - Oslo.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 24.05.2021 kl.16:45
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-PVSZ
Innsendt av: Elisabet Hellem
E-postadresse: hellem.elisabet@gmail.com
Mobilnummer: 91514665

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Det er svært viktig for meg at denne by- og kollektivnære inngangsporten til marka ikke blir ødelagt og utilgjengelig pga brakkerigger, støy og trafikkfarlige situasjoner fra tunge kjøretøy, (planlagt tilførselsvei ned til rundkjøringen i dumpa). Jeg bor i nabolaget og benytter denne inngangen til marka til turer med hund, opptil flere ganger pr. dag og flere ganger i uken med familie og venner, sommer som vinter. Ro, lys, vegetasjon/natur, leke,- og rastemuligheter er viktig både for voksne og barn som benytter området, omtalt som Krokodillebukta. Daglig benyttes området av mange barnehagebarn, skolebarn og barn som bor i nærområdet. At muligheter for gode naturopplevelser og fellesskap, spesielt for barn og unge, går tapt ved å ødelegge dette området, er trist.

NATTERO er svært viktig. Som nabo til RH (ikke engang i de 4 nærmeste rekkene) er det selv idag en god del støy fra helikoptere, og det må vi selvfølgelig tåle... Men med nye, mer støyende og kraftigere helikoptere med landingsplass nærmere småhus bebyggelsen på vestsiden av RH blir situasjonen er helt annen; adskillig mer sjenerende støy for alle i nabolaget, og uten tvil enda mer sjenerende for husene i nærmeste rekke, som også høyst sannsynlig vil oppleve sterke vindkast fra rototerene.il

Dagens RH en vakker og fint dimensjonert bygningsmasse, godt balansert forhold til historisk fredede bygninger på Gaustad sykehus. Å ødelegge dette vakre området med tette høyhus krampet sammen på en liten tomt vill ikke bare være et estetisk anliggende, men også frata pasienter og personale lys, sol og åpenhet. Flere naboer, spesielt i vest, vil også miste lys og sol rundt hjemmene sine.

Det betyr også mye for min og mange andres livskvalitet, at vi slipper en støyende anleggsperiode over mange, mange år i tillegg til permanent støy og annen påvirkning fra flere og kraftigere helikoptere enn vi har i dag.

VÆR SÅ SNILL Å IKKE ØDELEGGE RIKSHOSPITALET OG NÆROMRÅDET

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Saksnummer: 201704683

Dato: 25.05.2021

Til: Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune

Fra: Styret for Gaustadtunet Boligsameie, Sognsvannsveien 27 A-E, 0372 Oslo

Høringsuttalelse om detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde, til sykehus.

Gaustadtunet Boligsameie består av 55 leiligheter og nærmere 200 beboere. Leilighetene ligger nord for Gaustad sykehus og tett opp til arealene som er prosjektert for utbygging av det nye Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus. Denne uttalelsen er resultatet av en prosess ledet av sameiets styre.

I området nord/øst for det prosjekterte anleggsområdet (Gaustadveien/Sognsvannsveien) bor det anslagsvis 2500 mennesker i bortimot 1000 husstander. Dette tilsvarer innbyggertallet i kommuner som Hemsedal og Hjelmeland. Alle husstandene vil berøres av de punktene vi behandler i denne uttalelsen.

Konklusjoner:

- Overordnet sett stiller boligsameiet seg sterkt kritisk til at sykehusområdet bygges ut etter foreliggende planforslag. Vi frykter konsekvensene av at det er planlagt et altfor stort bygningsvolum – Norges største byggeprosjekt etter andre verdenskrig – på et svært begrenset areal, der også mulighetene for utvidelser er utelukket. Dette er av fagfolk blitt karakterisert som "et gigantisk eksperiment med sykehustjenestene for innbyggerne i Oslo." Flere av bygningene er prosjektert med uforholdsmessig høyde som vil forandre landskapet i stor grad og stenge for utsyn mot byen og fjorden.
- Vi gir vår sterke tilslutning til Plan- og bygningsetaten som peker på at "*planforslaget er i strid med føringer om støy og landskapstilpasning i kommuneplanen*". Vi vil motsette oss at det gis tillatelser og dispensasjoner på tvers av kommuneplanen, slik den foreligger.
- Planforslaget har i svært liten grad tatt hensyn til de omliggende boligområdene i beskrivelsen av hvordan planene skal gjennomføres og hvordan forslagene vil komme til å virke permanent på naboene. Dette gjelder i høy grad også i en byggefase som kan vare i 15-17 år, og som vil påvirke barn, unge og eldre i viktige år av deres liv.
- Vi er svært bekymret for de trafikale konsekvenser dersom planforslaget blir realisert. Vi stiller oss kritisk til trafikkanalysene som legges til grunn for planene. Det finnes neppe andre eksempler i landet på at et helt boligområde av denne størrelse skal ha sin eneste atkomst både med bil og til fots gjennom et sykehusområde.

- Boligsameiet har sterke innsigelser mot støyen som boligområdene rundt det nye anlegget vil bli belastet med, særlig fra økt helikoptertrafikk. Vi er ikke overbevist om at de tiltak mot støy som er forespeilet vil tilfredsstille de krav til beskyttelse som samfunnet stiller i lover og forskrifter om støyregulering. Dette gjelder både i den langvarige byggeperioden og etter at planforslaget er gjennomført.
- Boligsameiet er sterkt bekymret for hvordan sykehusets utvidelse vil innvirke på natur, miljø og ferdsel, og mener at dette er lite konkretisert i planforslaget. Ikke minst gjelder bekymringen hvordan kravene til tilbakeføring av naturen skal bli oppfylt i områdene som ikke blir bygget ned.
- Den langvarige byggeperioden på 15-17 år er i seg selv en tung innvending mot prosjektet. Det skal gjennomføres på et begrenset areal med korte avstander, og med alle de ulemper dette medfører for de nærliggende boligområdene i form av omfattende riggområder, anleggstrafikk, midlertidig landingsplass for helikopter, byggestøy etc.

Kommentarer til plan om bygging av nytt sykehus på Gaustad og krav til utvidelse av Rikshospitalet på Gaustad

Gaustadtunet Boligsameie legger til grunn for sine kommentarer at planforslaget om å utvide Rikshospitalet på Gaustad ikke må realiseres.

Det foreligger sterk dokumentasjon fra en rekke faglige hold, ikke minst innen medisin og helsetjenester, for at beliggenheten er svært lite egnet for den utvidelsen som er nødvendig for å dekke et framtidig sykehusbehov for regionen dersom Ullevål sykehus blir nedlagt. Mulighetene for eventuelle senere utvidelser vil heller ikke være til stede. Vi mener at PBE må ta sterkt hensyn til Kommunekonsults rapport "Sykehusutbygginger i Oslo" som konkluderer med at: *"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."*

Kommunekonsult peker i sin rapport dessuten på at planen gir *"vesentlig dårligere beredskap i den lange byggeperioden på Gaustad. Den gir 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."*

Det er i flere sammenhenger påpekt at Aker/Gaustad-alternativet er i direkte strid med Oslos kommuneplan, reguleringsbestemmelsene for tomtene og sentrale vernebestemmelser, både kulturhistorisk og miljømessig. Dette er alvorlige innsigelser som vi slutter oss til som Oslo-borgere og som naboer til det påtenkte prosjektet på Gaustad.

Vi frykter at belastningen av en sterk utvidelse av bygningsmassen vil få sterkt negative permanente konsekvenser med hensyn til:

- trafikkløsninger
- støy fra helikoptertrafikk
- forringelse av landskap og natur
- uforholdsmessig stort bygningsvolum og høye hus på et lite område

De midlertidige tunge belastningene i byggeperioden vil kunne vare i 15-17 år. Belastningene vil i henhold til planforslaget omfatte blant annet:

- store riggbrakker og andre anleggstyper i nærhet til boligene rundt sykehusområdet
- spunting, pigging, graving, massedeponering og massetransport
- midlertidig landingsplass for helikopter nær boligområder i nord

Vi reagerer på konsekvensutredningen ved å konsentrere oss om følgende hovedoverskrifter:

1. Urealistiske trafikkløsninger
2. Anlegg og brakkerigger
3. Støy
4. Friområder i nord, natur, miljø og generell ferdsel
5. Øvrige konsekvenser for beboerne i området nord/øst for sykehuset

1. UREALISTISKE TRAFIKKLØSNINGER

Gaustadtunet Boligsameie stiller seg kritisk til at mye av trafikken inn og ut fra bebyggelsen i nord/øst etter planforslaget vil måtte gå gjennom selve sykehusområdet. Planen legger opp til at mye av trafikken til og fra sykehuset skal bevege seg på gang- og sykkelveier, og med kollektive framkomstmidler. Det er etter vår mening naivt å regne med at dette vil utgjøre så mye som 50 prosent av trafikken. I tillegg kommer biltrafikken til og fra om lag 1000 husstander i Gaustadveien/Sognsvannsveien, fire barnehager og en institusjon for ungdomspsykiatri, en trafo-stasjon etc. I regnestykket hører også med ferdselen til dem som ønsker tilgang til Marka gjennom dette området. Slik ferdsel fremheves i kommuneplanen.

1.1 Mangelfulle trafikkanalyser

Krav til ferdsel med bil blir ikke ivaretatt tilfredsstillende. Planforslaget ser ut til å nedvurdere at bilkjøring omfatter et økende antall ansatte og pasienter som skal bevege seg til og fra sykehuset. Flertallet i befolkningen som bor og arbeider nord/øst for sykehuset eier og kjører bil. Vi vil hevde at trafikkanalysene som legges fram i planen ikke er troverdige og krever at prosjektets forslag til trafikkløsninger ikke må realiseres før analysene er gjennomgått kritisk og er oppdatert til dagens realiteter, og til mer realistiske prognoser for veksten i trafikken etter at sykehusprosjektet eventuelt blir gjennomført.

Trafikkanalysene inneholder heller ingen realistisk beskrivelse av hvordan anleggstrafikken i byggeperioden vil innvirke på den øvrige trafikken som vil måtte gå sin gang, uavhengig av byggevirksomheten.

1.2 Interessekonflikt på adkomsttorget

Vi forstår det slik at bilene som skal ut av sykehusområdet, samt bilene som kommer fra nord/øst, vil måtte kjøre over det planlagte adkomsttorget til sykehuset. Dette vil etter vår oppfatning opplagt kunne skape interessekonflikter mellom biltrafikk og torgets tiltenkte funksjon på sykehusområdet. Disse konfliktene ønsker ikke vi som bor utenfor sykehuset å måtte bli ufrivillig involvert i.

1.3 Bare én adkomst fra Ring 3

Selve akilleshælen i den trafikale løsningen i planforslaget er strekningen fra Ring 3 til den planlagte rundkjøringen i krysset Klaus Thorgårds vei/Gaustadalléen. Sårbarheten ved denne

løsningsen illustreres godt i planforslagets egen beskrivelse: "En ulykke eller stenging av vei på dette strekket vil være svært utfordrende for adkomsten til sykehuset."

Det er ikke bare ved eventuell stengning av veien at utfordringene oppstår: Daglig dannes det allerede i 2021 lang kø fra bensinstasjonen og opp til Gaustadalléen morgen og ettermiddag. Dette gjelder også trafikken på vei opp selve Gaustadalléen mot krysset. Ulempene ved denne flaskehalsen vil ikke bare omfatte sykehuset, men også alle som bor i området rundt. Rundkjøringen vil etter vår mening komme til å bli et uakseptabelt trafikalt problem. Det trengs en alternativ adkomst for bil i tillegg til dagens løsning fra Ring 3. Risikovurdering for å sikre tilstrekkelig adkomst og plass for utrykningskjøretøyer til boligområdene må også foreligge. Sårbarheten ved eventuell terror må konsekvensutredes.

Våre krav til trafikkløsninger

1. Planens trafikkløsninger må ikke gjennomføres før det blir lagt fram troverdige trafikkanalyser for trafikk fra nord og prognoser for den totale trafikkmengden etter ferdig utbygd sykehus. Vi trenger også realistiske analyser for den samlede trafikken i anleggsperioden.
2. Planens trafikkløsninger må ikke gjennomføres før det legges fram en konsekvensanalyse av bilkjøring over adkomsttorget til sykehuset.
3. Planens trafikkløsninger må ikke gjennomføres før det er utredet og godkjent et alternativ til dagens adkomst fra Ring 3 til krysset Klaus Torgårds vei/Gaustadalléen.

2. ANLEGG OG BRAKKERIGGER

Rigger og andre midlertidige anlegg i byggeperioden vil med en byggeperiode på 15 - 17 år ha en varig karakter for beboerne i nærheten. Ut fra planene virker det som om plassering, høyde etc. vil bli besluttet løpende etter behov.

I henhold til Plan- og bygningslovens § 20 - 1 J er *alle midlertidige konstruksjoner byggesøknadspliktige hos kommunale myndigheter*. Ifølge § 30 - 5 må "midlertidige konstruksjoner og anlegg ikke plasseres slik at de er til hinder for allmenn ferdsel eller friluftsliv eller på annen måte fører til vesentlig ulempe for omgivelsene." I samme paragraf står det at "Departementet kan gi forskrift om hvilke krav som gjelder for anleggsbrakker som skal stå i lengre tid enn to år."

Beboerne i nærheten av anleggsområdet må sikres rett til å uttale seg mer direkte til konkrete beslutninger enn i en høringsuttalelse som omfatter hele planforslaget som skal godkjennes av Plan- og bygningsetaten.

2.1 Manglende konkretisering

Planforslaget mangler nødvendig konkretisering og visualisering av hvordan planene om brakkeriggene vil framstå. Det framgår heller ikke konkrete forslag til å dekke behov for parkering, midlertidige massedepoeringer, inn- og utlastningsområder etc.

2.2 Rigger utenfor anleggsområdet

Av planforslaget framgår det at riggene i stor grad skal plasseres innenfor anleggsområdet. Unntaket er riggene som er plassert sør for boligene i Sognsvannsveien 27A-E. Disse skal ligge på et jorde som er regulert til friluftsområde og som er eid av Oslo kommune. I dette området er det gravd ned høyspentledninger. Derfor er det forbud mot å bygge på dette jordet. Vi som bor i leilighetene langs jordet har investert i dem under forutsetning av at det ikke skulle bebygges. Rigger som blir stående med så lang varighet vil bryte med en slik forutsetning.

2.3 Tur- og lekeområde

Jordet er i stor grad benyttet som leke- og turområde, og folk bruker det i ferdsel til og fra barnehager, lufting av hunder, turer, terapi-ridning for pasientene på Gaustad sykehus og eksempelvis orienteringsløp. De fire barnehagene i området med 100 - 150 barn hver bruker området flittig til uteaktiviteter.

Jordet er også et yndet oppholdssted for en rådyrstamme som holder til i området. Det skal etter endt byggeperiode, ifølge planforslaget, tilbakeføres til den stand det er i dag. Det er ikke det samme som at det blir opparbeidet ny park. Vi stiller oss tvilende til om tilbakeføring kan gjennomføres etter så langvarig anleggsvirksomhet med brakkerigger.

2.4 Sviktende grunnlag

Det er på et svært sviktende grunnlag beboerne nå må ta stilling til brakkerigger som i verste fall kan bli stående i to årtier. Det er en vesensforskjell fra dette til å måtte bo like ved en byggeplass i 2-3 år. Antydningen av at en brakkerigg vil kunne tjene som støyskjerm mot anleggsvirksomheten, oppveier ikke den enorme ulempen ved å ha en høy rigg like oppi vinduene våre.

2.5 Alternativ plassering

Vi mener det må finnes alternative plasseringer innenfor anleggsområdet for brakkeriggene som er planlagt satt opp på jordet foran boligene i Sognsvannsveien 27A-E. Disse riggene vil etter planforslaget bli liggende lengst fra der de fleste byggearbeidene skal bli gjennomført. Vi vil peke på at bygging av prosjektene R og S ikke er planlagt påbegynt før etter 2030, og i den mellomliggende perioden vil trolig R- og S-områdene kunne fungere som plassering for brakkerigger og annen liknende virksomhet.

Våre krav til anlegg og brakkerigger

1. Planforslaget må ikke godkjennes før vi får bekreftet at brakkerigger blir særskilt byggemeldt til myndighetene slik at beboerne i en høring kan ta stilling til plassering, høyde, varighet osv.
2. Planforslaget må ikke godkjennes før det kommer et langt mer konkretisert forslag til plassering av brakkerigger og andre anlegg, og deres volum.
3. Planforslaget må ikke godkjennes før det er funnet en alternativ plassering for riggene som er planlagt plassert på friområdet på Oslo kommunes grunn sør for Sognsvannsveien 27A-E.

3. STØY

Utfordringene med støy fra det utvidede Rikshospitalet vil bli betydelige, slik vi leser planforslaget.

Vi sikter først og fremst til den permanente støyplagen som vil oppstå med et ferdigstilt sykehus. Da tenker vi ikke minst på støy fra helikoptertrafikken. Den vil øke kraftig, blant annet med nytt traumesenter som vil forårsake hyppigere flygninger til to separate landingsramper. En ny type redningshelikopter vil ifølge rapportene forårsake langt mer støy enn helikoptrene vi kjenner fra dagens trafikk til Rikshospitalet.

Vi sikter også til den midlertidige støyen som vil bli påført den omliggende bebyggelse i byggeperioden - og som vil få svært lang varighet.

3.1 Støy fra permanent helikoptertrafikk

a. Uklart om tiltak

Planforslaget beskriver tiltak som skal kunne møte nasjonale krav for å motvirke støy innvendig i nærliggende boliger, og nevner blant annet behov for bedre lydisolering. Men forslaget omtaler bare i svært vage ordelag tiltak mot utvendig støy. Beboerne ønsker å beholde et uteliv på terrasser, i hager og i nærliggende naturområder som ikke skal lide under at nasjonalt akseptable grenseverdier vil bli overskredet. Det samme gjelder for de fire barnehagene i området og for turgåere som skal passere gjennom sykehusområdet på vei til Marka.

b. Tvilsom rapport

I "Fagrappport Gaustad sykehus - Støy fra helikoptertrafikk" er vist til en støyvurdering av Sweco for fremtidig helikopterlandingsplass på det nye sykehuset. Den er basert på Miljøverndepartementets retningslinjer for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442/2012). Det er ikke begrunnet hvorfor ikke nyeste versjon av retningslinjene fra 2016 er lagt til grunn.

I utredningen fra Sweco heter det at det vil være opptil 650 helikoptertransporter årlig om natten ved det nye sykehuset, færre enn 2 hendelser pr natt. Ikke desto mindre peker Folkehelseinstituttet (FHI) på at "maksimalstøynivåer fra helikopterstøy er såpass høye at dersom de forekommer om natten, vil det med stor sannsynlighet føre til oppvåkninger. En til to oppvåkninger per natt er svært lite gunstig for psykisk og fysisk helse, både på kort og lengre sikt. Det bør derfor etterspørres særskilte tiltak for å redusere støynivå i nattperioden i form av mer støysvake helikoptere, skjerming, fasadetiltak".

c. Hva er "tilfredsstillende"?

I Støyutredningen fra "Detaljregulering for Gaustad sykehusområde" heter det det at: "Et utendørs tidsmidlet lydnivå inntil $L_{den} = 57$ dB og et begrenset antall hendelser over L_p , A, maks 80 dB dag/kveld/natt anses å gi en tilfredsstillende støysituasjon for vanlig boligbebyggelse (vår uthev.)."

FHI spør hva bakgrunnen er for at dette blir beskrevet som en "tilfredsstillende støysituasjon"? FHI kommenterer: "Retningslinjene for støy i arealplanlegging (T-1442/2016) oppgir anbefalte grenseverdier for støy fra luft som sier at støynivå ikke skal overstige L_{den} 52 dB og maksnivå ikke skal overstige L_{5AS} 80 dB utenfor vinduer til rom med støyfølsomt bruksmål. Et gjennomsnittlig støynivå på L_{den} dB 52 er også nedre grense for gul støysone.

Det er denne anbefalte grenseverdien som er gitt for å forebygge negative virkninger av støy, og således må kunne regnes for en tilfredsstillende situasjon."

FHI slår fast: "En 5 dB økning i gjennomsnittlig støynivå (fra 52 dB til 57 dB) tilsier godt over en dobling av trafikken/lydenegien. (Vår uthev.)

Vi ser av andre rapporter at tallene fra Swecos analyse blir trukket i tvil som manipulative og at selskapet har brukt foreldede retningslinjer fra Miljøverndepartementet som forutsetning for sine konklusjoner.

Våre krav til permanent helikoptertrafikk

1. Vi krever at det legges fram overbevisende tall på hva vi eventuelt kan forvente av verdier på støy før helikoptertrafikken kan settes i gang på ny landingsplass.
2. Vi krever før helikopteraktiviteten settes i sving på ny landingsplass at det klargjøres hva utbygger mener med "tilfredsstillende lydsituasjon" i henhold til Folkehelseinstituttets innholdsbeskrivelse for tilfredsstillende støyverdier.
3. Vi krever en langt mer detaljert beskrivelse av hvilke konkrete tiltak mot helikopterstøy som vil iverksettes før sykehusanlegget blir tatt i bruk.

3.2 Midlertidig helikopterlandingsplass

Nær mange boliger

Vi er sterkt bekymret for at planforslaget peker på at en midlertidig helikopterlandingsplass skal legges mot nord i anleggsområdet. Dette vil skje når den nåværende landingsplassen nedlegges og et nytt adkomsttorg blir bygget. Det er i nord de fleste boligene ligger nær anleggsområdet.

Planforslaget gir oss ingen holdepunkter for å kunne bedømme hvor sterk støybelastningen vil bli fra den midlertidige landingsplassen og hvilke tiltak som følger av denne plasseringen.

Den midlertidige landingsplassen bør legges i nærheten av der de permanente landingsrampene er planlagt slik at det blir mest mulig samsvar mellom midlertidig og varig trafikk til og fra sykehuset.

Våre krav til midlertidig landingsplass for helikopter

1. Vi krever at midlertidig landingsplass for helikoptertrafikk ikke må legges nord i landingsområdet nær de fleste boligene i området.
2. Vi krever at Folkehelseinstituttets påpekninger av Miljøverndepartementets siste retningslinjer for helikopterstøy i anleggsområder blir oppfylt før det blir utpekt en ny midlertidig landingsplass.

3.3 Støy fra spunting, pigging, graving og massetransport

Støyverdier fra pigging, spunting, graving og massetransport av lang varighet er ikke tatt inn som eget krav som må oppfylles før virksomheten settes i gang. Dette betrakter vi som en grov forsømmelse i og med at konflikttemaene er beskrevet både i planforslaget side 191-192 i og «Fagrapporten: Anleggsfasen» pkt 1.5 og i pkt. 8.3 side 33.

a. Hva med menneskene?

I rapportene er det viet atskillig plass til temaet «varige skader på grunn av anleggsarbeidet» på f.eks. planteliv, trær, fugleliv og økologiske funksjonsområder.

Konklusjonene i dokumentet beskriver at anleggsaktiviteten vil medføre - (sitat) «middels negativ konsekvens». Det er oppsiktsvekkende at det ikke er knyttet negative konsekvenser opp mot menneskene som bor og lever i umiddelbar nærhet, nord/øst for den stiplede anleggsgrensen.

Dokumentasjon fra «Norsk forening mot støy», gir entydig uttrykk for at kontinuerlig støy særlig fra spunting, pigging, samt graving og kontinuerlig utkjøring av masser kan resultere i varige skader på mennesker som lever og bor nær opp til en byggeplass over lang tid. Vi har allerede påpekt at Gaustad-prosjektet har beregnet anleggstiden til 15-17 år, (ref. side 24, fig 16).

b. Uholdbare beregninger

Vi stiller oss sterkt tvilende til at de teoretiske beregningene for støy i anleggsrapporten er holdbare, og aksepterer ikke de forslag til reduserende tiltak som er nevnt som tilfredsstillende. Spunting gir kontinuerlig slag over lange perioder, noe som gir psykiske belastninger innenfor våre boligområder med ca. 1000 husstander.

c. Stemmer ikke

Beskrivelsene i Fagrapporten 8.3: Støy, er ikke troverdig. Beskrivelsen er knyttet til T-1442 og kommunens støyforskrift. Vi har ikke tillit til at dette vil kunne gjennomføres i anleggsvirksomheten i henhold til støyforskriften. De eksempelberegninger som er dokumentert i fig 23, og øvrige støykart over boligområdene, stemmer ikke med hverandre.

I Fagrapporten foreligger er rekke kart over beregnet støy fra graving, massetransport, pigging og spunting. Beregningene viser at store deler av de nærliggende boligområder vil være berørt med 55dB(A) og opp til 60dB(A) støy fra pigging i 2022 og med spunting fra 2023. Punktstøy er ikke kommentert. Dette ligger langt over anbefalte støynivåer over tid.

d. Lett å få dispensasjoner

Fra innhentede opplysninger for byggingen av Munch-museet innvilget Oslo kommune v/Helseetaten dispensasjon fra spunting med økte støygrenser. Det samme viser en rapport fra et anleggsarbeid til Bane Nord. Der ble arbeidene utført med høyere dB-grenser enn lovet, med anleggsarbeid i tidsrommene kl. 07-19 på hverdager og kl. 07-17 på lørdager. Dette er uakseptabelt når vi som naboer står overfor Norges største byggeprosjekt etter annen verdenskrig med en varighet av 15-17 år!

e. Ingen arbeidstidsgrenser

I rekkefølgekravene foreligger ingen krav til arbeidstidsgrenser verken på hverdager eller lørdager, og heller ingen krav om bruk av støysvake maskiner som finnes på markedet.

I «Planforslaget pkt.1.5/1.5.1: Støy i anleggsfasen» foreligger en kort oppstilling av: Retningslinjer, nyere revisjoner, Oslo kommunes støyforskrifter, inkl. veileder. Her ser det ut til at det også er åpnet for grenseverdier for støy fra arbeid på nattestid.

f. *Ingen konkretiseringer av tiltak*

Det foreligger ingen konkretiseringer av tiltak for begrensning av bygge- og anleggsstøy. Med referanser til ovennevnte saker åpnes det for dispensasjoner. Vi frykter at det samme vil skje ved Gaustad-utbyggingen.

I samme pkt 1.5.1 foreligger en omfattende beskrivelse av en metodikk som forklarer hvordan en skal søke Helseetaten om dispensasjon der «*støyende aktiviteter som utvikler støy kan overskride grenseverdiene i forskriftens §12 som utvikler støy med impulsiv støy*».

Videre beskrivelse side 192 pkt. a-f viser hvor det bl.a. nevnes «*strategi for håndtering av støyklager og tilbud om erstatningsboliger*»

Planforslaget viser inkonsekvens knyttet til egen utredning. Vi mener at Plan- og bygningsetaten bør merke seg hvordan planforslaget foreslår å omgå etterlevelse av støyforskrifter og håndtering av støyklager som ledd i håndtering av hele byggevirksomheten. Dette vitner om liten vilje til å vise hensyn til nabobebyggelsen.

Våre krav knyttet til støy fra bygge- og anleggsvirksomheten

1. Vi krever at det blir fremmet et nytt punkt i rekkefølgekravene før planforslaget eventuelt blir godkjent:
 - spunting og pigging gjennomføres med alternative støysvake maskiner,
 - nye støykart blir dokumentert ved bruk av alternative maskiner
 - tilfredsstillende arbeidstidsgrenser for anleggsdrift.
2. Før det settes i gang med anleggsdrift må de foreliggende støykartene være i samsvar med godkjente verdier for støy.
3. Vi krever at det ikke blir åpnet for dispensasjoner fra støyforskriftene.

4. FRIOMRÅDER I NORD, NATUR, MILJØ OG GENERELL FERDSEL

Planforslaget er i strid med *føringer om landskapstilpasning i kommuneplanen*. Vi er sterkt bekymret for den forringelsen av landskap og naturmangfold som planforslaget legger opp til og som vi er overbevist om vil bli en konsekvens av Gaustad-utbyggingen.

4.1 Naturmangfoldet blir borte

Vi konstaterer at den etablerte ballbanen i nord forsvinner. Vi merker oss at det ikke er skrevet noe sted hvordan dette skal kompenseres. Dette illustrerer hva som kan skje med dagens friområder, natur og miljø når området skal tilbakestilles etter endt byggevirksomhet. Buffersonen fra bebyggelsen mot sykehusområdet anses for å være altfor liten og kan ikke på noen måte kompensere for de grønne slettene som omgir boligområdene i dag. Friområde 3

blir redusert til en trang gresskorridor og vil trolig bli omfattet av såpass mye trafikk at det blir en helt uaktuell trasé for f.eks. rådyrene som har etablert seg i området. Vi konstaterer at naturmangfoldet vil bli borte.

4.2 Bevaring av trær

Det er gjennomgående svært ufullstendig beskrevet hva som skal bevares av trær i området. F.eks. er skogsområdene mellom Gaustadtunet Boligsameie og Gaustad Sykehus ikke beskrevet i det hele tatt. Vi krever at skogsbeltet blir stående fordi det er knyttet til et fredet/vernet område mot nordøst. Det naturlige arts mangfold og natur i området må bestå. Det er ikke tilfredsstillende om det blir opparbeidet park etter endt byggeperiode.

De fleste trær må bli stående, også for å bidra til at utsikten fra boligområdene ikke bare blir preget av høyhus. For beboerne handler det også mye om inntrykket man får når en ankommer boligområdene. Dette utgjør en betydelig verdi av boligene innbyggerne har investert i. I dag representerer området grønne jorder og trær, det vil innebære en stor forringing å måtte ankomme gjennom et bebygd sykehusområde. Det vil gi redusert livskvalitet å måtte vandre igjennom det nye området på kveldstid. Grøntarealet og alléer tilknyttet Gaustad sykehus må bli bevart i så stor grad som mulig.

4.3 Turvei-traséer omfatter mange

Sikring og realisering av turvei-traséene i kommuneplanen B1 i vest og B5 i øst er viktig for ferdsel i området og noe vi støtter. Disse må innarbeides i planforslaget. Krav om bevaring av trær, grøntområder og turvei-traséer gjelder ikke bare beboerne i Sognsvannsveien 27A-E, men berører sterkt alle som ferdes gjennom området, også fra bebyggelsene f.eks. på Adamstuen, Blindern og Ullevål.

4.4 Riggområder vil kunne ødelegge naturverdier for alltid

Vi har tidligere omtalt at planforslaget har lagt opp til å benytte friområder til anleggs- og riggområder. (Se også vår tidligere henvisning til Plan- og bygningslovens krav til plassering av anleggsbrakker). Grensene for plasseringen av disse er utydelige og vi frykter at riggområdene vil «ese ut» etter hvert som behovet for areal melder seg. Vi er sterkt bekymret for dette og vil kreve en ny plassering av riggområdet i nord. Dette riggområdet vil etter planen grense til en eikeallé som er en registrert naturverdi, og ligger i konflikt med vandringskorridor for vilt mellom Sognsvansbekken og skogen øst for Gaustad sykehus.

Vi har også tidligere berørt at riggområdet plasseres delvis på et friområde som fungerer som beiteområde for vilt. I planene heter det at *«Det forutsettes at plasseringen og bruken av riggområdene tilpasses naturverdiene slik at inngrepene i anleggsfasen ikke forringer naturverdiene i større grad enn det som er nødvendig i forbindelse med utbyggingen. Detaljert plassering av riggområder skal vurderes av en fagrådgiver med naturmangfoldskompetanse i forbindelse med miljøoppfølgingsplan eller tilsvarende i senere planfase.»*

For Gaustadtunet Boligsameie er slike formuleringer langt fra betryggende og vi understreker at detaljert beskrivelse og avgrensning må foreligge, og riggene må byggemeldes, før planene blir godkjent.

Det er også nødvendig med en tydeligere beskrivelse, avgrensning og tegning av hvor de øvrige riggområdene skal ligge, hvilken skade plasseringen vil ha på naturen og hvordan riggområdene skal tilbakeføres til opprinnelig tilstand. Det er svært uheldig for restaurering

av naturområdene at riggområdene skal eksistere i minimum 15-17 år. Riggområder må opprettes i umiddelbar nærhet til der det bygges og over så kort tidsrom som mulig.

4.4 Flytting av jordmasser

Det må være en selvfølge at det ikke skal tilføres eller spres fremmede arter gjennom bruk og flytting av jordmasser og vegetasjon under anleggsarbeidene. Vi krever en godkjent massehåndteringsplan før igangsetting og en risikovurdering av anleggsarbeidets påvirkning på blant annet grunnforhold.

Våre krav knyttet til friområder, natur, miljø og ferdsel

1. Vi krever at anleggsvirksomheten ikke må settes i gang før det foreligger en overbevisende plan for at buffersonen mellom sykehuset og bebyggelsen blir opprettholdt og kan tilbakeføres til opprinnelig tilstand. Brakkeriggene må plasseres slik at de ikke påfører natur og miljø varige skader.
2. Vi krever at det utarbeides en langt mer konkret plan for bevaring av trær og naturområder før det blir satt i gang byggevirksomhet.
3. Vi krever at turvei-traséene blir ivaretatt i henhold til kommuneplanen til beste for befolkningen som også omfatter f.eks. Adamstuen, Ullevål og Blindern.
4. Vi krever en massehåndteringsplan som gjør rede for hvordan flytting av masser og jord ikke bringer med seg fremmede arter og sørger for at dagens mangfold blir ivaretatt.

5. ØVRIGE KONSEKVENSER FOR BEBOERNE I OMRÅDET NORD FOR SYKEHUSET

5.1 Leirholdig jord

Anleggsområdet ligger på leirholdig jord. Det foreligger ingen vurderinger eller konsekvensanalyser av mulige forsinkelser og omfang av spunting opp mot grunnforholdene. Kommunegeologen i Oslo har anbefalt at grunnforholdene blir overvåket i ett år før eventuell bygging av nytt Rikshospital på Gaustad. Geologen stiller spørsmål om leirskred i området: "*Det er behov for å presentere vurderingene av områdestabiliteten på en tydeligere måte med for eksempel borekart, kilder og hvordan terrengeanalysene er gjennomført.*"

Vi viser for øvrig til nylige leirskredkatastrofer.

Grunnforholdene vil kunne resultere i betydelig forsinkelser i fremdriften av grunnarbeidene. Byggeperioden vil kunne bli utvidet med flere år, opp mot 2037-39 slik som beskrevet i Anleggsfasen pkt. 7.1

Vårt krav til analyse av grunnforholdene

Det må foreligge en konkret analyse av grunnforholdene før oppstart av anleggsvirksomhet.

5.2 Luftkvalitet

Forurensningsloven legger tydelige begrensninger på hva et boligområde kan utsettes for av støvplager, transport og lagring. Lokal luftkvalitet skal bli tatt hensyn til i byggesaksbehandling og arealplanlegging. Vi etterlyser analyser av hvilke konsekvenser anleggsarbeidet over så lang tid vil ha på luftkvaliteten nær anleggsområdet.

Vårt krav til luftkvalitet

Det må foreligge en plan som tydeliggjør hvordan anleggsvirksomheten skal oppfylle Forurensningslovens krav til luftkvalitet for bebyggelsene nær anlegget og fra den eventuelt framtidige helikoptertrafikken.

5.3 Rystelser i anleggsarbeidet

Gjennomføringen av anleggsarbeidet innebærer bruk av tyngre maskiner og utstyr, samt sprengningsarbeider. Det må utarbeides grenseverdier for hvilke rystelser som kan være tillatt i anleggsperioden. Boligsameiet er bekymret for skader som kan oppstå på egne bygninger fra rystelser og mener det er nødvendig å kartlegge om nærliggende bebyggelse og infrastruktur kan påvirkes negativt av rystelser.

Vårt krav til rystelser i anleggsarbeidet

Bruk av tyngre maskiner og utstyr og gjennomføring av sprengningsarbeider må skje innenfor godkjente grenseverdier for rystelser før anleggsarbeidet kan settes i gang.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 25.05.2021 kl.12:40
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-PKNZ
Innsendt av: Marte-Kristin Sjønes Brunvoll
E-postadresse: martebrunvoll@live.no
Mobilnummer: 94180687

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Hei!

På vegne av Holmenveien Barnehage, ville eg berre seie at vi håpar turområdet og naturen knytta til Gaustadskogen framleis vil vere mogleg å dra nytte av under denne utbygginga. Vi nyttar området frå Rugdeveien og bort til markainngangen nedanfor Rikshospitalet fleire gongar i løpet av ei veke, og er særst glad i grillplassen med balansestokkar og skogen rundt.

Så lenge barnehagar er på raudt eller gult nivå, er forsterka utetid lagt stor vekt på. I den samanheng har vi i mykje større grad vore avhengig av å kome oss ut. Sidan Gaustadskogen er vårt næraste tilbod til skog og mark, blir den aktivt nytta av både små og store på alle tolv avdelingar her i barnehagen.

Vi ynskjer med dette innlegget å uttrykke eit sterkt ynskje om at sikker adkomst blir prioritert i anleggsfasa, og at bruksverdien på området som turmål for oss i barnehagen blir oppretthaldt.

Mvh. Marte Brunvoll, fagansvarleg
mail: marte.kristin.sjanes.brunvoll@espira.no
tlf: 94 02 20 38

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Til Plan- og bygningssetaten

Oslo, 23.5.2021

Andreas Früh

Kopi: Rambøll, Helse Sør Øst /Sykehusbygg
og Statens vegvesen

Slemdalsveien 87A

0373 Oslo

Gjelder Gang- og sykkelvei 5 ved regulerings sak 201704683, konf. også regulerings sak 201614841 Slemdalsveien Sykkelvei med fortau.

Ved gjennomgang av saksdokumentene til: Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde, detaljregulering med konsekvensutredning til offentlig ettersyn er det i plankartet (Saksdok.321 / 26.03.2021) vist en gang/sykkelveg 5 som går rett til tomtegrense av vår eiendom i Slemdalsveien 87A som videre i den sørøstlige enden krysser tomtegrensen og når helt til garasjene til våre naboer. Dette er helt underlig idet regulerings sak 201614841 er avsluttet og skal ikke være lenger aktuell.



Det tas ikke hensyn til at det er en nivåforskjell på 3-4m mellom vårt tomt og den aktuelle gangveien. Vårt tomt grenser til en støttemur på cirka 2m med gjerde på toppen som er sannsynlig blitt anlagt sammen med bygging av ring 3 og utkjørsel til Slemdal rett mot en rekke med linde- og kastanjetrær og tett mot vårt hus. Mellom den aktuelle gangveien og gjerden er det en beplantet skråning. Trærne og buskene i skråningen lager en naturlig støyskjerm om sommeren og samtidig lar passere lys inn i vår stue om vinteren. En sykkelvei rett mot tomtegrense ville kreve fjerning av trærne og all beplanting, en støttemur på 3-4 meter og en støyskjerm oppå. Da ville vi bli murt inn. Og i sørøst en ny mot naboen en ny støttemur.

Vedlegger bilder som viser situasjonen fra vårt tomt og fra gangveien ovenfra:



Det er ikke å forstå hvorfor sykkel- og gangveien må flyttes rett til tomtegrensen, når det er plass på andre siden (grøntarealet til høyre) også lengre fram kunne utkjørselen flyttes et lite stykke mot ringveien.

Videre vil en sykkelvei i Slemdalsveien på høyre sides fortau (retning mot Slemdal) med sykling i begge retninger nok forverre en konflikt mellom sykler og biler som skal

svinge inn i stikkveien mellom Nr. 87/89 og 91. Spesielt biler som kommer fra Slemdal og svinger inn til venstre og konsentrerer seg på motgående trafikk fra Vinderen og utkjørsel fra Ringveien vil nok ha problemer å oppdage tidsnok sykler som kommer i stor fart ovenfra Slemdal. Problemet er ikke så stor nå idet de som ønsker å sykle fort tar heller veibanen for å komme ned fra Slemdal. Men det har skjedd at sparkesykler har dukket plutselig opp fra det intet.

Man ber PBE å journalføre dette notatet også ved saksnummer: 201614841 selv om saken er avsluttet, idet man antar at man ser på den gamle saken igjen, hvis et skulle bli en ny regulerings sak angående sykkelvei mellom Slemdal og Ring 3.

Med vennlig hilsen

Andreas Früh

Elena Albertini Früh

Til Plan- og bygningsetaten

Oslo, 30.5.2021

Andreas Früh

Kopi: Rambøl, Helse Sør Øst /Sykehusbygg

Slemdalsveien 87A

0373 Oslo

Gjelder: Saksnr: 201704683, Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Som ansatt ved Rikshospitalet og som nær nabo har man store bekymringer angående planforslaget.

Konsekvensutredning har store mangler og er farget i favør av forslagsstiller.

Ved utredning av **nærvirkningen** tones boligområdene ned som mindre viktig og konsekvensene bagatelliseres. Det illustreres med bilder som gir helt feil inntrykk. Som eksempel et bilde fra vår terrasse mot Rikshospitalet hvor det ser slik ut:



Andre bilde er tatt rett fra veien. Det er lett å forestille seg at det med bygginger som er 2-3 ganger høyere en Rikshospitalet og betydelig nærmere at man møter enn stor vegg (bygget ville utfylle hele himmelen) og at bildet gjengitt i konsekvensutredningen neppe tilsvarer denne opplevelsen.

Inngrepet i terrenget mellom H-byggene og Sognsvannsbekken er betydelig. Byggene plasseres svært nær bekken og det må høye støttemurer og betydelige strukturelle inngrep til for å hindre at terrenget raser ut mot bekken. Det er stygt og et inngrep som neppe bevarer natur og mangfold ved vassdraget.

Trafikkanalyse: Datagrunnlaget er mangelfull. 0-situasjonen burde være kjent det (antall innleggelser, polikliniske konsultasjoner, antall ansatte på RH), likevel jobbes det med estimater, UiO og antall studenter ble utelatt. Det tas ikke hensyn at det kan være store variasjoner angående sesong og ukedager. Man kommer da til en konklusjon at veinettet er tilstrekkelig og ville tåle en økning. Vår opplevelse i rushtiden (i alle fall før pandemien) er en helt annen. At veikapasitet er allerede

sprengt. Det er kø på ringveien i sammenheng med utkjørsel til Gaustad og Slemdal og de tilførende veier og rundkjørsler – spesielt i Klaus Torgårds vei. Ved fremlagte planforslag vil nok belastningen, spesielt i rushtiden, øke. Det spås mer enn en dobling av aktivitet ved det nye sykehuset, men kun en 50% økning i trafikk. Er dette realistisk? I tillegg vil flytting av parkeringshus lengre oppover føre til en fire- til femdobling av trafikk i den omlagte Sognsvannsveien. De påstås at rundkjøring ved Gaustadalléen vil bedre belastning i Klaus Torgårds vei. Man må da krysse 2 ganger trikkeskinnene og kjøre forbi det nye livsvitenskapsbygget for å havne ved de samme rundkjøringene ved Ring 3. Trafikk til og fra det nye livsvitenskapbygget er heller ikke tatt med i regningen.

Det påstås at utbyggingen er positiv i forhold til kollektivtrafikk. Men gangavstand til bussholdeplassene og T-bane på Gaustad vil øke. Og hvis T-banestasjon ved Gaustad legges ned er det en betydelig forverring. Antall busser på ringveien kan økes men i rushtid er fremkommelighet verre. Trikkeholdeplassen skal flyttes østover, men ved endestasjon må trikken snu retning og bytte kjørefelt, det er kun 2 baser og det tar tid. Det er ikke sjelden at ankommende trikk møter 2 fulle baser. Da har det vært en ekstraavstigning, som nå vil falle bort eller havne i skråningen. Det betyr også at kapasitet for antall trikker som kan betjene sykehuset er begrenset. Det nevnes at T-bane på forskningsparken er i gangavstand, men det tilsvarer 2 trikkestasjoner og i rushtiden er trikkene ofte allerede fulle når de kommer ditt.

Parkering: Det er allerede nå slik at antall parkeringsplasser for ansatte er forliten. Derfor er det mye gateparkering i boligområde rundt omkring sykehuset. Dette problemet vil bare øke.

Renovasjon og varelevering er dårlig utredet. Det er mange ting som krever rask direkte levering til de forskjellige avdelingene. Det skjer nå ved Rikshospitalet hovedsakelig via torget og hovedinngangen – eller inngang barn/kvinner. Det er ikke nevnt hvordan det skal løses ved det nye sykehus. Det er ingen plass for parkering av varebiler ved hovedinngangen.

Det påstås at konfliktsituasjonen vil bedres ved det nye sykehuset. Det er nevnt en konflikt mellom syklende, gående, drosje- og busstrafikk ved adkomsttorget. Man kan ikke se at det er en forbedring. Videre må man, når man kommer fra perrongen til trikken, krysse veien for ambulansen og trafikk til akuttmottaket. Det vil nok være økt gang- og sykkeltrafikk rundt H4-bygget og sannsynlig må også gå en del av varelevering her. Ambulansen skal videre kunne kjøre med sirener og blålys til akuttmottaket på gang- og sykkelvei fra vestgangende (mot Slemdal) rampe til ring 3. Syklisten som kommer fra nord og som skal til gangbroen skal kunne bruke gangveien på sørsiden av perrongen eller gangveien sør for universitetsbygget, men må krysse trikkeskinnene.

Trafikksituasjonen i byggeperioden som kan være 10-15 år er nesten ikke belyst. Det skal ha nærmest ingen innvirkning på veinettet og fremkommelighet til Rikshospitalet og boområdet rundt. Det er vanskelig å fremstille seg hvordan det skal gå. Det påstås at halvparten av trafikken skal gå via Klaus Torgårds vei. Ved bygget av tårnene (H1-H4) ville da krysse anleggsveien mellom trikkeperrong og ansattinngang som da skal være midlertidig hovedinngang. Det går ikke. Alternativ

skal det brukes gangveien sør for universitetsbygget – den er trang og krokete og det ville interferer med renovasjon både til sykehuset og universitetet. Så da er det kun den vestgående rampe fra ring 3 og Slemdalsveien og det er da skissert enveistrafikk rundt de 13 boligene i Slemdalsveien 87 og 89. Men bilene passerer ikke én men flere ganger! Huset i Slemdalsveien 87A vil da være spesielt utsatt. Lastebilen som kommer fra øst, vil bremse ned foran huset og svinge inn i stikkveien, så over broen til byggeplass. Når den kommer fra byggeplass svinger den inn i vestgående rampe akselerer og så bremser igjen foran huset for nå å svinge til venstre mot Vinderen akselerer og bremser igjen for å bruke nå den østgående rampe mot ring 3. Hvis bilen derimot kommer fra vest så passerer den i tillegg 2 ganger på ringveien og bruker rundkjøringer i Gaustadkrysset for å snu. Med 30-70 biler i timen skal det ikke være noe belastning i tillegg til den vanlige trafikken? Og med alt støy, ristninger, støv og eksos det medfører?

Kollektivtrafikk vil også være betydelig berørt i byggeperioden. Bussholdeplassene ved Ring 3, spesielt den vestgående retning, og Gaustad T-banestasjon vil være avskårne fra sykehuset eller gangavstanden økes betydelig hvis man skal da komme via Gaustadalléen til sykehus. Trikken vil være innstilt en periode ved ombygging av trikkeholdeplassen. Gangveien fra Forskningsparken T-bane er lang og syke som skal til sykehus vil nok har økt behov for drosje eller egen bil.

Anleggsfasen med en byggeperiode over 10-15 år medfører støy, rystelser og støv. Utgraving av store masser, sprenging, ramming av peler og spunt ved bygging av tårnet skal foregår tett ved fløyen av Rikshospitalet hvor det ligger syke barn og tett ved boligområde i sørvest. Det må jo med føre til betydelige konsekvenser for dette område. Plassering av rigg i ulendt terreng mot Sognsvannsbekken vil nok føre til et betydelig inngrep i naturen. Det må også regnes med forurensning av vannet.

Brannsikkerhet er ikke utredet. Det finnes kun et kart med oppstillingsplasser for brannbiler. Det er ikke nevnt hvordan de skal komme dit. Man er særlig forundret over hvordan de skal komme gjennom sykkeloppstillingsplasser mellom H2 og B1 bygget med brannstiger som skal kunne nå opp til øverste etasje og hvordan de kommer ditt i ulendt terreng bak E-byggene. Det bør være utredet hvordan høyblokkene med sengeliggende pasienter kan evakueres når heisene kan ikke brukes under brann. Det bør foreligges en realistisk evakueringsplan. Det bør også legges vekt på brannsikkerhet og eventuelt behov for evakuering i anleggsfasen, som er kanskje mest utsatt for større ulykker.

Risiko- og sårbarhetsanalyse nevner noen av disse problemer, men vi kan ikke være tilfreds med at dette bare følges opp i det videre planlegging- og detaljeringsarbeidet. Selv om noen hendelser ansees som mindre sannsynlig så skjer de likevel, avbøtende tiltak må være detaljert og presis og det må være en plan for hva som skal skje nå det likevel inntreffer, når konsekvensen kan bli katastrofal.

Utredning av helikopterstøy har store mangler. Helikopterstøy inneholder mye lave frekvenser og hvis det opptrer ofte om natten, så er nattesøvn ødelagt. For tiden er det relativt sjelden at jeg ble vekket av et helikopter idet landingsplassen ligger i skyggen bak Rikshospitalet. Men med landingsplass på taket, økt trafikk og større

helikoptre frykter jeg å oppleve noe som ligner russebussen som med sin med bassanlegg kjører forbi og får hele huset til å riste.

Det er lett å se at **tomten ved Gaustad er for lite** for alle funksjoner som skal flyttes opp fra Ullevål sykehus. Med en så tett bebyggelse er det også vanskelig med endringer når man skulle oppdage i fremtiden at behovet ikke strekker til. Man er helt enig at dagens situasjon hvor leger må trikke opp og ned mellom avdelinger er uholdbar på sikt. Men man **savner en begrunnelse** hvorfor man ved Helse Sør-Øst aldri har utredet en god funksjonsfordeling mellom begge sykehus, hvor begge kan fungere som en enhet med behov for en moderat utvidelse og modernisering på begge steder. Radiumhospitalet kan fungere som et avansert kreftsykehus. Hvorfor kan ikke Ullevål sykehus beholde traumaavdelingen med alle nødvendige støttefunksjoner + et stort lokalsykehus, mens Rikshospitalet beholder de øvrige landsfunksjoner + et samlet barnesykehus. Dette vil også bedre bevart landsfunksjonene som krever spisskompetanse.

At salget av tomten med Ullevålssykehus skal finansiere byggeprosjektet på Gaustad er veldig kortsiktig idet byggeprosjektet vil nok kreve dyrere løsninger og berøve kommunen i Oslo og fremtidige generasjoner en videre utvikling idet det ikke finnes store nok tomter.

Med vennlig hilsen

Andreas Früh



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 26.05.2021 kl.12:50
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QDVZ
Innsendt av: Tove Marie Lund Valderhaug
E-postadresse: t.m.l.valderhaug@admin.uio.no
Mobilnummer: 91773066

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Flere av avdelingene ved Universitetets barnehage bruker flittig området med bål plass, og skogen ved Rikshospitalet. Det er en passende tur fra barnehagen der vi slipper å bruke t-bane for å komme oss ut i marka. Vi passerer brua over Ring 3, og kommer opp i skogen på vestsiden av bekken som renner ned langs Rikshospitalet. Der er det mange flotte lekeområder og skogsterreng.

Det siste året har det også vært vår eneste mulighet for å komme oss på tur i skogen, da vi ikke har kunnet bruke kollektivtransport.

I perioder er det tur dit ukentlig. Dette er en fin mulighet for fysisk utfoldelse, motorisk trening, og turene dit har stor helsemessig gevinst for barna. Det vil forringe vår mulighet til å komme ut i naturen hvis dette området stenges over lang tid.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjonsnr. 975314960
Firmanavn Universitetets Barnehage
E-post postmottak@admin.uio.no



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 27.05.2021 kl.09:39
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QCWZ
Innsendt av: Sidsel Dalen
E-postadresse: reporteren@me.com
Mobilnummer: 95929318

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Heimvang barnehage tar vare på de minste barna - fra ni md til tre år. Vi bor rett overfor stikkveien som er ment å bli anleggsvei. Flere daglige laster med tungtransport vil skape farlige situasjoner ved henting og levering, og når barnehagen er ute på tur.

Videre har vi erfaring med graving og etablering av nye Gaustad T-bane stasjon: Da fikk vi et alvorlig problem med rotter. De tok seg inn i barnehagen, som var en utfordrende situasjon med hensyn til mathygiene og sikkerhet, samt soving på madrasser rett på gulvet. Da barnehagen hyret en skadedyrsbekjemper hadde vi en lang periode hvor vi fant døde rotter, for eksempel i kjøkkenskap.

Til slutt: Barna i Heimvang barnehage leker i Gaustadskogen hver dag. Siden vi har veldig små barn, kan de ikke gå langt. En tur til Gaustadskogen er bare to hundre meter, og noe de fleste over et år klarer.

Siden barna sover midt på dagen har vi ikke tid til å ta T-banen for å leke i skogen. Å grave opp Gaustadskogen vil derfor ødelegge barnas eneste mulighet til daglig lek i naturen.

Håper dere tar hensyn til små og sårbare barns behov i deres endelige avgjørelse.

Med vennlig hilsen
Sidsel Dalen
Daglig leder Heimvang barnehage

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Organisasjon/firma jeg har Altinn-rolle i



Organisasjon du representerer

Organisasjonsnr.

920819761

Firmanavn

Heimvang Barnehage AS



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 27.05.2021 kl.12:13
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QDBZ
Innsendt av: Kari Anette Aanderud-Larsen Bruusgaard
E-postadresse: karianettebruusgaard@gmail.com
Mobilnummer: 90773042

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Vi oppfordrer til ikke å ødelegge Rikshospitalet og nærområdet med planlagte utbygging

Rikshospitalet slik det fremstår i dag er en fint dimensjonert bygningsmasse, godt balansert i forhold til historisk fredede bygninger på Gaustad sykehus. Å ødelegge dette flotte område med tette høyhus presset sammen på en altfor liten tomt virker meningsløst både ut fra et estetisk perspektiv og ikke minst pasient- og ansatte-perspektiv som om vil miste lys, sol og åpenhet. Nabolaget vil også miste lys rundt hjemmene sine.

Vi bor i Rikshospitalets nærområde og benytter friområdene rundt Rikshospitalet daglig. Der ser vi at barn, unge og voksne bruker denne inngangen til Marka hyppig. Det er leke- og raste muligheter rett i nærheten som skoleklasser og barnehager benytter «Krokkodillebukta» samt at jogger, turgåere sommer som vinter og syklistene kommer seg raskt inn i Marka med dette som en fin inngangsport. Vi håper at dette området som skaper gode naturopplevelser og fellesskap for alle brukerne ikke ødelegges med ny planlagt utbygging av Rikshospitalet.

Som nabo til Rikshospitalet er vi bekymret for hva en utbygging vil innebære mht støy både i utbyggingsperioden som vil vare over år og den planlagte landingsplassen som kommer nær småhusbebyggelsen på vestsiden. Det er i dag mye støy i forbindelse med helikopterlandinger og avganger, og det tolerere vi, men med flytting av landingsplass og endring av helikopterstørrelse ser vi med bekymring på hva ytterligere støyforurensing vil innebære og ikke minst det enorme lufttrykket som skapes ved landing og letting fra de nye store helikoptrene som er presentert i mediene bla fra St. Olavs hospital i Trondheim. Inngangen til Marka ved «Krokkodillebukta» vil med dette fort måtte bli stengt av sikkerhetsmessige grunner. Det vil være trist om utbygging av en helseinstitusjon stenger inngangsporten til Marka som jo er et sted for rekreasjon og forebyggende helsearbeid for svært mange mennesker i alle aldre.

Vår oppfordring: Utred mulighetene for ny utbygging på Ullevål sykehus en gang til- det er ingen skam å snu.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 28.05.2021 kl.10:22
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QETZ
Innsendt av: Afshin Moradi
E-postadresse: juvefan-10@hotmail.com
Mobilnummer: 94868151

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Nei til Gaustad sykehus og ja til Ullevål sykehus!!!

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 29.05.2021 kl.08:01
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QFKZ
Innsendt av: Holger Rørstrand
E-postadresse: holger@rorstrand.no
Mobilnummer: 41288811

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Begrense denne utbygging og sats mer på samlet A-hus

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 30.05.2021 kl.08:35
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QGRZ
Innsendt av: Eva Hauge
E-postadresse: godmorgeneva@gmail.com
Mobilnummer: 90507901

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Bevar Gaustad Sykehus. Det er viktig å ha dette sykehuset for psykisk syke. Hvorfor ha noe nytt når det som er - er det aller beste.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Plan- og bygningsetaten
Oslo kommune
Oslo

Saksnr. 201704683, høringsuttalelse fra borettslaget Oslo Havebyselskap

Oslo Havebyselskap representerer 650 andelseiere. Vi bor i Ullevål hageby, der så vel bygningsmasse som uteanlegg er vernet. Gjennom hundre år har hagebyen vært et enestående eksempel på god byutvikling og hensynsfull stedstilpasning.

Det samme kan vi ikke si om planene for Gaustad. Det er 800 meter i luftlinje fra Rikshospitalet til Ullevål hageby på nedsiden av ringveien. Våre innvendinger er knyttet til størrelse, trafikk, støy, tilgang til nærskog og friluftsliv og manglende helhetstenkning.

Høyde/størrelse

Alternativ 1A har byggehøyder i strid med høyhusstrategien, mens Alternativ 1B kommer med høyere fløyer tettere på Gaustad sykehus. Det ulykkelige valg skyldes alene at tomtearealet er for lite til å møte fremtidens sykehusbehov.

Forslaget beskrives som kompakt og vertikalt. Herlev hospital utenfor København omtales som et forbilde. Men når det danske sykehuset fra 1976 for tiden utvides med 52.000 kvm, bygges tre lave, sirkulære bygninger med innbydende grønne uterom. Ikke nok et høyhus.

HSØ skriver at et stort regionalsykehus «bør synes i bybildet» (s. 88). Her innfrir forslaget, til ugunst for bebyggelsen omkring. Den ruvende kamstrukturen i vest er overveldende massiv, bryter med områdets skala og skjuler store deler av den grønne åssiden.

Illustrasjonene av nær- og mellomvirkninger gir ikke grunnlag for å vurdere effekten for hagebyen. Skulle de hatt verdi, måtte de vært tatt fra steder som er viktige møteplasser. Vi tror forslaget vil skygge for ettermiddagssolen på fellesarealer og deler av boligmassen.

Både 1A og 1B omfatter store bygningsvolumer som vil tårne over fredete Gaustad sykehus. Omlegging av Sognsvannsveien bygger ned grøntområdet rundt det gamle sykehusanlegget. Vi mener begge alternativene kommer i konflikt med nasjonale kulturminneinteresser.

Trafikkbelastning og grønn mobilitet

Sognsveien skjærer gjennom hagebyen, som en viktig ferdselsåre for alle som skal ut på ring 3 eller til Gaustad. Økende trafikk er en betydelig ulempe for alle som bor i Hagebyen og de som har skole- eller barnehagebarn som krysser veien.

Planforslaget hevder at det lokale veinettet og Gaustadkrysset på ring 3 har god kapasitet og vil kunne håndtere fremtidig beregnet trafikkvekst. Det legges til grunn at trafikken på ring 3 bare vil øke fra 58.828 i dag til 60.000 etter sykehusutbyggingen (figur 124).

Vi trekker påstanden i tvil. Hundretusener nye pasientbehandlinger og tusener flere ansatte vil øke biltrafikken til Gaustad og gjennom hagebyen. Vi beklager at trafikkonsekvenser bare er utredet i umiddelbar nærhet og ikke for tilfartsveier som Sognsveien.

Som nære naboer til ring 3 registrerer vi at det til tider er tett trafikk og kø i begge retninger. Vi antar at dette problemet vil øke, med to store sykehus langs samme ringvei. Ring 3 representerer allerede en støyb belastning for deler av hagebyen.

Med ny akuttavdeling på Gaustad må vi påregne at ambulanser vil følge Sognsveien som raskeste trasé fra sentrum. Vi er bekymret ved tanken på flere utrykningskjøretøyer i en miljøgate med sykkelfelt og mange myke trafikanter, der bilene står i rushtrafikken.

Vi er urolige for anleggstrafikk i mange år. Igjen er konsekvensutredningen for trangsynt. Vi skjønner at anleggstrafikken vil ta ulike veier ut på ring 3, men det fremgår ikke om tunge kjøretøy fullastet av stein, løsmasser og materialer også vil kjøre Sognsveien.

Støy

Anleggsarbeid og høy byggeaktivitet frem til 2030 vil medføre økt støy også i Ullevål hageby. Pigging, riving, graving og spunting utløser fra 55 til 60 dB støy i den nordvestlige delen av hagebyen og vil påføre beboere ubehag i den langvarige anleggsfasen.

Økt biltrafikk, mer kø og flere sirener i Sognsveien og på ring 3 vil oppleves plagsomt. Mer støy fra flere og til dels større helikoptre (SAR Queen) vil også sjenere. Prognosene for moderat trafikkvekst viser 3200 flybevegelser i 2040, 450 flere enn i dag. Halvparten er anslått å være sørover.

Tilgang til naturområder, friluftsliv og rekreasjon

Gaustadskogen er vår nærskog og nærmeste inngang til marka. Vi er uenige i påstanden i fagrapport Friluftsliv, der det heter: «Gaustadskogen, som er det viktigste grøntarealet for barn og unge i planområdet, blir ikke direkte berørt av utbyggingen».

I kommunedelplanen er grøntdraget og skogen regulert som friluftsområde og markert som «stille område». Vi mener den massive bygningsstrukturen og oppfylling av terreng helt ned til 5 meter fra Sognsvannsbekken, vil forringe opplevelsen av å være i et rolig og åpent, grønt landskap.

Vi stiller oss kritiske til at negative konsekvenser av anleggstrafikk og helikopterstøy for friluftsliv og natur i Gaustadskogen ikke er utredet. Det strider mot at «Planforslaget legger opp til at det skal være god tilgang til stille områder, som eksempelvis Gaustadskogen vest for planområdet».

I fagrapport Støy fra helikoptertrafikk heter det at helikoptrene gir støy over anbefalt grenseverdi for boliger nær landingsplasser. Vi antar at det samme vil gjelde for friområdet like ved. I tillegg går den nordgående utflyvningssonen rett over deler av skogen.

Det er vanskelig å forstå hvordan dette ikke vil påvirke bruken av skogen negativt.

Videre er ikke midlertidig(e) helikopterlandingsplass(er) samt løsning for de nye og kraftigere redningshelikoptrene under anleggsfasene inkludert i planforslaget. Det vil med stor sannsynlighet påvirke tilgjengeligheten av skogen for byens innbyggere.

Forslagets anleggsatkomst over Sognsvannsbekken er problematisk. Det er også vanskelig å forstå om tilgangen til Gaustadskogen og marka fra øst vil være ivaretatt gjennom anleggsperiodene.

Konsekvensene av støv og luftforurensning i den åpne og mest brukte delen av friområdet er også bekymringsverdig og heller ikke tilstrekkelig beskrevet. Vi savner svar i planforslaget på om det vil være trygt å bruke disse områdene i anleggsfasene fram mot 2035.

Utbygginger ses ikke i sammenheng

Dersom Gaustad-planene realiseres, vil sykehusområdet på Ullevål bli frigitt. Ullevål hageby vil få Norges største sykehus i nord og en massiv boligutbygging i sør. Vi er bekymret for den samlede belastningen for et verneverdig boligområde, i anleggsperiodene og tiden etterpå.

Når planene splittes opp i separate prosesser, blir ikke disse to utbyggingene sett i sammenheng. Det overordnede byplangrepet og totalbelastningen blir dermed ikke vurdert. For at prosessen skal bli tilfredsstillende, mener vi at det burde foreligge en områderegulering, ikke bare detaljplaner.

Vi er kritiske til at konsekvensutredningene begrenser seg til området innenfor planavgrensningen, som er snevert. Rapportene burde gått lengre i å utrede virkninger på nærområdet. Vi spør om disse manglene kan innebære at utredningskravet som følger av forvaltningslovens § 17 ikke er oppfylt.

Oslo, 1. juni 2021

For Borettslaget Oslo Hagebyselskap
Sven Arne Buggeland, styreleder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 30.05.2021 kl.21:13
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QFRZ
Innsendt av: Chen Sheng Lu
E-postadresse: luchensheng@gmail.com
Mobilnummer: 90931318

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Vi ønsker å komme med følgende uttalelse til Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde.

1) Støy (Helikopter støy): Vi er sterk bekymret over støy og lufttrykk (vibrasjon) fra de nye redningshelikoptrene AW101. Først og fremst mener vi at en helikoptertrafikk ikke er forenelig med boligbebyggelse. Med inntil 3000-4000 årlige helikopterbevegelser er jo nesten som å ha en flyplass som nærmeste nabo. I følge av WHO sin rapport The Burden of disease from environmental noise (2011), vil støy (flystøy, anleggstøy ...) gi generell helsesvekkelse og tap av friske leveår. Vi opplever allerede søvnforstyrrelser fra eksisterende helikopter trafikk. Med de nye helikopter og økt trafikk mener vi at dette vil gi ytterligere påkjenninger. Vi er redd for at disse jevnlig forstyrrelser kan lede til sykdom, stress og vil medføre andre negative reaksjoner:

- apati, frustrasjon
- depresjon
- sinne
- utmattelse
- isolasjon

2) Store terrenginngrep/Geotekniske utfordringer
Bebyggelsen H1, H2, H3 og H4 vil kreve store terrenginngrep for å kunne bygge ut. Vi er redd for at disse fjell sprengingene og byggegropene vil føre til setningsskader på våres hus. Vi mener at det bør utarbeide en konsekvensutredning for dette.

Til sist mener vi at tomten er altfor trangt og vanskelig (store nivå forskjeller), dermed egner seg ikke for en slik storstilt utbygging.

Med vennlig hilsen

Chen Lu, Ling Shi og resten av familien Lu
Beboere i Slemdalsveien 89K



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 30.05.2021 kl.22:45
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QGXZ
Innsendt av: Emma Rebecka Josefin Titelman
E-postadresse: josefin.titelman@gmail.com
Mobilnummer: 92051483

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Fra Mira Skjæraasen Titelman og Reidun Fjeld (9 år), naboer i nord (Sognsvannsveien 28D/30C).
Barna er redde for å miste sine lekeområder. Se vedlagt brev fra Mira og Reidun!

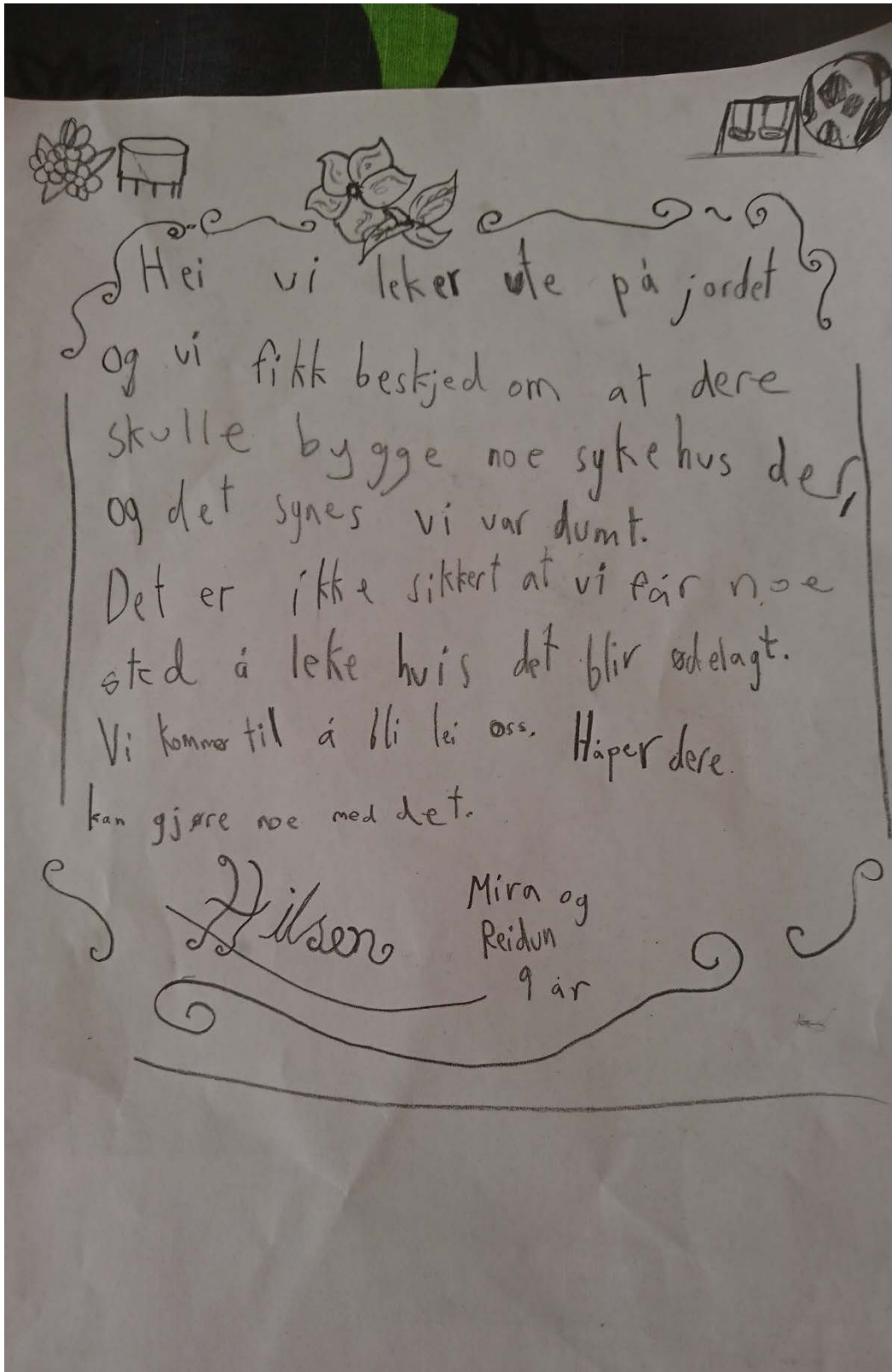
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (PBE fra Mira og Reidun.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Sak#. 201704683

Fra Mira Skjæraasen Titelman, Sognsvannsveien 28D og Reidun Fjeld, Sognsvannsveien 30C



Fra:
Josefin Titelman
Jon Egil Skjæraasen
Mira Skjæraasen Titelman (9år)
Joel Skjæraasen Titelman (9år)
Sognsvannsveien 28D, 0372 Oslo

Oslo 7/6 -2021

Kommentarer til Saksnr: 201704683 Detaljregulering med konsekvensutredning.

Vi er nærmeste nabo i nord, vårt hus ligger på hjørnet helt opp mot/i planområdet. Planforslaget har vesentlige mangler og er uryddig. Sentrale vesentlige elementer for naboer er holdt utenfor planforslaget.



Prosjektet innebærer mange vanskelige og uløste problemer for naboenes bomiljø. I tillegg bærer planforslaget og konsekvensutredningene preg av å være dreiet i forslagsstillers favør. Det har i liten grad vært mulighet for reell og aktiv medvirkning i denne prosessen. Vi har ikke blitt informert om vår rolle eller våre rettigheter når det gjelder medvirkning. Konsekvensene for nærmeste naboer er i høy grad neglisjert i planforslaget med vedlegg. **Den totale effekten av støy og forurensing fra klargjøring, rivning, anleggsarbeidet, rigger, helikoptre, ambulanser og trafikk er ikke analysert for nærmeste direkte naboer i nord. Det er uakseptabelt og uverdigg et moderne demokrati.** Avbøtende tiltak for naboer er konsekvent ikke gjort rede for i planforslaget.

- **Kravene til medvirkning er ikke oppfylt** Hverken PBE eller HSØ har lagt opp til reell medvirkning i saken. **Ingen reell eller aktiv medvirkning har blitt initiert fra forslagstillere da informasjonsmøtene stort sett har vært enveiskommunikasjon.** Kommunikasjonen er enveis og forslag og konsekvensuttalelser er farget i favør av OUS. Det er i tillegg nærmest et heltidsarbeid att sette sig in i planforslaget i den utmålte høringstiden. Vanlige borgere har ikke mulighet for att forstå det svært omfattende materialet. Det er for eksempel ingen realistiske 3D tegninger knyttet til anleggsfasen. Barna som bor i boligområdene i nord har verken blitt hørt eller tilgodesett i prosessen. Se også appendiks 1 nedenfor.

- **Nærvirkninger fra våre rekkehus område er ikke saklig dokumentert eller er bevisst usynliggjort i analysen** (i.e. «Nær- og fjernvirkninger»). Fra vårt boligområde blir konsekvensen sterkt forringet/ødelagt på både kort og lang sikt, intet mindre.
- **Planforslaget utelukker bevisst en rekke forhold (for eksempel rigger, helikoptre, akuttmottak) fordi de er midlertidige. Men en periode på 15 år faller utenom lovlig definisjon på midlertidighet.** Konsekvensanalyser for støy, støv og forurensinger for nabobebyggelsen under byggefasen er mangelfulle. Det er uakseptabelt at en 15 års byggefase maskeres som midlertidig bekymring. Midlertidige forhold må inkluderes og synliggjøres i planforslaget, konsekvensutredes og tilpasses naboers og andre innbygges livsvilkår og legges ut til høring.
- **Rigger er ikke synliggjort eller visualisert i planforslaget.** I stedet viser man rigger fra nasjonalmuseum (!) **Riggerne i nord, delvis i markagrensen, skal ifølge planen stå i 15 år. Att det da kan regnes som ett midlertidig tiltak uten konsekvenser for naboene er uhørt.** «Prinsipp for planlagt løsning for brakkerigger er vist i Figur 28. Illustrasjonen viser brakkerigger etablert av Statsbygg i prosjektet Nytt nasjonalmuseum i Oslo. ... Nytt sykehus på Gaustad-er i størrelsesorden det dobbelt av omfanget Nytt nasjonalmuseum i Oslo. Samlet riggbehov følger deretter». Disse rigger er på størrelse med store boligblokker. Riggene kommer kloss på vårt hus og til dels nærmest i hagen, og kommer til å ødelegge sol og lysforhold for oss fra morgen til ettermiddag året rundt. **I følge eget dokument («Anleggsfasen») kommer riggene også ødelegge for dyreliv, biodiversitet og barns lekeområder, men likevel konkluderes det med at riggene ikke har konsekvenser for naboer. Det er dypt inkonsekvent.** Informasjonen om rigger er gjemt i ett vedlagt dokument («Anleggsfasen») og konsekvensene for naboer direkte i nord er maskerte i passive formuleringer om begrenset påvirkning ettersom hele området nord for området ses under ett. Det er helt uakseptabelt.
- Det er uakseptabelt at svært høye støy (70db) og støvnivåer fra anleggsarbeidet som tydelig synes på kartet rundt vår bolig og i sameiet (i.e. dokument «Anleggsfasen») blir konsekvent maskert i teksten som om at byggefasen har svært lave konsekvenser for området i nord. Det kommer av at forslagsstiller vurderer hele området i Gaustad/Øvre Sogn under ett. **Konsekvensene av anleggsfasen for nærmeste naboer er katastrofale,** og i tillegg er de ufullstendig utredet, uredelig beskrevet og redegjort for i total mangel på forståelse for folkehelse og for vad det innebærer at ødelegge gode levemiljøer og oppvekstvillkor. 70 db i hagen og barnas lekeområder er helseskadelig. Det bør i tillegg gjøres en samlet analyse som tar for seg samlet støy fra alle kilder.
- **Lys og solforholdene for vårt hus blir ødelagte** minst seks måneder per år, sannsynligvis betydelig lenger, av bygg Q og F2. Det maskeres i ett eget dokument (i.e. «Sol og skygge») som at «Hovedsakelig påvirkes rekkehusene rett nord for planområdet om morgenen og formiddagen om vinteren» Men konsekvensen bedømmes likevel som «0». Vi har ikke fått adgang til datagrunnlaget for analysen. For de husstander som berøres er det livsforringende å miste lyset store deler av døgnet og året. I tillegg kommer skyggeeffekter (++) fra brakkeriggene som skal stå i 15 år. Vi og våre naboer går fra en situasjon i markagrensa der lys, natur og fremragende oppvekstvillkor dominerer vår hverdag, til en situasjon der vi og våre barn skal leve skyggelagt vegg i vegg med en byggeplass i 15 år.
- **Barnas liv som de kjenner det og lekeområder i nord blir ødelagte** av bygg Q, F2 og av virkninger fra anleggsarbeidet. I planforslaget og vedlegg («Friluftsliv, barn og unge»)

legges det frem som at barna er blitt tatt hensyn til. Barna i nabolaget har ikke vært involverte i noen form for samvirke i planforslaget. Det er i seg selv lovstridig. Det er **høy risiko for barns helse ved å leve som nærmeste nabo til en enorm byggeplass**, med hva det innebærer av stress, støy og støvplager, søvnevanskeligheter og trafikkaos under en anleggsfase som motsvarer en hel barndom. Det strider mot barns rettigheter.

- **Støy fra redningstrafikk.** Helikopterrafikkvolumet og støynivået som planlegges på Gaustad er uakseptabelt og helseskadelig for naboer og beboere i området. Vi blir naboer til en helikopterplass med mange tusen årlige bevegelser og dessuten til ett midlertidig akuttmottak for ambulanser. Hvorfor reдеviser man ikke støyforholdene fra disse for naboene? Hvordan ser man for seg «avbøtende tiltak» for å forbedre støysituasjonen for naboer i nord? **Midlertidige landingsplasser og akuttmottak holdes med vilje utenfor planforslaget, og støyforhold er generelt ikke redegjort for.**
- **Naturvernet i planforslaget er katastrofalt.** Att argumentere med att området blir grønnere av utbyggingen er paradisk. Bekken blir ødelagt av bygg og forurensinger, vernede biotoper trues ytterligere og resten av de grønne områdene blir bebygde og fragmenterte med katastrofale konsekvenser for biologisk mangfold og økosystemtjenester i det større området. Det strider mot nåtidens forståelse av naturens betydelse, nasjonale og internasjonale strategier, og rettingslinjer om bevaring av natur i bymiljø, samt mot miljø- og klima- hensyn i byggeprosesser. **Bærekraftperspektivet er helt neglisjert i planforslaget**, som dermed bryter med regionale, nasjonale og internasjonale strategier og handlingsplaner. **Miljø og klimaavtrykket alene er nok til å kreve at reguleringsforslaget må avvises og alternativ til planene utredes skikkelig**, ikke bare i form av «belysning».

Appendix 1

Eksempler på relevant medvirkningsinformasjon vi måtte finne ut om selv, og ikke var informert om:

§ 5–1 Medvirkning (fra plan og bygningsloven)

Enhver som fremmer planforslag, skal legge til rette for medvirkning. Kommunen skal påse at dette er oppfylt i planprosesser som utføres av andre offentlige organer eller private.

Kommunen har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Grupper og interesser som ikke er i stand til å delta direkte, skal sikres gode muligheter for medvirkning på annen måte.

Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven¹

«planforvaltningen [har] plikt til å gå aktivt ut for å skape engasjement i befolkningen når det gjelder planemaer som har direkte betydning for folks hverdag»

«medvirkning betyr at innbyggerne i et samfunn er med på selv å planlegge sin fremtid»

Om lov om planlegging og byggesaks-behandling²

Medvirkning i planprosessen på ulike nivåer er viktig for å få fram relevante planer og tiltak i samsvar med de behov og interesser befolkningen har. Det legges til rette for at denne medvirkningen kan skje på de riktige tidspunkter i planprosessen. Økt medvirkning kan styrke forutsigbarheten i planene ved at en får fram potensielle konflikter som kan avklares på et tidlig stadium, og slik bidra til økt effektivitet»

1

<https://www.regjeringen.no/contentassets/412be6d915d9425b840b5f4175c79a17/no/pdfa/nou200120010007000dddpdfa.pdf>

2

<https://www.regjeringen.no/contentassets/feaa16f059aa4db2b6ba095abf47c924/no/pdfs/otp200720080032000dddpdfs.pdf>



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.18:06
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RDCZ
Innsendt av: Emma Rebecka Josefin Titelman
E-postadresse: josefin.titelman@gmail.com
Mobilnummer: 92051483

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Fra Joel Skjæraasen Titelman, 9år
Sognsvannsveien 28D, nabo i nord.
Se vedlegg for Joels brev!

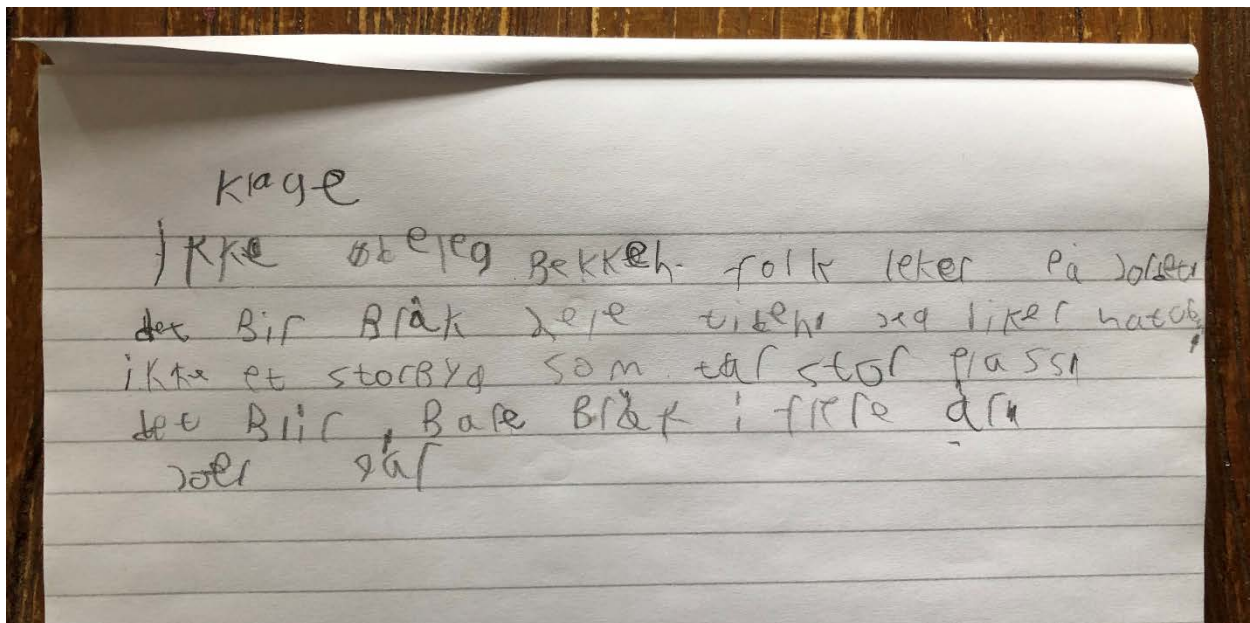
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse, Joel 9 år (Klage fra Joel Skjæraasen Titelman.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Klage fra Joel Skjæraasen Titelman, 9år

Sognsvannsveien 28D, nabo i nord.



Joel skriver:

Klage

Ikke ødelegg bekken. Folk leker på jordet. Det blir bråk hele tiden. Jeg liker naturen. Ikke et storbygg som tar stor plass. Det blir bare bråk i flere år.

Joel, 9 år



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 31.05.2021 kl.10:03
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QFUZ
Innsendt av: Hanne Krohn Riege
E-postadresse: hannrieg@gmail.com
Mobilnummer: 91812441

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Det er så viktig for pasienter og ansatte at nettopp Ullevål med alle bygningene blir rehabilitert og satse på. Ullevål er landets største og mest komplette akuttsykehus hvor pasienter med uavklarte alvorlige tilstander kan få hjelp av en velfungerende behandlingsskjede, som har reddet veldig mange liv. Samtidig skal Ullevål fortsette som lokalsykehus for flere bydeler i Oslo og avlaste Aker. Samtidig må Rikshospitalet utvikles videre som høyspesialisert sykehus for i hovedsak planlagt eller elektiv behandling, som i dag. Denne oppdelingen av virksomheten mellom elektiv og akutt er mer effektiv enn samling av alt på samme sted, ikke mindre.

4. Gaustad psykiatriske har omgivelser som gir helse! Derfor er det viktig å bygge ut psykiatrien og psykisk helsevern i de nåværende gode omgivelsene på Gaustad, og ikke flytte dem til bygg nært innpå Sinsenkrysset, med to hovedveier og et av landets mest trafikkerte og støyende veikryss. For denne pasientgruppa er trivelige og rolige omgivelser særlig viktig.

Tenk dere om, dette handler om mennesker. Ikke øla pengene styre. Dere finner helt sikkert gode løsninger OM DERE VIL.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 31.05.2021 kl.12:30
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QHGZ
Innsendt av: Toril Fiva
E-postadresse: torilfxox@gmail.com
Mobilnummer: 97593288

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Ullevål har ideell beliggenhet. Vi vil ha et høykompetansesykehus sentralt beliggende. Hør på de ansatte - fagpersonene. Bevar Gaustad også.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 31.05.2021 kl.16:05
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QGAZ
Innsendt av: Kitty Nyskog Sætre
E-postadresse: kitty@nri.as
Mobilnummer: 95777734

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg har fulgt mange debatter vedrørende dette prosjektet, og kan ikke se annet enn ulemper. Bygger man på Ullevål, har man plass nok å ta av, også for påbygg. Se hvor bra dette har fungert nå under pandemien i motsetning til å ha et lite høyt bygg. Alle skal i de samme heisene. Tror de fleste innbyggere i Oslo vil ha Ullevål og det er også mange utenbys som vil det samme. Bedre for Oslos befolkning, lett å komme til, og ikke minst et sted vi alle kjenner. Det er helt hårreisende at ikke man har utredet Ullevål. Kan ikke bare la byråkratene bestemme. Man må kunne velge mellom minst to alternativer. Dessuten er det flertall på Stortinget for Ullevål. Tenker det er best å lytte litt til folket også og ikke minst de som jobber der og har det som sin arbeidsplass. Fordelen er jo at på Ullevål kan man bygge bakerst på tomten mens man fremdeles driver sykehus i det som eksisterer. Dessuten er det jo beregnet færre senger enn det er i dag, og alle sykehusene de har bygget i det siste er for små. Folk ligger i korridorene fra første dag og da må det være noe feil.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 01.06.2021 kl.05:56
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QHSZ
Innsendt av: Bjørn Køyen
E-postadresse: bjorn.koyen@wemail.no
Mobilnummer: 41307209

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Ullevål Sykehus bør bygges ut som Akutt sykehus. God plass å bygge på, å vrake planene om gigantdykehus på Gaustad. Å la Rikshospitalet forsette som Norges Spesielle Sykehus. Å la Gaustad Sykehus bli der det er, istedenfor flytte det over til Sinsenkrysset og den støyene Trondheimsveien. Finere Omgivelser på Gaustad. Å la Aker Sykehus bli Lokalsykehus for Groruddalen. Jeg har jobbet på Ullevål Sykehus i 5 år, å 6 år på Gaustad Sykehus. flotte arbeidsplasser.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 01.06.2021 kl.20:42
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QKPZ
Innsendt av: Inger Lill Søberg
E-postadresse: inger.lill.soberg@gmail.com
Mobilnummer: 95080659

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse



Uttalelse

Jeg vil starte med å si at det er lett å forstå hvorfor PBE har hatt problemer med å kunne anbefale Helse Sør-Øst sine planer for Gaustad/Rikshospitalet. Til og med etter ett års dialog med HSØ ser etaten en rekke problemer med disse planene. Jeg håper den endelige konklusjonen etter høringsrunden blir at planene ikke kan anbefales - og at også Oslos politikere vender tommelen ned.

For min del vil jeg vise til alle de tunge argumentene som fremmes mot HSØ sine planer. Jeg går ikke i dybden på noen av punktene nedenfor, disse er utdypet av mange andre, inkl. PBE selv - men nevner noen av de viktigste ankepunktene.

- Tomten på Gaustad er for liten/uegnet. Det vil ikke være plass til alle de funksjonene som HSØ ideelt ønsker å plassere der. Vi har et ypperlig alternativ i Ullevål-tomten, som er mye større, bedre egnet og allerede regulert til sykehusformål.

- Den foreslåtte bebyggelsen - enten man velger alt. 1A eller 1B for de høyeste bygningene - vil øve vold mot det fredete Gaustad sykehus og også mot det vakre Rikshospital-anlegget, som ble satt opp på 1990-tallet i harmonisk sameksistens med Gaustad sykehus.

- Den foreslåtte bebyggelsen vil forringe opplevelsen av natur- og kulturlandskapet i denne delen av Oslo. Ikke minst sett fra vest vil den høye "veggen" av nye sykehusbygg være svært skjemmende. Tur- og grøntområdene rundt sykehuset, blant annet området langs Sognsvannsbekken, vil bli negativt påvirket.

- Planene innebærer riving av en del av den nåværende bygningsmassen for blant annet å få plass til "høyhusene". Dette er miljømessig meget uheldig. Ullevål-alternativet innebærer å rehabilitere en del av bygningsmassen (de bygningene som ikke er i for dårlig stand til å brukes videre) og å sette opp nye bygg etter hvert som det blir behov for det. Miljø- og bærekraftsmessig er dette langt gunstigere.

- Den foreslåtte byggingen på Gaustad/Rikshospital-tomten vil foregå i opp til 15 år og vil i store deler av byggeperioden være svært forstyrrende for både pasienter og ansatte. Helsepersonell kan komme til å oppleve det mindre attraktivt å jobbe her, og noen vil søke seg bort.

- Også for naboene vil byggestøyen, støvet, anleggstrafikken og den generelle påvirkningen på nærmiljøet være uakseptabel. Jeg viser til uttalelsen fra blant annet Gaustadtunet Boligsameie.

- I tillegg til disse argumentene kommer en rekke helsefaglige forhold (for dårlig sengekapasitet, oppsplitting av et førsteklasses akutt- og traumeteam på Ullevål som det har tatt mange år å bygge opp, etc. etc.; jeg viser til fagfolks og tillitsvalgtes påpekning av disse forholdene).

- Jeg viser også til planene for overføring av psykiatriske pasienter fra Gaustad til Nye Aker. Som påpekt av mange, vil det være svært uheldig å etablere en fløy for psykiatri rett ved siden av den trafikkbelastede Ring 3. Det vil være mye bedre å la disse pasientene fortsatt kunne nyte godt av beliggenheten på vakre Gaustad.

- Endelig vil jeg vise til rapporten "Sykehusplaner for Oslo" av Eilif Holte et.al, datert 24.11.20. Rapporten går nærmere inn på alternativet til Gaustad/RH-planene, nemlig "Parksykehuset" Ullevål i kombinasjon med et lokalsykehus for Groruddalen på Aker (sistnevnte vil da kunne nedskaleres sammenliknet med Nye Aker-alternativet til HSØ). Denne løsningen vil også etter forfatterens mening bli rimeligere enn HSØ sine planer.



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Beboere i
Slemdalsveien 89 A, B, C, D, E, F, G, H
Slemdalsveien 89 J, K, L
0373 Oslo

Oslo, 1. juni 2020

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Fylkesmannen i Oslo og Viken
Oslo kommune, Bymiljøetaten
Oslo kommune, Helseetaten
Bydel Vestre Aker
Bydel Nordre Aker

Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde Detaljregulering med konsekvensutredning

Vedr. støy fra helikoptertrafikk og konsekvensutredning

Hovedpunkter

- Vi mener at det nye sykehusets nærhet til støyfølsom boligbebyggelse ikke er forenlig med helikoptertrafikken som her skisseres. Det ville aldri vært aktuelt å anlegge en flyplass med inntil 3000 - 4000 årlige helikopterbevegelser så tett opptil støyfølsom boligbebyggelse i en annen sammenheng. Det bør det heller ikke være i dette tilfellet.
- Vi mener en konsentrasjon av helikoptertrafikken til Gaustad utgjør en reell helsetrussel for vårt bomiljø, for eksempel som følge av manglende nattesøvn. Det må være en rett å få nok hvile i eget hjem.
- Fagrapporten om støy fra helikoptertrafikk mangler maksverdier for støy. Det er viktig for å vurdere helsepåvirkningen fra helikopterstøyen for bomiljøet vårt. Vi kan ikke forstå at det skal være forsvarlig med inntil 10 oppvåkninger per natt slik støykonsulentens argumenterer.
- Antall flyvninger er estimert til 2 per natt i gjennomsnitt gjennom året. Frekvensen på flyvninger varierer veldig, og det burde vært hensyntatt variasjoner. Visse netter og perioder kan det være langt hyppigere.
- Beregningene av støypåvirkning må også hensyntas sesongvariasjoner. Trafikktallene for 2019 viser at det er 30% flere flybevegelser i månedene april-september sammenlignet med årsgjennomsnittet.
- Vi savner scenarier hvor også trafikktall for 'maksimal vekst' er vist med middel- og maksimalverdier, sesongvariasjoner hensyntatt. Trafikkutviklingen fra 2017 til 2019 viser at 'nullvekst' ikke er realistisk, og at 'moderat' vekst er lite realistisk.
- Vi registrerer at det er stor uenighet mellom fagpersoner når det kommer til støypåvirkning og negative helseeffekter (SWECO vs FHI). Det uroer oss at støykonsulentens vurderinger er mer farget av oppdragsgivers interesser sammenlignet med vurderingene fra FHI. Vi stiller derfor spørsmålstegn ved integriteten til støykonsulenten som tilstrekkelig uavhengig part

- Fagrapporten 'Helikopter konsekvensutredning og undersøkelse' har ikke hensyntatt innflyvning og landing med SAR Queen i nærheten av skogsterrang, lekeplasser, ski- og turløyper. Hendelsene ved St. Olavs i Trondheim viser at opphold i Gaustadskogen eller på sykehusets lekeplass under landing med SAR Queen sannsynligvis vil medføre personskader. Hverken konsekvenser eller avbøtende tiltak er skissert i fagrapporten.
- Et stort og viktig skogsområde forvandles fra 'stille område' (ref kommuneplanen) til gul støysoner. Dette er en viktig nærskog og innfallsport for mange av byens beboere, elever og barnehagebarn. Betydelig mer støy i dette området er en forringelse av grøntdragets verdi.
- Vi mener at det er for mange avvik fra T-1442 og M-128, både i fagrapporten om støy fra helikoptertrafikk og tilhørende konsekvensutredning til at vi kan ha full tillit til det som presenteres. Vi mener at rapportene må kvalitetssikres av uavhengig og kompetent fagmiljø for å sikre at det ikke er interessekonflikter i datagrunnlag, beregninger, konklusjoner og konsekvensutredning. Vi mener en konsentrasjon av helikoptertrafikken til Gaustad utgjør en reell helsetrusel for vårt bomiljø.

Generelt

Plassering av permanente landingsplattformer

Forslagsstiller sier at plassering av både permanente og temporære landingsplasser må avgjøres av NAWSARH. Vi mener at så viktige elementer ikke kan utsettes til en senere fase. Dersom det er usikkerhet rundt endelig plassering bør flere alternative plasseringer konsekvensutredes, inkludert støypåvirkning.

Det er tvilsomt at plasseringen av landingsplasser er NAWSARHs beslutning alene da helikopterlandingsplassene vil være knyttet til sykehusets interne infrastruktur, som f.eks heiser til akuttmottaket. Landingsplattformene skal riktignok dimensjoneres for SAR Queen, men ordinære ambulanshelikopter står tross alt for 85% av helikoptertrafikken.

Ref Veileder til retningslinje for behandling av støy i plansaker, M-128, kap 7.3.2: «I forbindelse med etablering av ny helikopterlandingsplass, vil det vanligvis være krav om både reguleringsplan og konsesjon etter luftfartsloven. **Vurdering av støy vil da være et tema både i konsesjonsbehandlingen og i plansaken. Plan og konsesjon bør således ses i sammenheng og være koordinert.**»

Merk at ovennevnte også bør gjelde den midlertidige landingsplassen.

Kommentarer til fagrapport – Støy fra helikoptertrafikk

Maksimalt støynivå

Støy er en viktig faktor for stress, søvn og helsepåvirkning. Støyrelaterte søvnforstyrrelser er for eksempel det største bidraget til helsetapsjusterte leveår både i Europa og Norge (fhi.no). Folkehelseinstituttet skriver på sine hjemmesider at søvnforstyrrelser anses for å være blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø.

Å få nok hvile i eget hjem er et forsiktig krav. Selv om det i gjennomsnitt er to helikopterbevegelser per natt, kan antallet flyvninger per døgn varierer ganske mye, og støyvurderingen mangler det perspektivet fullstendig. Det vil for eksempel være ganske mange døgn gjennom året med 4, kanskje 6 helikopterbevegelser per natt, og kanskje i mange påfølgende døgn. Det kan være fullstendig

ødeleggende for nattesøvnen. Det er vel ikke vanskelig å forestille seg hvordan flere døgn med utilstrekkelig søvn kan påvirke jobb og hverdagsliv. Variasjoner må derfor hensyntas i konsekvensutredningen.

For å kunne vurdere risiko for støyrelaterte helseplager er blant annet maksimalstøy nattestid en viktig faktor. Forslagsstiller har derimot bevisst valgt å ikke oppgi maksimalstøyverdier. Dette er også viktige viktige parametere for vurdering av støypåvirkning på stille områder (grøntdraget vest for Sognsvannsbekken). Forslagsstiller har ikke offentliggjort denne informasjonen på tross av at den er etterlyst av oss naboer (dokument 187, punkt 1 – besvart i dokument 191, fil 56).

Fagrapporten «Støy fra helikoptertrafikk» viser gjentatte ganger til at det ikke er mer enn 10 flybevegelser på natten som overstiger 80 dB, f.eks i kapittel 7.5:

«Grenseverdi for maksimalt lydnivå i støyretningslinjen er overskredet når lydnivå overskrider 80 dB mer enn 10 ganger i nattperioden. I løpet av et år er det imidlertid mindre enn 650 helikopterbevegelser om natten ved Nytt Gaustad sykehus. Det betyr at det i gjennomsnitt vil være færre enn 2 hendelser pr natt, og ikke alle hendelser vil gi lydnivå over 80 dB. Kravet til maksimalt lydnivå i T-1442 vil dermed være overholdt med god margin»

Med denne begrunnelsen har forslagsstiller unnlatt å inkludere maksimalstøyverdier for flyvninger på natten, og argumenterer for at inntil 10 oppvåkninger per natt er akseptabelt innenfor rammene til T-1442. Veileder til T-1442 (M-128, kap 7.3.2.) sier derimot: **«Dersom nattflyging er vanlig forekommende, bør det også vurderes å stille krav til maksimalstøy i nattperioden selv om det er mindre enn 10 hendelser.»**

Vi mener også at M-128 kap 2.2.4 er krystallklar på at maksimumsbaserte måleenheter skal inkluderes for helikopterlandingsplasser:

«For flyplasser hvor trafikken er så lav at ekvivalentnivåbaserte konturer blir urimelig små, eller hvor svært støyende aktiviteter forekommer regelmessig med en hyppighet som ikke gir særlig utslag i ekvivalentnivåbaserte konturer, må støykartleggingen suppleres med støykartlegging av maksimumsbaserte måleenheter for periodene dag, kveld og natt. Dette vil særlig gjelde helikopterlandingsplasser og flyplasser med militær jagerflytrafikk, men kan også gjelde en del regionale lufthavner der få flybevegelser gir et lavt ekvivalentnivå.»

Samt kapittel 7.3.1 og kulepunkt 3 i M-128 kap 7.3.2:

«Støyfaglig utredning for etablering av ny helikopterlandingsplass bør minimum omfatte følgende punkter:

- Beregning av ekvivalentnivåer og maksimalnivåer for dag, kveld og nattperioden i representative driftsdøgn, samt L_{den} -verdier på årsbasis»*

Vi stiller et stort spørsmålstegn ved at maksimalstøyverdier ikke kan offentliggjøres til tross for gjentatte oppfordringer fra berørte naboer.

I denne saken kan unnlattelse av fakta føre til et ufullstendig opplysning av saken, som igjen kan medføre negativ helsepåvirkning for en rekke beboere i området.

Beregningsgrunnlag og resultater:

SWECO skriver selv at det er store usikkerheter i beregningsgrunnlaget. Uten en uavhengig vurdering frykter vi at denne usikkerheten først og fremst vil komme prosjektet til gode.

Det er kun trafikk tall for 2018 som er lagt til grunn for prognoser om trafikkvekst i støyrapporten. Trafikkveksten er ikke basert på historisk utvikling, men virker å være en ren antagelse. Det er også grunn til å tro at trafikken med de nye redningshelikoptrene vil øke da de i flere tilfeller kan erstatte ambulansefly på grunn av sin ekstreme rekkevidde.

Vi synes prognosene med nullvekst eller såkalt moderat vekst er for lite konservative. Som moderat vekst regnes en trafikkvekst på kun 16% over 22 år (2018-2040). Tall fra norsk luftambulansse viser at det var **12% vekst i trafikken fra 2017 til 2018**, og **2% vekst i trafikken fra 2018 til 2019**. Tall for 2020 kan ikke sammenlignes med foregående år på grunn av Covid-19 utbruddet. Jeg har ikke tall eller trender fra før 2017, men det bør forslagstiller innhente og dokumentere som grunnlag for 'nullvekst' eller 'moderat vekst'. **Tallene fra 2019 viser dessuten at nullvekst i trafikken ikke er realistisk.**

Det er et tankekors at det er ganske stor forskjell på støypåvirkede boliger mellom trafikk tallene 'nullvekst' og 'moderat vekst' (fig 16 og 17) som umiddelbart reiser ett viktig spørsmål:

- Hva med 'maksimal vekst', ref fig 7 side 16. Maksimal vekst i trafikken tilsvarer 1,5% - 2,2% årlig trafikkvekst, hvilket ikke er en veldig stor vekst i utgangspunktet.

Hvorfor er ikke 'maksimal vekst' inkludert i rapporten da det forventes at man presenterer et verste tilfelle? Vi har derimot grunn til å tro at maksimal vekst er en realistisk prognose siden trafikkveksten fra 2018 til 2019 var på 2% alene.

Beregningene av støypåvirkning må også hensyntas sesongvariasjoner. Trafikk tallene for 2019 viser at det er **30% flere flybevegelser i månedene april-september sammenlignet med årgjennomsnittet**. Vi forventer derfor at beregningene og konsekvensutredningen baseres på sommerhalvåret fremfor årsmiddel.

Videre står det at beregningsmetode og datagrunnlag har størst usikkerhet nær landingsplattformene, altså for de mest støyutsatte boligene. Det står videre at landingsplattformenes plassering ikke kan fastslås, og at det derfor er en usikkerhet knyttet til hvor mange boliger som faktisk kan havne i rød støysone. Vi kan ikke slå oss til ro med en slik konklusjon. Vi ser ikke at saken er tilstrekkelig opplyst på dette grunnlaget. Optimistisk lave trafikk tall, ikke hensyntatt sesongvariasjoner, høy usikkerhet for støyutsatte boliger og uavklart plassering av landingsplattformene kan potensielt skjule alvorlige helsekonsekvenser som følge av støypåvirkning.

Figur 19, s 32: Det er veldig vanskelig å se detaljer, veldig liten figur med dårlig oppløsning. Savner tilsvarende figur for 'maksimal vekst' samt tilsvarende figur med maksimalstøyverdier basert på 'maksimal vekst'.

Støypåvirkning

Vi noterer oss at støykonsulenten ved gjentatte anledninger bagatelliserer konsekvensene av støypåvirkning. I løpet av planperioden har vi fått seniorforsker Gunn Marit Aasvang ved FHI til å lese gjennom fagrapporten støy fra helikoptertrafikk. Nedenfor er det gitt noen utdrag fra vår kommunikasjon:

«En hendelse i NS 8175 er definert som en hendelse med et maksimalt lydnivå som overskrider 45 dB. Jeg mener det ville være uheldig å overføre dette til de maks grensene som er for utendørsstøy i T-1442. Dette blir ytterligere forvirrende når max grense for transportstøy (veg, bane, luftfart) er gitt som statistiske maxnivåer, dvs, som overskrides av 5 % av hendelsene i løpet av en nærmere angitt

periode, dvs et statistisk maksimalnivå i forhold til antall hendelser. Disse grensene er dessuten dårlig begrunnet i forskning på støy og søvnforstyrrelser.»

«I utredningen er det anført at det er færre enn 650 helikopterbevegelser om natten ved Nytt Gaustad sykehus, og dermed færre enn 2 hendelser per natt. FHI vil påpeke at maksimalstøynivåer fra helikopterstøy er såpass høye at dersom de forekommer på natten vil det med stor sannsynlighet føre til oppvåkninger. En til to oppvåkninger per natt er svært lite gunstig for psykisk og fysisk helse, både på kort og lengre sikt. Det bør derfor etterspørres særskilte tiltak for å redusere støynivå i nattperioden, enten i form av mer støysvake helikoptere, skjerming, fasadetiltak. Det står anført at tiltak på uteplasser må vurderes. Det er derfor viktig at slike tiltak utredes, men vi vil påpeke at tiltak for å redusere denne type støy utendørs er utfordrende. Med hensyn til fasadetiltak bør dette også vurderes med tanke på maksimalt støynivå, ikke bare Lden (som anført i avsnitt 8.3. Tiltak ved bebyggelse). Det er enkelthendelsene som kan gi søvnforstyrrelser i form av oppvåkninger og disse bør unngås. WHO har anbefalt at maksimalt støynivå i soverom ikke bør overskride 45dB for å unngå søvnforstyrrelser. Det bør derfor som anført i 9.2. vurderes å stille krav til maksimalstøy i nattperioden, selv om det forventes færre enn 10 hendelser per natt. Siden helikopterstøy har et høyt innhold av lave frekvenser bør dette tas med i vurderingene, da lyd med mye lavfrekvensinnhold ikke dempes like godt over husfasader som støy med høyere frekvensinnhold.»

«Rapporten viser til at det er vanskelig å skille mellom støy som er helseskadelig og støy som er plagsom/irriterende, videre at det er store individuelle forskjeller i følsomhet for støy. Det er riktig at det er store individuelle forskjeller i hvordan man reagerer på og takler støy. Barn, syke og eldre anses som sårbare for støy. Med hensyn til hva som er helseskadelig støy vil FHI påpeke at sterk grad av støyplage og alvorlige søvnforstyrrelser som følge av støy anses av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som helsetap.»

«I vedlagt støyutredning samt i vedlagt Detaljregulering for Gaustad sykehusområde, Fagrapport Helikopter – Konsekvensutredning og undersøkelse står følgende:

- Et utendørs tidsmidlet lydnivå inntil Lden = 57 dB (dvs. 5 dB inn i gul sone), og et begrenset antall hendelser over Lp,A,maks 80 dB dag/kveld/natt anses å gi en tilfredsstillende støysituasjon for vanlig boligbebyggelse. Grensene kan være mildere for mer robust bebyggelsesstruktur og arealer med mindre følsom bruk.

FHI kjenner ikke bakgrunnen for hvorfor dette er å anse som en tilfredsstillende støysituasjon. Hva menes med en «tilfredsstillende støysituasjon»? Retningslinje for støy i arealplanlegging (T-1442/2016) oppgir anbefalte grenseverdier for støy fra luftfart som sier at støynivå ikke skal overstige Lden 52 dB og maksnivå ikke skal overstige L5AS 80 dB utenfor vinduer til rom med støyfølsom bruksmål. Et gjennomsnittlig støynivå på Lden 52 dB er også nedre grense for gul støysone. Det er denne anbefalte grenseverdien som er gitt for å forebygge negative virkninger av støy, og således må kunne regnes for en tilfredsstillende situasjon. En 5 dB økning i gjennomsnittlig støynivå (fra 52 dB til 57 dB) tilsier godt over en dobling av trafikken/lydenergien. Siden støynivå måles på en logaritmisk skala er en 3 dB økning en dobling av lydenergien. Retningslinje for støy i arealplanlegging gir per i dag de mest helsebaserte anbefalingene til støy, og er ment å forebygge negative virkninger av støy fra transport, industri, motorsport, skytebaner og vindturbiner.

«Avslutningsvis vil vi anføre at flerkildeproblematikk ikke er enkelt. Vi mangler i stor grad forskningsbasert kunnskap for å vurdere dette med hensyn til støyplage og andre negative virkninger. De fleste studier er gjennomført for enkeltstøykilder. I noen grad vil ulike støykilder kunne maskere hverandre (dersom de opptrer samtidig og har lik frekvenssammensetning). Dersom kildene opptrer til ulike tider og har svært ulik karakter vil dette mest sannsynlig øke den totale støyplagen, spesielt dersom dette innebærer at man ikke har noen stille/skjermet del av boligen å oppholde seg i/ved. Sweco anfører at en reduksjon i støynivået ved hver helikopterpassering med for eksempel 3

dB betyr antagelig lite for opplevd plage. FHI vil påpeke at en 3 dB økning vil være en merkbar forskjell. Det er spesielt høye nivåer av helikopterstøy på natten, på toppen av mulig flere høye trafikkhendelser fra tungtrafikk på natt fra Ring 3 som kan øke sannsynligheten for søvnforstyrrelser som er bekymringsfullt. I følge støyretningslinjen kan kommunen vurdere å skjerpe kravene der det er støy fra flere kilder. FHI mener at kommunen bør vurdere dette spesielt med hensyn til nattstøy.»

På bakgrunn av kommunikasjonen med FHI forstår vi derfor ikke hvorfor støykonsulenten argumenterer for at flerkildestøy ikke skal være skjerpende på støykravene eller at 2 hendelser per natt er tilfredsstillende for sammenhengende og tilstrekkelig hvile.

Det er også en egen støyforskrift for Oslo kommune. Vi kan ikke se utfra fagrapporten om denne er vurdert eller hvilke tiltak denne krever?

Stille områder

Gaustadskogen er definert som stille område i kommuneplanen. «Kommunen bør unngå å lokalisere nye støykilder slik at verdifulle rekreasjonsområder og stille områder forsvinner eller reduseres i omfang. Fravær av støy er en forutsetning for at friluft- og rekreasjonsområder og kulturmiljøer skal ha full verdi.» (Retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging (T-1442/2016), kap 2.3).

Kommentarer til fagrapport Helikopter – konsekvensutredning og undersøkelse

Innspillende nedenfor viser til «Fagrapport Helikopter - Konsekvensutredning og undersøkelse», rev 02.

Iflg tabell i kapittel 3.1 er det to undertema som skal konsekvensutredes:

1. Helikopterstøy for omgivelsene som følge av økt frekvens av helikoptertrafikk
2. Konsekvensene av lokalisering av helikopterlandingsplass i forhold til akuttmottak, og for brukbarheten av byrom i og inntil området.

For punkt 1 vises det tilbake til fagrapport helikopter med følgende tekst:

«Forslagsstiller har utarbeidet en analyse av støy fra helikoptertrafikk. Støyanalysen er dokumentert i Fagrapport NSG-8302-C-RA-0002 Støy fra helikoptertrafikk (Sweco, 2020).»

Fagrapport støy fra helikoptertrafikk er ingen reell konsekvensutredning. Punkt 1 over er derfor ikke tilstrekkelig undersøkt og beskrevet.

Punkt 2 er diskutert videre, men kun med hensyn på byrom.

Merk at den nordvestre innflyvningskorridoren er over skogsterreng med tre kroner som rager høyt over bakken. Det bør derfor legges til minst 20 meter på kritisk overflyvningshøyde som i rapporten er satt til 35 meter. Erfaringene fra St. Olavs er voldsom vindpåvirkning på bakkenivå selv om helikopterplattformen ligger på taket av en 6-7 etasjes bygning. Det er innført vaktlag med vektere som skal hindre ferdsel i utsatte områder under landing og take-off med SAR Queen. Andre tiltak er ukentlig kosting av vei og torg for å redusere mengden grus osv som kan gi personskafer.

Ifølge NRK er det gjort dynamiske luftstrømningsberegninger (CFD beregninger) som viser at man kan forvente luftstrømmer inntil storm styrke i 50 meter radius under helikopteret. Det samsvarer med informasjonen i en video fra BP om vindkrefter fra tunge helikoptre offshore (<https://www.youtube.com/watch?v=O9bvuyRKwwc>). I fagrapport helikopter viser man enkelt til at

plattformene på nye Rikshospitalet vil ligge 55 meter over bakkenivå og at det vil løse alle problemer sammenlignet med St. Olavs. Markaportalen og turveier tett på eller under høy vegetasjon virker å være uteglemt i den forbindelse. Bygningkroppenes form med mulighet for forsterkning av «downwash» f.eks mellom H-blokkene er heller ikke vurdert. Den hittil siste reportasjen fra Trondheim viste at vinduet på en ambulanse var blitt smadret med påfølgende personskafe under landing med SAR Queen. Vindkreftene ved avgang er enda sterkere. Det bør derfor kreves at forslagsstiller også gjør CFD beregninger for å dokumentere at landingsplattformenes plassering på det nye Rikshospitalet er egnet for å ta imot SAR Queen uten at det bidrar til økt risiko for omgivelsene.

Innflyvningskorridor fra nordvest vil passere rett over sykehusets lekeplass. Ved plassering av landingsplattform lengst nord vil plattformen befinne seg ca 50 meter fra lekeplassen. Ved plassering som vist i fagrapporten vil avstander til lekeplass og bålplass være på hhv 75 meter og 125 meter som vist under. Sognsvannsbekken med høy kantvegetasjon vil være derimot ligge i umiddelbar nærhet. Ingen av disse møteplassene eller «byrommene» er omtalt i fagrapporten.



Beboere i
Slemdalsveien 89 A, B, C, D, E, F, G, H
Slemdalsveien 89 J, K, L



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 02.06.2021 kl.10:38
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QJGZ
Innsendt av: Daniel Østrem Bartz
E-postadresse: dabartz@me.com
Mobilnummer: 48229910

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er bekymret for at det blir bygget for trangt. At det blir for trange sykehusrom, og trang intensivavdeling. Ved tidligere sykehus er plass situasjon alltid ett problem. Man trenger mye areal i ett sykehus.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 02.06.2021 kl.21:36
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QJJZ
Innsendt av: Anne-Gry Moen
E-postadresse: annmo2@online.no
Mobilnummer: 91521199

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er imot bygging av nytt sykehus på Gaustad.

I Plan og Bygningsetatens anbefaling: Høyhus i Oslo, står det at høyhus kan påvirke bylandskapetets overordnede formuttrykk og medføre store visuelle endringer og kontraster. Det er derfor ikke ønskelig med høyhus på Gaustad.

Byens høyhusstrategi gir heller ikke rom for bygninger over 42 meter i dette området, slik som planalternativ 1A innebærer. Høyhus bør forbeholdes bykjernen og Barcode.

Men de andre alternativene er heller ikke gode løsninger, da disse bygningene også vil bli vesentlig høyere enn det Gaustad Sykehus og Rikshospitalet er i dag. Med disse alternativene vil det dessuten bli et for stort bygningsvolum på tomten. Generelt vil sykehuset ødelegge viktige grøntområder mot Sognsvannsbekken og marka, skjemme nærmiljøet og viktige kulturminner på Gaustad. Grøntområdene rundt dagens Rikshospital og Gaustad Sykehus har positiv virkning både på psykisk og fysisk helse både for pasientene og lokalbefolkningen Oslo.

Det er regjeringens ansvar å legge en strategi for å sikre nasjonale helsetjenester, men det er bystyrets ansvar å ta vare på/ og skape et godt bymiljø - og sikre Oslos fremtidige sykehusbehov. Dette kan gjøres ved at Oslo velger å beholde sykehus både på Gaustad, Ullevål og Aker. Håper virkelig ikke bystyret lar seg diktere av pampere i Helse Sør - Øst.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Knut Olav og Caroline Rønningen
Slemdalsveien 89 L
0373 Oslo

3. juni 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune
Fylkesmannen i Oslo og Viken
Oslo kommune, Bymiljøetaten
Oslo kommune, Helseetaten
Bydel Vestre Aker
Bydel Nordre Aker

Vedr: Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde – Detaljregulering med konsekvensutredning

Innledning

Overordnet stiller vi oss sterkt kritiske til at Gaustad sykehusområde skal bygges ut etter foreliggende planforslag. Vi frykter konsekvensene av at det er planlagt et altfor stort bygningsvolum på et svært begrenset areal, der også mulighetene for utvidelser er begrenset.

Vi mener videre det vil være et irreversibelt feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vi ønsker at Oslo kommune opprettholder gjeldende regulering av Ullevål sykehus og motsetter seg salg til andre formål. Vi ønsker også at kommunen arbeider for at HSØ må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som en fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Oslo kommune har som bygningsmyndighet etter plan- og bygningsloven rett og plikt til å sørge for at plan- og bygningslovens regler og kommunens planverk blir fulgt opp ved behandlingen av HSØs forslag om utvikling av Gaustad sykehusområde. Vi mener at det foreliggende planforslaget er svært mangelfullt.

Oppdeling av saksbehandlingen i ulike planforslag gjør at viktige hensyn og konsekvenser ikke har blitt belyst, f.eks. trafikkforhold på Ring 3, helsefaglige forhold som akuttberedskap, klimabelastningen ved riving, samt om sykehuset rett og slett blir stort nok til både dagens og fremtidens behov.

Risiko- og sårbarhetsanalysen utelater en rekke viktige forhold, som bl.a. adkomstforhold, brannberedskap ved evakuering av høyhus, terrorberedskap, grunnforhold, pandemi/isolasjon, samt utfordringer knyttet til bygging tett på et sykehus i drift.

Konsekvensutredningsrapportene skyver i tillegg en rekke problemstillinger fram til detaljprosjektering og anleggsfasen, når det kan være for sent å få til gode løsninger. Dette oppleves som en kynisk tilbakeholdelse av informasjon for å oppnå et ønsket utfall.

Vedrørende det nåværende planforslaget, er vi særlig bekymret for at våre barns oppvekstvilkår ikke er tilstrekkelig vurdert eller ivarettatt; verken de midlertidige eller langsiktige konsekvensene som følge av utbyggingen. Spesielt gjelder det konsekvenser av en uvanlig lang anleggsperiode på inntil 15 år med trafikk- og støvplager, skolevei, helikopterstøy, samt forhold rundt midlertidige og varige tap av leke- og friområder. Vi ser ikke at det er beskrevet troverdige tiltak og planer som omhandler noen av disse forholdene.

Generelt om barns oppvekstvilkår

Vi mener planforslaget har vesentlige mangler rundt forhold som påvirker barn og unges oppvekstvilkår. Forslagsstiller må kunne dokumentere at midlertidig og langsiktig helsepåvirkning av støv, rystelser og støy ikke vil påvirke barns søvn, helse, læring, leseferdigheter eller hukommelse, eller beskrive troverdige tiltak og planer som vil sikre mot dette. Prosjektets størrelse og varighet tatt i betraktning mener vi at barn og unges oppvekstvilkår ikke kan reduseres til en diskusjon om lekearealer i et underkapittel i fagrapport friluftsliv.

Vi savner spesielt beskrivelse av midlertidige konsekvenser som beskrevet i forskrift om konsekvensutredning (§21): «*Beskrivelsen skal omfatte positive, negative, direkte, indirekte, midlertidige, varige, kortsiktige og langsiktige virkninger.*» Anleggsperioden er planlagt å vare i 8-9 år med påfølgende fase 2 som er stipulert til 5 år, noe som knapt kan kalles midlertidig i et barns perspektiv. Det er stor grunn til å anta at et så stort prosjekt også vil få forsinkelser.

Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge legger vekt på medvirkning. Vi bor i et barnerikt område som en periode også var innenfor planområdet. Nå ligger vårt boligområde som en enklave innenfor planområdet. Vi vil få anleggsområdet for H-blokkene på kun noen meters avstand. Det ville da kanskje vært naturlig at prosjektet også henvendte seg direkte til oss i forhold til tema som angår barn og unge? Det har ikke vært noen form for barnetråkk eller involvering av barna eller oss foreldre. Dette finner vi sterkt kritikkverdig!

Kommunen er pålagt å vurdere konsekvensene for barn og unge i plan- og byggesaksbehandlingen, samt å foreta en samlet vurdering av barn og unges oppvekstmiljø for å utarbeide mål og tiltak i planarbeidet. Særlig oppmerksomhet skal vies sikring mot forurensning, støy, trafikkfare og annen helsefare ift. arealer og anlegg som brukes av barn og unge.

Rigg og anlegg

Vi mener at planforslaget med tilhørende konsekvensutredninger ikke tilstrekkelig belyser konsekvensene for vårt bomiljø, særlig mhp. nedenstående, og krever at dette utredes grundig:

- Ingen helsekonsekvensutredning av hvordan en langvarig anleggsfase tett på våre boliger og utearealer vil påvirke oss, særlig med hensyn på våre barn
- Mangelfull vurdering og innlevelse i hvordan støy, visuell støy, støv og rystelser vil påvirke vårt bomiljø
- Mangelfull utredning av trafikale konsekvenser
- Ingen utredning eller visualisering/volumstudier som antyder omfang av byggegjerder, støyskjermer og brakkerigger rundt vårt bomiljø

Boligområdet vårt sørvest i planområdet vil påvirkes sterkt av anleggsvirksomhet, både i form av trafikk, støy og støv. Barn tilbringer mye tid utendørs gjennom hele året. De vil derfor være ekstra eksponert for spesielt svevestøv. De har heller ikke utviklet trafikale ferdigheter, så anleggstrafikk og sikringstiltak må være godt planlagt. Vi er også bekymret for at planlagte adkomstveier for anleggstrafikk ikke er tilstrekkelig realitetsbehandlet, noe som vil medføre langt større andel anleggstrafikk gjennom boligområder enn forutsatt.

Skolevei er ikke omtalt i fagrapport 'Friluftsliv'. Skolebarna i Slemdalsveien 87A, B, 89 A, B, C, D, E, F, G, H, J, K og L går på Vinderen, Slemdal eller Ris skole. Uansett skolevei må barna krysse en meget trafikkert anleggsvei som vi forstår kan være hovedanleggsvei i opptil 15 år gjennom både byggetrinn 1 og 2.

Støy og trafikk i anleggsfasen vil særlig påvirke boligene i Slemdalsveien 87-89, blant annet på grunn av forslaget om en anleggsatkomst i den offentlige veien gjennom boligområdet. Her er det planlagt enveiskjøring. Hvordan skal det fungere for de 21 boligene som bruker veien i dag? Barna må bl.a. kunne komme seg trygt til og fra skole og aktiviteter fra 07.30 om morgenen til 20.00 om kvelden gjennom hele anleggsperioden.

Det er foreslått en støyskjerm langs eiendommen vår som et avbøtende tiltak. Vi har ikke noe tro på at dette i nevneverdig grad vil redusere den opplevde støyen fra anleggstrafikken eller kunne skjerme mot svevestøv eller annen forurensning. I tillegg er høye støyskjermer både lite attraktive konstruksjoner, samt at de skaper en følelse av at man er innesperret på eget område og sånn sett betydelig forringer den åpne, luftige og landlige profilen vi har på nabolaget i dag.

Midlertidig helikopterlandingsplass

Det skal opprettes en midlertidig helikopterlandingsplass vest for Rikshospitalet i anleggsfasen som skal kunne ta imot de tyngste redningshelikoptrene. Landingsplassen skal plasseres i umiddelbar nærhet av turveier, populære turmål og lekeplasser, men holdes imidlertid utenfor konsekvensutredningen av anleggsfasen da forslagsstiller hevder ansvaret for denne ligger hos en annen organisasjon.

Hvordan vil rotorvind og støy påvirke brukbarhet av lekeplasser, sandkasser og turveier tett på, ved landing, og take-off? Må den populære bålplassen, markainngangen og lekeplasser evakueres ved helikopterankomst eller take-off? Alle som har passert Rikshospitalet når Sea King tar av har kjent på «sandblåsingeffekten» selv langt ute i parken mot Gaustad sykehus. Nye SAR-Queen har betydelig kraftigere rotorvind.

Vi mener landingsplassen og dens plassering inngår i en uløselig rekkefølge av nødvendige og planlagte trinn for å realisere utbyggingen på Gaustad. Konsekvensene for barn og unges reelle tilgang til tur- og lekeområder må derfor utredes sammen med andre tiltak i anleggsfasen. Vi frykter at konsekvensutredningen ikke gir det riktige bildet så lenge denne landingsplassen blir holdt utenfor. Illustrasjon av lokasjon og all omtale virker å være fjernet i planforslaget som er lagt ut til offentlig ettersyn.

Helikopterstøy

Vi mener at fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning ikke møter kravene i T-1442/M-158, blant annet ved at maksimalstøy nattetid ikke er gjort rede for. Dette er en viktig parameter for vurdering av risiko for alvorlige søvnforstyrrelser som igjen har en dokumentert effekt på barns hukommelse og evne til å lære. Vi opplever at støypåvirkning underdrives og bagatelliseres.

Vi som bor rett vest for Sognsvannsbekken, i det sørvestre delen av planområdet, vil få helikopterlandingsplassene rett over hustakene våre. Vi mener at en flyplass av den størrelse som her er planlagt (3000 flybevegelser årlig) ikke er forenlig med umiddelbar nærhet til et boligområde, ei heller leke- og rekreasjonsarealer for barn.

Folkehelseinstituttet skriver på sine hjemmesider at søvnforstyrrelser anses for å være blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø.

Gunn Marit Aasvang, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, skriver i en kommentar at «Barn, syke og eldre anses som sårbare for støy. Med hensyn til hva som er helseskadelig støy vil FHI påpeke at sterk grad av støyplage og alvorlige søvnforstyrrelser som følge av støy anses av Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) som helsetap.»

Støy

Det vil bli svært høy belastning av tunge anleggsmaskiner og -kjøretøy gjennom anleggsperioden, som vil føre til økte utslipp av svevestøv og annen forurensning. Ifølge anleggsrapporten kan konsentrasjonene for nabolaget vårt komme til å overstige grenseverdiene i forurensningsforskriftens kapittel 7 og retningslinje T-1520. Dette mener vi er helt uakseptabelt!

Lekearealer

I fagrapport Friluftsliv er vårt viktigste nærområde beskrevet på følgende måte:

«Gressletten og bakken ved Rikshospitalets atkomst benyttes av barn i tiknytning til sykehuset, både besøkende og pasienter. Det er et åpent, solrikt areal som benyttes til å løpe rundt og til annen fri lek. Om vinteren brukes bakken til aking.»

Dette er et meget populært område for skileik og aking for barn i alle aldre på grunn av sine unike kvaliteter sammen med gressbakkene utenfor lesesalen på Domus Medica. Her kan de største ta meg seg de minste, vi har oversikt fra huset, det er ingen trafikk som skal krysses for å komme seg dit. Det gir en egen frihet, en frihet som kommer spesielt de minste til gode. Det foreslåtte erstatningsarealet er langt unna og innebærer også kryssing av trafikkert vei. Dermed er ikke dette noe reelt erstatningsareal for våre barn.

Midlertidig bolig

Bomiljøet i området vårt er trygt, og barna leker sammen dagen lang. Erstatningsbolig kan være en god løsning på kort sikt dersom støy og helserisiko tilsier det. Erstatningsbolig over en lengre periode er uheldig for barnas relasjoner og opplevelse av trygge omgivelser og stabilitet. Erstatningsbolig er heller ikke omtalt som konsekvens for barn og unges oppvekstvilkår.

Utredning av fortsatt drift av Ullevål sykehus

Vi mener at det vil være et irreversibelt feilgrep å avvikle Ullevål som sykehusområde, og vi ønsker at Oslo kommune opprettholder gjeldende regulering av området og motsetter seg salg til andre formål.

Vi ønsker at kommunen arbeider for at Helse Sør-Øst må utrede fortsatt drift og utvikling av Ullevål sykehus som en fullverdig del av utviklingsplanen for sykehusene i Oslo.

Mvh

Knut Olav Rønningen

Caroline Rønningen

Mathilde Olbjørn Rønningen (9 år)

Marcus Olbjørn Rønningen (7 år)



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.06.2021 kl.11:32
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QLHZ
Innsendt av: Sondre Thorvaldsen
E-postadresse: sondre.thorvaldsen@gmail.com
Mobilnummer: 93201087

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse



Uttalelse

Jeg er beboer i området og direkte nabo til sykehustomten. Planforslaget vekker dyp bekymring hos meg, både i anleggsfasen og etter eventuell ferdigstilling av planene.

Gaustadskogen er den viktigste innfartsåren til Marka for titusener av byens innbyggere. Planen vil svært inngripende for dette området. Her myldrer det daglig av barnehager, skolebarn, sykehusbeboere og dyreliv - utsatte grupper som kommunen må ta særlig ansvar for å verne om. Her er også mangfoldige turgåere og mosjonister, døgnet rundt, i søken på et avbrekk i en grønn lunge. Selv om skogen vil bestå, vil planen innebære gigantiske bygg kloss på området, støy og støv fra ti år med anleggsarbeider, og bekymringsfulle risikoer fra økt helikoptertrafikk og -størrelse for all framtid. Området vil miste mye av sin verdi når turen går gjennom skygger av sykehusbygg, orkankast fra helikopterrotorer, nær kontinuerlig støy fra anleggsmaskiner og støvete anleggsveier. Ti års anleggsperiode vil ikke oppleves som midlertidig for noen, særlig ikke området barn.

For øvrig framstår det for meg uforståelig at helikopterlandingsplass aksepteres å behandles utenfor planforslaget, all den tid helikoptertrafikk er en essensiell del av sykehusdriften og helikoptertrafikk samtidig er en sentral innsigelse fra oss beboere mot planene på Gaustad. Dette henger tett sammen, og en oppstyking av disse sakene vil bare være en fordel for forslagsstiller og en tilsvarende svakhet for innbyggernes innsigelsesrett. Jeg anmoder PBE til å behandle planforslaget og helikopterlandingsplass som en felles sak.

Videre vil de høye byggene i planen være visuelt inngripende for hele området vest for sykehuset, som i dag opplever å ha marka som nærmeste nabo. Kommunen generelt, og plan-og bygg spesielt, virker normalt til å hegne om grøntområdene våre. Høyhusene vil forringe betydningen av området grøntområde og bidra til at det bebygde området vest og øst for Gaustadskogen visuelt knyttes sammen, både for oss som bor tett på og for beboere på avstand. Sykehusområdet vil således transformeres fra en flott sammensmelting av kulturhistorisk bebyggelse og institusjonell funksjonalisme, til et sykehusindustrielt område hvor både kulturhistorie og natur havner i skyggen - bokstavelig talt!

Etter min mening vil altså planforslaget redusere Gaustadskogens verdi betydelig og irreversibelt. Dette må ikke tillates.

Med vennlig hilsen,
Sondre Thorvaldsen
Kristina Fougner Rø
Rugdeveien 27

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.06.2021 kl.12:47
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QNAZ
Innsendt av: Ivan Jonassen Rimstad
E-postadresse: ivan.rimstad@icloud.com
Mobilnummer: 41147040

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Jeg har innspill til bygging av nytt sykehus på Gaustad, se vedlegg.
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Brev til Plan og Bygg070621.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Befolkningsvekst og endrede sykehusbehov neste 30 år.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har beregnet at befolkningen i Oslo vokser med 15% frem til 2050. Det er 107 046 nye innbyggere med behov for helsetjenester. Nøktene tall viser også betydelig befolkningsvekst i områdene rundt Oslo. Mange av sykehusene i HSØ sender sine sykeste pasienter til Oslo universitetssykehus HF. OUS Ullevål og OUS RH fungerer som den «store bakvakten» for alle sykehusene i HSØ. Dette er vel kjent og et ettertraktet tilbud til våre samarbeidende sykehus. Dette forholdet og kapasiteten som kreves for å videreføre denne «bakkvaks funksjonen» er ikke lagt inn i beregningene i prosjektet fra HSØ.

Tabell med oversikt innbyggere i Oslo og omegn; 2020 og 2050.

	2020	2050	Endring i antall personer	Endring i prosent
Oslo	693 494	800 540	107 046	15,4
Viken	1 241 165	1 469 482	228 317	18,4
Innlandet	371 385	388 394	17 009	4,6
Telemark og Vestfold	419 396	456 617	37 221	8,9
TOTALT	2 725 440	3 115 033	389 593	14,3

En annen modell hvor det er estimert høyere befolkningsvekst i Oslo gir 899 297 innbyggere i 2050. Det er en vekst på 205 803, + 29,7 %.

Tomteareal.

Det er et begrenset tomteområde som kan bebygges med nytt sykehus på Gaustad.

Det er ikke diskutert i planleggingen at det må være rom for betydelige utvidelser av OUS i fremtiden. Det er helt nødvendig at man i planleggingen av Nye OUS må ta befolkningsveksten med som en forventet utvikling. I tillegg blir det en økning av andel eldre fordi levealderen øker og i den populasjonen med høy alder vil sykkeligheten nødvendigvis øke. Dette økte behovet for sykehustjenester er det ikke tatt hensyn til i beregningene fra HSØ, hvilket er mangelfullt. Hvor skal sykehusutvidelsen skje på Gaustad i fremtiden? Flytte markagrensen? Rive nære boområder? Bygge nytt sykehus på Oslo Sør? Da vil det være bedre å bevare Ullevål med de store tomtearealene som er tilgjengelige der slik at sykehuskapasiteten kan tilpasses det fremtidige behov på en sentral og ferdig regulert tomt til dette formålet.

Tilførselsveier.

Tilførselsveier til sykehuset er Ring 3 med avkjøring opp til Gaustad (ved Sogn Arena – Klaus Torgårds vei) vil ikke kunne håndtere trafikkmengden under byggeperioden eller etter ved sykehuset i drift.

Trafikkulykker sentralt på Ring 3 eller ved avkjøringsveien til Rikshospitalet vil kunne stenge transportmulighetene inn til sykehuset helt.

Det vil bli stort behov for ambulansetransporter av kritisk syke pasienter fra Aker til Nye OUS på Gaustad. Slike transporter er per se et risikoøkende element for pasienten.

I tillegg kommer tidstapet til endelig behandling og ikke minst blokkering av transportressursene ved slike interhospitalt og egentlig unødvendige oppdrag. Det vil gå ut over kapasiteten til å ta andre akutte oppdrag. Ved trafikk-kork på Ring 3 er det sannsynlig av ambulansetjenesten må benytte alternativ innkjøring via boligområdene i Nordbergveien og Gaustadveien. Dette vil skape støy og farlige situasjoner i boligområdene som berøres.

Ved et eventuelt fremtidig terroranslag mot Nye OUS på Gaustad vil et bombe-angrep som ødelegger tilførselsveien til sykehuset fra Ring 3 kunne sette sykehuset ut av funksjon. Dette er ikke holdbart sett i et beredskapsperspektiv.

Bygning og miljø.

Grunnforholdene rundt Gaustad er usikre, og området/tomten har vesentlige høydeforskjeller – arealet sett under ett. Det betyr at man må bygge et sykehus på mange nivåer, hvilket er uhensiktsmessig og forsinkende når det kommer til interne pasienttransporter og annen logistikk.

Det er stor bygningsmasse som planlegges oppført, med høyhus opp til 52 meter og ytterligere 5 meter høy helikopterlandingsplass på toppen av to av høyblokkene. De vakre grøntarealene mot Gaustad psykiatriske sykehus blir ødelagt. I sin tid var det nøye planlagt hvordan bygningsvolumene og grøntarealene for RH vs. Gaustad psykiatriske sykehus skulle harmonere. Det ble lagt strenge føringer for dette. Dette er uheldig for naturmiljøet.

Bomiljøet rundt sykehuset vil endres i stor grad og transport på vei og lufttransport vil øke markant. Det er forventet ca. 1350 helikopterlandinger (2700 flybevegelser) per år. Ca. 100 av disse landingene/år vil skje med det nye redningshelikopteret AW101 som gir vesentlig mer støy en dagens SeaKing helikoptre. Det er et samlet landingsvolum som «en middels norsk flyplass» midt i et sykehusområde og et bomiljø som vil belastes med støy i betydelig grad. Støybelastningen må utredes og konsekvensene av denne må utredes nøye.

Personalbarnehager: det er 7 personalbarnehager i drift på Ullevål sykehus i dag. Jeg kan ikke se i byggeplanene hvor et slikt antall barnehager er plassert inn på nye Gaustad. En så stor arbeidsplass vil medføre et stort barnehagebehov og barnehagene skal ha tilhørende trygge uteområder. Veiene til barnehagene skal være sikre for å hindre ulykker, og barna må ikke settes for fryktskapende støy fra biltrafikk og lufttrafikk, hverken i byggeperioden eller etter ferdigstillelse.

Norge har stått og er i en pandemi. Å samle bygningsmasse og samtidig bygge i høyden kan påvirke spredningen av farlige, smittsomme sykdommer. Ventilasjonsanlegg og heistrakter er sårbare, og det er en fordel å kunne dele opp bygningsmassen i flere enheter som ligger i noe avstand fra hverandre. Pandemisikkerheten er ikke godt nok belyst. Det er behov for en separat ROS-analyse med fokus på dette forholdet. Dette forholdet er ikke tilfredsstillende utredet.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 03.06.2021 kl.21:09
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QMNZ
Innsendt av: Eirik Hvatum
E-postadresse: eirik.hvatum@outlook.com
Mobilnummer: 93418753

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er imot bygging av nytt sykehus på Gaustad eller en kraftig utbyggelse slik det er foreslått.

I Plan og Bygningsetatens anbefaling: Høyhus i Oslo, står det at høyhus kan påvirke bylandskapet overordnede formuttrykk og medføre store visuelle endringer og kontraster. Det er derfor ikke ønskelig med høyhus på Gaustad. Byens høyhusstrategi gir heller ikke rom for bygninger over 42 meter i dette området, slik som planalternativ 1A innebærer. Høyhus bør beholdes bykjernen og Barcode.

Men de andre alternativene er heller ikke gode løsninger, da disse bygningene også vil bli vesentlig høyere enn det Gaustad Sykehus og Rikshospitalet er i dag. Med disse alternativene vil det dessuten bli et for stort bygningsvolum på tomten. Generelt vil sykehuset ødelegge viktige grøntområder mot Sognsvannsbekken og marka, skjemme nærmiljøet og viktige kulturminner på Gaustad. Grøntområdene rundt dagens Rikshospital og Gaustad Sykehus har positiv virkning både på psykisk og fysisk helse både for pasientene og lokalbefolkningen Oslo. Jeg er også usikker på om "vertikal pasientflyt" vil være positivt for pasienter og de ansattes helse og trivsel slik Helse Sør - Øst forestiller seg. De jeg har snakket med, både ansatte og pasienter (inkludert meg selv) synes det er bra at det bygges såpass lave og at man slipper å måtte få høydeskrekk når man ser ut av vinduene.

Det er regjeringens ansvar å legge en strategi for å sikre nasjonale helsetjenester, men det er bystyrets ansvar å ta vare på/ og skape et godt bymiljø - og sikre Oslos fremtidige sykehusbehov. Dette kan gjøres ved at Oslo velger å beholde sykehus både på Gaustad, Ullevål og Aker. Sett i dagens lys så burde dette også være fornuftig ved en eventuell pandemi eller terrorhandling dersom det skulle oppstå en situasjon hvor ett sykehus må bli stengt. På denne måten sprer man risikoen.



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Merknad til sak 201704683-321

Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalleen 34

Nedbyggingen av Norske sykehus må stanses!

Den løsning som velges i Oslo har betydning for hele landet

Sven Erik Gisvold Prof Emeritus St. Olavs Hospital /NTNU, Trondheim

At noen i fullt alvor vil legge ned Ullevål og lage et mammutsykehus på Gaustad er uforståelig. Vi er mange utenfor hovedstaden som undres over man ikke ser utfordringen som mye mer enn et Osloproblem.

For det første:

Norge trenger et nasjonalt spesialsykehus som tar hånd om utvalgte, sjeldne og høyt spesialiserte tilstander. Stikkord er transplantasjon, barne – hjertekirurgi , sjeldne blodsykdommer og deler av intensivmedisinen. – og laboratoriefunksjoner og forskning knyttet til disse fagområdene At slike funksjoner skal spres på andre regionsykehus er urealistisk ,vil med stor sannsynlighet svekke den mest høyspesialiserte medisin og ha konsekvenser for hele landet. . Vi trenger Rikshospitalet , og det behøver ikke å være større enn det er i dag for å ivareta disse høyspesialiserte funksjonene

Å legge ned Ullevål og integrere et stort volum av Østlandets akuttmedisin i de høyspesialiserte oppgavene ved Rikshospitalet vil med stor sannsynlighet svekke begge funksjoner. Ullevål er i dag landets ledende traumesenter. Dette blir vanskelig å videreføre på Gaustad.

For det andre:

Det er allerede et nasjonalt problem at kapasiteten ved norske sykehus er dramatisk redusert . Vi har i dag kun 50% av den kapasitet vi hadde i1980 mens befolkningen har økt med en million. Problemet er manifest i alle deler av landet – ikke minst i helse Sør-Øst hvor korridorene er fulle. Vi har sammen med Sverige i dag det laveste antall sykehussenger per capita i Europa og en beleggsprosent langt over det OECD anbefaler. Dette har alvorlige konsekvenser i form av uverdigg behandling , alvorlige komplikasjoner og dødsfall. Realiseres de foreliggende planer i Oslo vil situasjonen ytterligere forverres og få ringvirkninger for hele landet – både medisinsk og økonomisk. Det finnes ikke ett eneste eksempel på at fagfolk har blitt lyttet til vedr kapasitetsproblemene ved bygging av nye sykehus – fra Kirkenes i nord til Kalnes i sør. Problemet vil åpenbart forsterkes hvis man legger ned Ullevål. Norsk sykehusvesen gikk ned i knestående da vi hadde totalt 324 pasienter innlagt med Covid 19, og 120 av disse var på intensivavdelinger. Dette sier noe om hvor ribbet vi er.

På toppen av dette skal man altså kvitte seg med den eneste sykehustomta i regionen som vil inneholde muligheter for fleksibilitet og utvidelser i framtida. Et økonomisk argument er at man kan selge tomta for 5-10 mrd kroner for å få litt frisk kapital til Gaustadprosjektet. Selv 10 mrd er bare halvparten av ett års driftsbudsjett for OUS. Det som koster penger er ikke å bygge noen ekstra kvadratmeter og senger. Det er kun en «liten» engangsutgift. Det som bør interessere er den årlige driften, og ikke bare de årlige driftsutgifter, men framfor allt - hvor funksjonelt er sykehuset? I hvilken grad er planene styrt av samfunnets behov? - og i hvilken grad bygger man inn bufferkapasitet og fleksibilitet i tilfelle uforutsette hendelser? Som Espen Nakstad uttalte til Dagens Medisin i mars: «Kanskje må vi ha systemer med sykehus med mer plass, ikke bygge svære, høye tårn, men på en måte ha mer smittevernhensyn inn i måten vi bygger sykehus på»

For øvrig er det overbevisende dokumentert at en løsning med et bevart Ullevål sykehus tillegg til Rikshospitalet og Aker, vil være vesentlig billigere og mer framtidsrettet, slik det framgår av rapporten fra en ekspertgruppe. (Sykehusplaner for Oslo). Har sentrale politikere tatt seg tid til å lese rapporten?

Det er på tide å lytte til fagfolk på gulvet. Nedbyggingen av norske sykehus må stoppe. Hvis man nå treffer gale valg er vi på rask vei mot et sengeløst, hjerteløst og todelt helsevesen.

Det er på tide at man lytter til fagfolk på gulvet og at nedbyggingen av norske sykehus stoppes. De valg dere treffer i Oslo angår oss alle - både medissinsk og økonomisk. Trår vi feil nå kan vi ende opp med et hjerteløst, sengeløst og todelt helsevesen.

Beboere i
Sognsvannsveien 24 A-D, 26A-E og 28A-D.

Oslo, 01.06.2021

Plan-Bygningsetaten Oslo kommune

Oslo kommune bymiljøetaten

Oslo kommune helseetaten

Bydel Vestre Aker

Bydel Nordre Aker

Høringsuttalelse fra Gaustadtunet sameie, Sognsvannsveien 24-28 (PBE 201704683)

1. Sammendrag

- Såkalt midlertidig anleggsaktivitet i planforslaget er i realiteten en varig periode på opptil 15 år. Plan og bygningsloven definerer midlertidighet som en periode på inntil 2 år i både byggesaker og reguleringsaker. Det er derfor oppsiktsvekkende at "midlertidige" aktiviteter og tiltak med svært lang varighet er svært ufullstendig beskrevet og ikke konsekvensutredet.
- En alvorlig mangel ved Planforslaget er at landingsområdene for helikoptre i byggefase 1 ikke er angitt. Vårt nærområde vil bli belastet med inn/utflyging av helikoptre fra midlertidige landingsområder i 10-15 år. Særlig bekymringsfullt er dette da landingsområdene skal betjene tunge helikoptre som SAR Queen og Forsvarets 412. Dette må konsekvensutredes. Det er underlig at PBE ikke har stilt krav om dette i planforslaget.
- Brakkeriggene som planlegges i fase 1 og fase 2, samt bygning Q i fase 2 ligger for tett på våre boliger. Det kan ikke aksepteres.
- F2 må bygges inn i bakken og ikke gis høyere profil enn dagens anlegg. Fabrikkipipene må plasseres lengst syd i området F2 og bort fra boligområdet. Aggregater og vifter må støydempes og eksos må renses.
- Konsekvensutredningen av trafikkbildet i anleggsfasen er mangelfull. Veier der barn ferdes til skoler og barnehager må sikres.
- Vi erfarer at det er planlagt midlertidig (10år?) akuttmottak med inngang fra vest like ved Sognsvansbekken med tilkjøring av ambulanser fra nord. Det er hårreisende at dette verken er beskrevet eller konsekvensutredet i planforslaget.
- Støykart må oppdateres slik at de dekker støy, inkludert maksstøy, fra de største helikoptrene både ved midlertidige og endelige landingsplattformer. Prosjektet må beskrive avbøtende tiltak for støyreduksjoner fra sykehusområdet. Bygningsmessige støyreducerende tiltak på Gaustadtunet må bli vurdert i samråd med beboere.

- Byggherre må forholde seg til retningslinjer gitt T-1442/16 i anleggsperioden hva angår støy, trafikk, anleggsarbeider og arbeidstid. Varigheten på den såkalt midlertidige fasen gjør at støykartlegging og tiltak må vurderes på lik linje med permanente tiltak (f.eks følge forurensingsforskriften kap 5).

2. Innledning

Gaustadtunet sameie ble etablert 1994 med i alt 13 boliger fordelt på tre rekker. Vi er Rikshospitalets nærmeste nabo i nord. I dag inkluderer sameiet 7 barnefamilier, med til sammen 18 barn. I tillegg inkluderer boligområdene på Gaustad, nord for planområdet ca. 1500 personer fordelt på 600 husstander, hvorav over 300 barn, de fleste i barnehage eller barneskolealder.

For Gaustadtunet sameie innebærer planforslaget svært negative konsekvenser både under den lange anleggsperioden (10–15 år), og når sykehuset står ferdig utbygd. Anleggsarbeider og enorme bygg vil forringe helse og livskvalitet for barn og voksne ved:

- Pulserende og sammensatt støy fra helikoptre og anleggsarbeid.
- stor anleggstrafikk og stadig endrede trafikkmønstre
- nedbygging av tilliggende grøntområder og lekearealer
- forringelse av parkanlegg og det fredede Gaustad Sykehus
- forringet lysforhold og utsikt

Konsekvenser av miljøbelastningene, spesielt i anleggsperioden, vil forringe verdien av eiendommer i området vårt. Boligene vil ikke være særlig salgbare de neste 10-15 år. Dette kan bli aktuelt å kreve erstatning for.

Det er påfallende at et 256-siders plandokument knapt behandler konsekvensene sykehusprosjektet har for oss som er nærmeste naboer i nord, særlig sett i lyset av at grensen for reguleringsområdet går tvers gjennom sameiet.

3. Illusjonen om midlertidighet

Anleggsperioden i fase 1 er anslått fra 2022 til 2030, og en eventuell fase 2 fra 2030 til 2035. Dette tilsier en anleggsperiode på nabotomta på opptil 15 år. **Anleggsperioden motsvarer en hel barndom, pensjonistalder, eller annen livsfase og er ingen midlertidig tilstand. Det betyr at helseskadelige miljøbelastninger, så som byggestøy, støvplager og anleggstrafikk, samt beslaglagte grøntområder til riggområder rundt oss, i realiteten blir av varig karakter.** Plan og bygningsloven definerer midlertidighet som periode på mindre en 2 år i både byggesaker og reguleringssaker. Det er derfor lovstridig og uakseptabelt at dette ikke er tatt hensyn til i planforslaget. Vi krever at det blir gjort en komplett beskrivelse og konsekvensutredning av disse såkalte midlertidige forholdene.

4. Helikopterlandingsplasser

Problemene som vil oppstå som følge av helikopteraktivitet og landing i fase 1 er ikke behandlet i prosjektplanene. Det er uholdbart. Ved etablering av landingsområder i anleggsperioden må det legges til grunn at områdene skal betjene tunge helikoptre av typen SAR Queen (AW101) og Luftforsvarets Bell 412. Slike landingsområder eksisterer i dag ikke innenfor HSØ sine tomteområder på Gaustad.

Det er helt uakseptabelt å etablere en midlertidig helikopterplass med tusentals flybevegelser per år kloss oppi vårt sameie, med dets leke og rekreasjonsområder. Med erfaringene fra St Olavs hospital i Trondheim, vil landingsområdene for SAR Queens

helikoptre måtte legges flere hundre meter vekk fra boliger, offentlig og privat ferdsel. Kraftige rotorblader med løfteevne opp mot 20 tonn, vil gi lufttrykk som kan påføre nærområdene alvorlige helseskader og materielle skader. Slike forhold er til nå ikke utredet av prosjektorganisasjon eller påtalt av PBE. **Vi krever at PBE får avklart planene HSØ har for bruken av helikoptre i fase 1 og fase 2. Her må foretas vurderinger av trykkvirkninger og støymålinger, inkludert maksstøy. Naboer må inkluderes i de vurderinger som utredes.**

Når landingsplassene på taket av høybyggene er etablert, sier fagrapporten svært lite om støy fra helikoptertrafikken. Beskrivelsene er utilstrekkelige og oppfyller ikke intensjoner og anbefalinger angitt i T-1442/M-128. Overskridelser av grenseverdier som er angitt i retningslinjene, vil påføre lokalbefolkningen helseskader som vanskelig kan forutsies. FHI trekker frem at søvnforstyrrelser er blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø.

I utredningen er det beregnet at det er 650 helikopterbevegelser om natten i løpet av et år, Planforslaget viser til at plattformene ligger høyt over bakken og med «*vertikal innflygning og inn- og utflygningsflater orientert nord- og sørover, dekker støysonene arealer med lavere boligtetthet enn ellers i området*». Dette "området" er rett over hustakene våre – og helt uakseptabelt.

Variasjoner i antall nattlige flygninger må inkluderes i konsekvensutredningen. Innflygingsmønstre påvirkes av krav om reaksjonstid, vær og vind og hyppighet av katastrofer, ulykker og pandemier. Helsekonsekvenser av støybelastning og søvnforstyrrelser over tid er spesielt alvorlige for barn (Basner 2017). Støybelastningene må utredes for hele boområdet rundt sykehuset. **Fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning møter ikke kravene i T-1442/M-158** blant annet ved at maksimalstøy nattetid ikke er gjort rede for. PBE burde ha avdekket disse manglene og pålagt HSØ å få gjennomført nødvendige utredninger på et langt tidligere tidspunkt. Samarbeid og informasjon til lokalbefolkningen er lovpålagt og skulle vært iverksatt.

Vi krever at støymålinger med aktuelle helikoptertyper blir iverksatt. Støyutredninger basert på slike målinger må danne grunnlag for risikovurderinger av helsemessige belastninger på nærområdene. Arbeidet må skje i samarbeid med naboer både i nord og vest. Skadevirkninger på barn og ungdom må tillegges særlig vekt. **Når støybelastningene er korrekt kartlagt vil en se at det å legge en flyplass med ca. 3000 flybevegelser i året rett ved et boligområde, inkludert leke og rekreasjonsområder er helt uakseptabelt.**

5. Riggområder

Prosjektplanenes riggområder tett opp til Gaustadtunet blir i dag brukt til fri lek og ballspill både for våre barn og barn fra vårt nabolag. Blomsterengene mot nord er økologisk viktige og blant få plasser på Gaustad hvor barn kan drive med uorganisert lek. Rådyrfamiliene som holder til i skogen nord og øst for Gaustad sykehus har i årtier hatt sitt daglige tråkk her, på vei til Sognsvannsbekken for å drikke. Her ligger også en mye benyttet turvei som binder Gaustad parkområdet til Sognsvannsbekken og marka. Bruken av dette området har økt kraftig under pandemien.

Det er i fase 2 planlagt brakkerigger nord for nye teknisk sentral F2. Det er også i fase 1 planlagt brakkerigger rett ved våre carporter, omtrent der hvor fotballbanen vår ligger i dag. Brakkeriggerne vil spise opp mye av det verdifulle friarealet. Det er for øvrig ikke angitt noen høyde (antall etasjer) på de planlagte brakkeriggene. Antallet rigger er heller ikke nærmere spesifisert. Det er ikke holdbart.

Belagte områder vil dermed medføre et sterkt forringet boligmiljø rundt Gaustadtunet generelt og for barna spesielt.

Såkalte avbøtende tiltak kan ikke redusere belastningene som naboer og beboere på Gaustad vil bli påført av riggbebyggelsen og etter hvert de nye sykehusbyggene. Omfattende rasering av vårt nærmiljø vil skje allerede fra første spadetak. **Vi krever at dagens friområde fortsatt kan bevares for lek, rekreasjon og turaktivitet også i anleggsperioden.**

6. F2 og Q

Gaustadtunet vil understreke det uakseptable i å utvide ny teknisk sentral, bygg F2, med to 40 meter høye piper helt opp til byggegrensen. Dette vil si rett utenfor stuevindue til Sognsvannsveien 28A-D.

Nåværende teknisk sentral gir støy og luftforurensing fra tyngre anleggsmaskiner tilknyttet senteret. Motorstøy fra diesel aggregatene gjør at vi må holde soveromsvinduer lukket når aggregater og vifter benyttes. **Vi krever at F2, som er planlagt svært nær Gaustadtunet, bygges inn i bakken/skråningen og at bygget ikke får høyere profil enn dagens bygg. Veien nord for området må legges på tilsvarende måte ned i terrenget. Vi krever og at det foretas støydemping av aggregater og vifter. Det må vurderes om dagens piper kan benyttes også for det nye tekniske området. De høye pipene må i alle tilfelle plasseres godt borte fra vårt boligområde.**

I byggefase 2 er det planlagt å oppføre et fire-etasjes bygg, Q, rett ved våre carporter. Utnyttelsen av området vil bare etterlate en smal skyggelagt grønn stripe mellom Gaustadtunet og sykehuset. Fire høye etasjer i bygning Q gir en fasade på ca. 20 m og bryter dermed med planforslagets arkitektoniske prinsipp med fallende høyder mot nord. **Bygg Q vil sperre for utsikten sydover og hindre utsyn mot kulturbebyggelsen på Gaustad sykehus.** Bygget vil gi direkte innsyn mot våre utearealer og vinduer. Bygg Q er mer enn dobbelt så høyt som våre rekkehus og vil fjerne dagslys i vinterhalvåret. **Planforslaget beskriver ikke skyggeeffektene fra bygg Q eller F2 for vintermånedene. Dette er påfallende og uakseptabelt.** I de mørke periodene vil lysforurensning og innsyn fra blokker og tårnbygg på tilsvarende måte virke belastende.

Planforslaget har en rekke illustrasjoner over hvordan det nye sykehuset vil se ut fra ulike steder i omgivelsene. Derimot er virkningene sett nordfra stort sett utelatt. De ruvende sykehusbygningene med svært reduserte randsoner vil være negative for naboer og boligområdene rundt oss. Utsikten fra våre boliger sørover mot Gaustad sykehus, Oslo, Bygdøy, Fornebulandet og fjorden blir blokkert og lysforholdene ødelagt.

7. Trafikk

I hele utredningsmaterialet omtales trafikk kun for den nedre delen av anlegget. Men også dette er overflattisk behandlet. Av-og-påkjøringen til og fra Ring 3 er allerede i dag sterkt trafikkert. Det nye sykehuset vil forsterke dette betydelig.

Det er planlagt et midlertidig akuttmottak (10år?) med inngang fra vestsiden like ved Sognsvannsbekken (!) og friluftsykehuset. Tilkjøringen er planlagt gjennom veien rett nord for dagens sykehus, den skal i tillegg utvides. For oss innebærer dette ambulansetrafikk (med lys og sirener) hele døgnet. Det er hårreisende at PBE Ikke har stilt krav om beskrivelse og konsekvensutredelse av dette i planforslaget.

Vi antar at det vil være et betydelig behov for transport til bygg F2 som vil ligge i nord opptil oss. Støyforskriften T 1442 er omtalt og vi forutsetter at den etterleves i alle aktiviteter i dette området. Vi er bekymret for anleggstrafikk i boligområder.

Vi antar også at, selv om Sognsvannsveien legges om tidlig i arbeidene, vil den ikke alltid være operativ under byggingen i nedre del av området. Vi tror det vil bli behov for tilgang til nordre del av anlegget fra nord via Nordbergveien og Gaustadveien. Det samme gjelder trafikken til boligområdene i nord. **Da må det tas hensyn til myke trafikanter og spesielt barn fra hele boligområdet som benytter Gaustadveien på sin vei til Kringsjø skole og de mange barnehagene i området.** Vi krever at det lages en plan og konsekvensutredelse for dette scenario, som også inkluderer transport for beboere på Gaustad.

Vi krever at **OUS opparbeider en sikker påkjørsel til Gaustadtunet 24-28, som også sikrer barn og andre myke trafikanter. Skoleveiene nord for anleggsområdene må sikres.**

8. Konklusjon

I 1994, da Gaustadtunet Sameie var innflyttingsklart, forelå planene for det nye Rikshospitalet på Gaustad-jordene, beskrevet som "*Det humanistiske sykehus*" med lav bebyggelse og nær kontakt til naturen. Det nåværende Rikshospitalet er godt tilpasset det vernede Gaustad sykehus, naturen og boligområdene i nord. Planforslaget, som nå er lagt ut til høring, står i skarp motsetning til dette.

Med tårnbygg på 53 m høyde og en kompakt bygningsmasse på til sammen 160.000 m², forsterker planforslaget inntrykket av **at man her forsøker å presse inn et altfor stort sykehus på en altfor liten tomt. Dette skjer ved ødeleggelse av verdifull natur, kulturmiljøer samt av oppvekst- og levevilkår for innbyggerne på Gaustad.** I tillegg kommer en rekke negative konsekvenser for beboere sør og vest for sykehuset, samt forringelse av det vernede Gaustad sykehus. På denne bakgrunn er det skandaløst at en løsning med utbygging av Aker og fornyelse og utbygging av Ullevål sykehus, **samt bevaring av det nåværende rikshospitalet**, ikke er skikkelig utredet!



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.13:57
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QRQZ
Innsendt av: Tove Kristine Berstad
E-postadresse: tberstad@gmail.com
Mobilnummer: 45880854

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Hele ideen om et storsykehus på Gaustad skyldes at "noen" har ønsket å få sitt eget "signalbygg. Ullevål sykehus ligger på en stor tomt hvor et nytt sykehus kan oppføres uten i vesentlig grad å påvirke driften av det nåværende sykehuset og det kan foregå en gradvis innflytting i det nye bygget. Miljøforholdene i det området kjenner man og trenger ingen ny utredning. Det har vært feilinformering om at Ullevålbyggingen vil bli mye mer kostbar enn bygging på Gaustad, fordi det blir sagt at hele Rikshospitalet da må flyttes til Ullevåltomten. Mvh. Tove Berstad (Pensjonert kirurg)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.17:26
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QSGZ
Innsendt av: Anniken Christiane Berning Johansen Borchsenius
E-postadresse: annikenogcharlo@gmail.com
Mobilnummer: 92059347

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Utbyggingen vil øke støy og trafikkbelastningen i et område som ikke er tilpasset dette. Svært nær til marka og svært tett inntill boligområde. Verken veier eller område totalt sett er tilpasset økt utnyttelse. Støyøkningen blir betydelig i et område med allerede mye støy.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 05.06.2021 kl.20:55
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QSNZ
Innsendt av: Jan Erik Waastad
E-postadresse: janeriwaa@gmail.com
Mobilnummer: 92245406

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Høringsuttalelse til Plan og Bygningstetaten sak nr. 201704683 (De Nye Sykehusplanene for Gaustad-området.)

Det har allerede fremkommet mange momenter som tilsier at det vil være svært uheldig å plassere et storsykehus oppå den eksisterende tomten og bygningsmassen som i dag utgjør Rikshospitalet. Jeg stiller meg bak alle disse punktene, men vil særlig legge til to punkter som i stor grad påvirker befolkningens helse.

Som spesialist i klinisk psykologi og nevropsykologi i Oslo har jeg hatt mange pasienter med støyproblemer som hovedkilde til deres psykiske plager. Det er særdeles vanskelig å skjerme seg for støy. Særlig, som i dette tilfellet, langvarig støy fra anleggsmaskiner, sprengning, pelenedslagning, bormaskiner og anleggstrafikk med lastebiler, hjullastere og lignende, vil ha en skadelig effekt på det menneskelige nervesystem.

Sykehusinnleggelser og støy:

For pasienter er dette en håpløs kombinasjon, - på den ene siden å være under medisinsk/kirurgisk behandling, samtidig som du befinner deg i en situasjon med gjennomborende støy under tilfriskningsfasen. Pågående daglig støy kombinert med sykehusinnleggelse, er direkte kontraindisert, fordi pasienten naturlig nok ikke får den nødvendige hvile og ro til å komme seg. For ansatte er det konsentrasjons-hemmende, og sterkt irriterende, - til dels uutholdelig.

Hva skjer med kroppen når vi utsettes for støy?:

Støy som helsemessig overstiger forsvarlig nivå, påvirker kroppen på flere måter. Særlig påvirker det HPA systemet som er et varslings og beredskapssystem for stress. Det omfatter hjernens hypothalamus, hypofysekjertel og organismens binyrebark. Når støykilden vedvarer



aktiveres dette systemet slik at kortisolnivået i kroppen stiger. Økt kortisolnivå er spesielt skadelig for blodtrykket, immunforsvaret og kroppens DNA. Hos barn kan det skade arveanlegg og stenge for de positive genene, mens mer arvelig uheldige komponenter får friere spillerom. (dette kalles epigenetikk) For alminnelig friske mennesker skaper det ofte søvnproblemer, økende irritabilitet, konsentrasjonsvansker og mer aggressiv adferd.

Den norske Helseloven og støy:

I tilfelle planer, som i likhet med denne påfører omgivelsene støy som ikke er forenlig med opprettholdelse av folkets helse, har vi Folkehelse洛vens paragraf 14 første ledd, (§ 14. 1.) Denne paragrafen refererer til helseskadelig støy som har direkte negativ innvirkning på helsen. I tillegg har vi i Folkehelse洛ven omtale av støy som medfører helsemessig ulempe, og som i dette tilfellet overskrider helsemessig forsvarlig nivå, jf. forskrift om miljørettet helsevern § 9.

KONKLUSJON:

Slik planen om bygging av et nytt storsykehus på Gaustad foreligger i dag, - som et høyhuskompleks beliggende dels inni og opp mot dagens Rikshospital, er det utfra mitt faglige synspunkt, helt uforsvarlig å utsette pasienter, pårørende, døende, og ansatte, samt naboer for de påkjenninger dette vil medføre i form av helseskadelig støy. Dette bør på det sterkeste forbys!

Mvh. spesialist i klinisk psykologi og nevropsykologi, J.E Waastad.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?	Organisasjon/firma som er registrert i Enhetsregisteret
Organisasjon som er registrert i Enhetsregisteret	
Organisasjonsnr.	979123418
Firmanavn	Jan Erik Waastad Privatpraksis



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.08:36
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QRXZ
Innsendt av: Dag Johnny Hovland
E-postadresse: dag@arkitekthovland.no
Mobilnummer: 92492058

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Vedlegger skriv med synspunkter om virkningen av den foreslåtte byggingen på driften, beredskap og sikkerhet for Rikshospitalet over en periode på 10 - 15 år. Forutsetning for Stortingets bevilgning av lånegaranti var at driftseffektiviteten skal øke i den samme perioden. Erfaringsmessig er dette meget urealistisk.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Rikshospitalet_byggefasen.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten
Uttalelse til detaljreguleringsplan med konsekvensutredning for Gaustad sykehusområdet
Deres saksnr. 201704683, dok. 321.

Byggingen av Nye Rikshospitalet svekker helsevesenet i Osloområdet i minst 10 år

Rikshospitalet skal drives på en anleggs- og byggeplass i 13 år mellom 2022 og 2035.

Et stort sykehus kan vanskelig utvides ved å presse nybygg ned mellom eksisterende klinikker.

Før utbyggingen starter må det foretas provisorisk ombygging i sykehuset som innebærer påbygg og lukking av lysgårder og plasser inne i sykehusstrukturen. Det er ikke tilgang til lysgårdene fra utsiden av RH, anleggstrafikken må gå gjennom korridorer, trapper og heiser samt vha. kraner plassert nær Sognsvannsbekken. Bl.a. skal intensivenheter, akuttmottaket og helikopterplassen flytte midlertidig til E-avsnittet ved barneavdelingen.

Et provisorisk, 30-40 m høyt helikoptertårn skal reises i bekkedraget ved barneavdelingen og vil sammen med kjørevei for ambulanser rundt teknisk sentral fra nord, ødelegge både bekken og Gaustadskogen i området. Forurensning av luft, skog og natur som følge av konsentrert helikopterekso er ikke vurdert i tillegg til støy, vind og lyskasterlys nær utsatte pasienter.

Etter rokaden, skal fløy C1 og alle utbygg på torget rives. Videre skal hele torget og landskapet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus graves ut for en utbygging med ødeleggende konsekvenser for arbeidsmiljø og drift av sykehuset, kulturminner og naturvern.

Alle store sykehusprosjekter må bygges på en ledig tomt for at det eksisterende sykehuset skal kunne drives i byggeperioden uten redusert drift og ødelagt arbeidsmiljø. Virksomheten flyttes over når det nye sykehuset står ferdig. Det er regelen, ellers vil både helsetjenestene og beredskapen bli svekket i byggeperioden, her minst 10 år.

Helse sør-øst RHF (Hsø) og staten ignorerer fysiske lover og all faglig kunnskap.

Det finnes ingen brukbar byggetomt rundt Rikshospitalet, enhver utbygging krever en brutal omregulering av Gaustadområdet som Hsø vet vil være uakseptabel ut fra både kulturminne- og naturverninteresser, ref. Plan- og bygningsetatens risikomatrix fra november 2018.

Oslo 4. juni 2021,
for styret i foreningen Redd Ullevål sykehus

Tor I. Winsnes
sivilarkitekt MNAL

Dag Hovland
arkitekt og planleggingsrådgiver



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.10:12
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTEZ
Innsendt av: Cecilie Heramb
E-postadresse: herambcecilie@gmail.com
Mobilnummer: 97084464

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Ved langtidsbehandling av fysisk og psykisk lidelse er nærhet til natur og aktivitetstilbud udiskutabelt viktig. Dette ligger bak nyere, somatiske sykehusprosjekter som Friluftssykehuset ved Rikshospitalets barneavdeling. Der er naturopplevelser, den arkitektoniske utformingen og beliggenheten tenkt som en del av sykehusbehandlingen. Gaustad sykehus fra 1855 har både en arkitektur og en plassering som gjør at også mennesker med psykiske vansker kan få en slik helhetlig behandling. Da Gaustad sykehus ble bygget, var prosjektet fundert i en humanistisk tanke om å tilby en meningsfull hverdag og et fellesskap i fredelige og grønne omgivelser. Alt var tenkt i en sammenheng: Beliggenheten, hagene og jordbruksdriften som ga aktivitetsmuligheter, alt bidro i behandlingen. Det fattige Norge tok seg råd til å bygge dette gjennomtenkte anlegget for en gruppe mennesker med alvorlige psykiske lidelser, en gruppe som inntil da ikke hadde blitt behandlet med særlig grad av verdighet. Nå ønsker Helse Sør-Øst å flytte de samme menneskene inn i høyblokker i ett av hovedstadens mest trafikkerte veikryss, inn i det som kalles Nye Aker sykehus.

1855 er lenge siden, men datidens tanker rundt behandling og tilfriskning er overraskende moderne og på linje med dagens anbefalte behandling av alvorlig psykisk lidelse. Gjennom det som kalles «Recovery-orientert behandling» skal man legge til rette for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på lik linje med resten av befolkningen. Behandlingen skal gi dagene et innhold og mening, gi mennesker en opplevelse av å være noe mer enn en pasient på oppbevaring.

Hvordan kan man forsvare ideen om å flytte slike langtidsplasser og rehabiliteringsplasser fra landlige Gaustad til et travelt akuttsykehus i Sinsenkrysset? Hvordan ser man for seg at rehabilitering, inne og ute, skal foregå der? For pasienter som er innlagt over tid, kanskje mot sin vilje og kanskje med begrensninger i utgangsmuligheter, vil en slik lokalisering også lett kunne forsterke følelse av sykelligjøring og



utenforskap. Å videreutvikle den opprinnelige ideen rundt Gaustad er å anbefale, der man bevarer sykehuset som en rehabiliteringsinstitusjon for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Anlegget har helt unike muligheter for aktiviteter som arbeidstrening, musikkterapi, fysiske aktiviteter inne og ute, kreative og praktiske verksteder, samt muligheten til å gå for seg selv når man er i behov av det. I dag kjøper dessuten det offentlige døgnplasser av private og ideelle institusjoner. Institusjoner som har det til felles at de ligger landlig til og tilbyr forskjellige behandlingstilnæringer. Problemet er at de gjennomgående har svært lang ventetid og gjerne befinner seg langt unna pasientenes familie, støtteapparat og bosted.

Gaustad kan bli et foregangssykehus for unge nysyke og pasienter innen alderspsykiatri og rusbehandling. Både med døgnplasser og polikliniske tilbud. Et rehabiliteringssykehus der de ansatte har rammer og rom til å følge pasientene - skulder ved skulder - mot et mer selvstendig liv. På grunn av den sentrale beliggenheten, kan man enkelt samarbeide med pasientens bydel. Vi ønsker oss et rehabiliteringssykehus som setter søkelys på aktivitet og tilfriskning som kan vedvare, også etter endt behandlingsopphold.

På vegne av en gruppe mennesker som selv ikke roper høyest om oppmerksomhet og tilgang til ressurser, ber vi Helse Sør-Øst vurdere konseptet «Gaustad Rehabiliteringssykehus» og videreføre den opprinnelige intensjonen med Gaustad som behandlingssted. Et behandlingsted som er utformet med omtanke for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. En høyblokk i Sinsenkrysset er ikke et godt alternativ.

Dette er en forkortet utgave av en kronikk som ble publisert i Klassekampen 11. januar 2021

Cecilie Heramb, Ph.D/lege.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Gudrun Marie Bergsund
Sognsvannsveien 28 A
0372 Oslo

Dato 05 juni 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune

Kommentarer til detaljreguleringsplan av Gaustad sykehusområde – saksnummer 201704683

Plan og bygningsetaten har unnlatt å utrede – eller gjort kjent konsekvensene av blant annet rotorvind, vibrasjoner og støy fra de forskjellige helikoptertypene som vil operere ut fra Rikshospitalets framtidige landingsområder.

Dette er den alvorligste mangelen ved det framlagte planforslaget. Disse miljøforstyrrelsene i området utelates i høringsuttalelsen på tross av at de ferdigstilte helipadene til sykehuset og de midlertidige landingsplassene i byggefasen allerede er lokalisert og kostnadmessig utredet.

Dette må være en bevisst unnlattelse fra Plan og bygningsetaten, noe som er kritikkverdig. Det som er angitt i planforslaget om helikoptervirksomhet er utdatert informasjon. Plan og bygningsetaten må kjenne til dette. Informasjonen og soneangivelsene i planen baseres ikke på dagens redningshelikoptere og Forsvarets Bell 412. Helikoptervirksomheten i form av mer enn 6000 bevegelser (ankomst/avgang) 7/24 utgjør prosjektets største miljøforurensning for Gaustad-området og Øvre Sogn.

Som nær nabo her i Gaustad-området forventer jeg at hele planprosessen utsettes inntil helikopteraktiviteten med blant annet SAR Queen (AW 101) legges ut til offentlig høring.

Høringsplanen for helikoptre må inneholde blant annet

- Lokalisering av landingsplasser i perioden 2022 – 2035
- Plan for avvikling av helikopteraktivitet fra Ullevål sykehus
- Støysoner også for de største helikoptrene og måleresultater må legges inn i kartgrunnet
- Aktuelle innflygingsretninger for alle aktuelle landingsområder/ flyplasser må angis
- Målinger / beregninger av rotorvind og støy med konsekvenser av dette må vurderes.
- Det må innhentes faglige vurderinger om hvordan støy og vibrasjoner, dag og natt, fra de største helikoptrene vil påvirke naboer. Mulige «Avbøtende tiltak» må spesifiseres

Det er etter mitt syn helt uhørt at en offentlig instans bevisst kan unnlate å følge opp sin opplagte informasjonsplikt i en så viktig og stor sak.

Jeg forventer at informasjon om de punktene jeg har nevnt blir lagt ut for offentlig høring!

Med hilsen



Gudrun Marie Bergsund

Sognsvannsveien 28 A



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.10:27
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTDZ
Innsendt av: Marit Elisabeth Norheim
E-postadresse: menorhei@online.no
Mobilnummer: 48293636

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Planen om nytt sykehus bygger på feil premisser. Det er ikke helsetilbudet til oslos innbyggere som har vært veiledende for dette forslaget. En egnere krets av byrokrater har sittet i sine «lukkede rom» og fattet beslutninger uten forankring i befolkningen.

På samme måte som i boligpolitikken, har befolkningens behov for og tilgang til helsetilbud måttet vike for investorenes drøm om attraktive tomter. Det er dette saken egentlig handler om. At kompetente fagmiljøer beskriver Gaustad som uegnet både plassmessig og sykehusfaglig er av sekundær interesse.

Denne saken føyer seg inn i rekken av lokalitetsvalg, hvor offentlige institusjoner (Ullevål, Nrk, U.bibliotek) alle beliggende i sentrum/vest, flyttes østover. Her er tomt/boligpris lavere og verdiene for «kremtomtene» i vestlige bystrøk blir dermed realiserbare for investorene. Uansett flyttes det ikke til oslos østlige bydeler, f.eks Aker og Groruddalen, som hadde vært naturlig.

Byutviklingen i Oslo løper løpsk og politikerne er parkert når det gjelder store og avgjørende beslutninger, dette er sterkt urovekkende. Kanskje er de første synlige tegnene at vi nå ser en netto utflytting fra byen.

Mvh
Marit Norheim
medlem i Oslo sp

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.10:29
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTHZ
Innsendt av: Petter Fredrik Vogt
E-postadresse: pfvogt@online.no
Mobilnummer: 97035417

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er sterk motstander av riving og flytting av Ullevål Sykehus. Uten flytting, beholde Ullevål der den er, holder man løftet man gav da man bygget på Gaustad og på Ullevål er det ferdig regulert til Sykehus og plass nok.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.11:31
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QTTZ
Innsendt av: Gro Skottun
E-postadresse: groskottun@mac.com
Mobilnummer: 92037569

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Vi bor i Sognsvannsveien 41A på oversiden av Rikshospitalet. Vi er helt i mot at det bygges et Nytt Rikshospital på Gaustad. Vi ønsker bygging av sykehus på Ullevål og Aker, at nåværende Rikshospital og Gaustad psykiatriske sykehus beholdes og rehabiliteres.

Vi har skrevet et vedlegg med følgende punkter:

Historikk, verdier og makt, biltrafikk og tilgjengelighet, helikoptertrafikk, høye og kompakte bygg, vår alder og hva vi ønsker i fremtiden. Vi er redde for å bo våre siste leveår på en byggeplass og med et dårligere helsetilbud.

Gro skottun og Daan van Baalen

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (Nabovarsel.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Nabolag – høringsinnspill til planforslag for Nye Rikshospitalet

Vi støtter oss på Gaustadtunet sameies høringsuttalelse.

Vi bor i Sognsvannsveien 41A bare noen meter høyere opp i samme vei som Gaustadtunet og vil bli sterkt berørt av bygging og tilstedeværelsen av et nytt sykehusbygg.

Historikk

Vi flyttet inn Sognsvannsveien 41 i 1993, da det fortsatt var Gaustad gård som forvaltet skogen, som er vår nærmeste nabo, og det var en kort vei som slynget seg nedover til Slemdalsveien. Kort tid etter ble det vedtatt og bygget det som i dag er Rikshospitalet, som den gang het Nye Rikshospitalet. Vi har vært nærmeste nabo til bygging av et stort sykehus og trodde det skulle holde med alle de forstyrrelser og ubehag det medførte, men nå, 25 år etter, skal deler av dette sykehuset, samt medisinsk institutt, rives for å bygge et større sykehus som både skal være lokalsykehus for Oslo og fortsatt et Rikshospital for hele landet. Vi kan ikke forstå at det er mulig å planlegge så dårlig at det som ble bygget for mindre enn 25 år siden ikke lenger dekker Oslo behov for sykehus. Vår tillit til folkevalgte politikere og Helse-Sørøst er etterhvert blitt svært liten og vår redsel for at de igjen beregner feil og tar dårlige beslutninger på vegne av oss de representerer, er voksende.

At Rikshospitalet i det hele tatt ble bygget på Gaustad og ikke på Ullevål i første omgang, er uforståelig sett med våre øyne. Den gang Nye Rikshospitalet ble bygget mente myndighetene at det ikke lenger var nødvendig med Aker sykehus, så det ble nedlagt med resultat at pasientene i Groruddalen ble henvist til A-hus. I dag er det ikke nødvendig med Ullevål sykehus, i stedet vil man flytte deler av dette til Rikshospitalet på Gaustad. Og nå har myndighetene funnet ut at de vil gjenåpne Aker og bygge det ut og flytte psykiatrien fra Gaustad til Aker. Her blir det å flytte fram og tilbake, stenge, rive, bygge nytt og stort fremstilt som den beste og billigste måten å drive sykehus på. Dette kan vi ikke tro på og det berører oss som nærmeste nabo både til Rikshospitalet og Gaustad sykehus på det sterkeste. Videre er det planer om at sykehus og universitet skal samlokaliseres i Gaustadbekkdalen der det nye Livsvitensenteret er påbegynt uten at det er avgjort hva som skal inn der av funksjoner og tjenester. Myndigheter som Helse-Sør Øst og flere politikere ser for seg at det å samlokalisere fysisk er viktig, noe både vår pågående pandemi og digitale løsninger har vist at ikke er hverken smart eller nødvendig.

Verdier og makt.

Vi tilhører en generasjon født under og etter krigen som er opplært til å ta vare på våre verdier som hus, hage, friområder, bomiljøer og til å reparere og vedlikeholde, til å investere forsiktig og etter evne. Det opprører oss hvordan de som sitter med makten i dag i sykehus Norge ikke deler våre verdier, men i stedet har en bruk og kast mentalitet som er uforståelig for oss. Det er våre skattepenger som brukes og som de forvalter. Vi har til nå erfart hvordan vårt nærmiljø er blitt endret som følge av å ha nåværende Rikshospitalet som nabo både når det gjelder biltrafikk og støy fra helikoptere som flyr rett over huset vårt. Dessverre er vår makt til å påvirke de som igjen vil endre våre nærmeste bo omgivelser, svært liten.

Biltrafikk og tilgjengelighet.

Vi bor i et lite samfunn, eller bygd, på nordsiden av Rikshospitalet og Gaustad sykehus i to blindveier. For å komme fra oss til sivilisasjonen, som kan være til jobb, studier, skole, lege, butikk og så videre med bil, har vi bare *en* mulig adkomstvei, nemlig Sognsvannsveien som går mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet ut til Ringveien, Gaustad allé eller Klaus Torgårds vei. Det er omkring 1500 beboere i Sognsvannsveien og Gaustadveien, i tillegg kommer tre barnehager med ansatte, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk og Nordre Aker skole med pasienter, elever og ansatte, som alle må kjøre en og samme vei gjennom de samme rundkjøringene som sykebiler, ansatte, pasienter og besøkende fra Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Vi opplever køer i rushtiden og stadige forsinkelser på vei ut eller inn av vår «bygd». Vi frykter hvordan dette vil bli i anleggsperioden og senere med full sykehusdrift. Vi tror ikke det er mange i Norge som er nødt til å kjøre gjennom et anleggsområde og senere sykehusområde for å komme til sivilisasjonen.

Helikoptertrafikk

I dag er helikoptertrafikken over oss begrenset fordi Rikshospitalet ikke er et akutt sykehus. Med flytting av Ullevåls akutt mottak til Gaustad vil vi få gjennomsnittlig to helikopter flyvninger per natt. I praksis kan det da bli 5 helikopter en natt og ingen andre netter. Dette er nye, store og veldig bråkete maskiner, som vil komme rett over vårt hustak. Fordi Rikshospitalet ligger i en skråning kommer helikopter nærere vårt hustak enn hvis det var flatt terreng. Det er også slik at helikopter flyr over taket i sirkler, de går ikke rett ned over landingsstedet fra stor høyde, de venter til de har kortere vei ned. Vi gruer oss hvis dette blir en virkelighet. Vi vet heller ikke hvor landingsplassen for de nye helikoptererne kommer og frykter for at det blir i skogen eller gressletten rett nedenfor oss. Det er mange som blir redde og stresset av helikopterstøy, ikke bare mennesker, men også fugler og dyr i skogen.

Høye og kompakte bygg

Høyden og tettheten på de planlagte byggene vil ødelegge vår utsikt mot syd. I dag kan vi se over Rikshospitalet og andre bygninger og nyte godt av en vakker utsikt mot fjorden og Nesoddlandet. At det skal bygges så høyt og tett så nære Marka og i en skråning vil dominere utsikten for alle, ikke bare oss som bor her. Den gangen Rikshospitalet ble bygget, ble det brukt mye tid og ressurser på å tilpasse sykehuset til omgivelsene, både terrenget og Gaustad sykehus. Å rive Gaustad gård og ta i bruk jordbruksområder var den gangen sterkt omdiskutert, men ble allikevel gjennomført. Bygges det nå så høyt som planene viser, mener vi at hele etableringen av Rikshospitalet var et forprosjekt for videre utbygging og en måte å lure til seg Gaustad gård. Vi håper ingen overprøver Plan og Bygg sine anbefalinger om ikke å bygge på denne trange tomten.

Tid og alder

Vi er i slutten av 70-årene og håper at våre siste leveår ikke skal bli preget av støy og forurensning fra en byggeplass, trafikkaos og helikopterstøy. Vi er også bekymret for helsetilbudet til oss i disse årene Ullevål eventuelt nedbygges og det bygges på Rikshospitalet.

Våre ønsker

Vi vil at Rikshospitalet bevares og vedlikeholdes som et sykehus for hele landet, at Gaustad psykiatriske sykehus beholdes og utvider sine tilbud (her er det store potensialer) at Ullevål utbygges videre som lokal og universitetssykehus og Aker sykehus blir lokalsykehus for

Groruddalen. Vi håper også at Livsvitensenteret bygges ferdig som en del av Oslo Universitet.

Valg til høsten

På grunn av vår lave tillit til dagens folkevalgte regjering og Arbeiderpartiet, vil vi i år stemme på et parti lengre til venstre i håp om de tar bedre vare på våre verdier og lytter til medisinske fagfolk og Plan og Bygg Etaten i denne sykehus saken.

Gro Skottun og Daan van Baalen
Sognsvannsveien 41A
0372 Oslo



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.13:52
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUWZ
Innsendt av: Roger Fosserud
E-postadresse: rofosserud@yahoo.no
Mobilnummer: 99441775

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Min mening går først og fremst på at tomten passer ikke for et stort sykehus som skal ta over for Ullevål. Det vil bli gjort de samme feilene som på A-hus. Det vil også bli et kaos område med for liten plass for besøk og aktivitet. Denne planen må skrinlegges. Behold Ullevål sykehus der er det plass til utvidelser(høyden) og plass til folk. Ullevål må være hoved sykehuset for Oslo og Norge
Hilsen
Roger Fosserud
Oslo

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.14:06
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUBZ
Innsendt av: Kirsten Merethe Folgerø
E-postadresse: rofossierud@yahoo.no
Mobilnummer: 97180848

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg protsterer mot planene for et nytt sykehus på Gaustad. Området passer ikke for et stort sykehus, da vil det skje det som skjedde på A-hus. Behold Ullevål der er det plass for utvidelser(høyden) La Ullevål være hoved sykehuset for Oslo og Norge
Kirsten-Merethe Folgerø
Oslo

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.16:37
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QVBZ
Innsendt av: Anny Brenne Svendsen
E-postadresse: anny.brenne@gmail.com
Mobilnummer: 95911352

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Som nabo til Gaustad sykehus har jeg følgende bemerkninger til helse Sør-Østs utbyggingsplan;

- Høy-hus passer ikke inn i øvrig boligmasse
- Høyhus er uegnet både vdg. sikkerhet og smittevern angår i et sykehus
- savner en skikkelig vurdering av problematikken vedrørende KVIKK-Leire i det aktuelle området i saksdokumentene -høyhus-bebyggelse er ekstra krevende i forhold til kvikkleire!!
- STØY vil bli et økende problem i hele nærområdet spesielt i forhold til økt helikoptertrafikk. En vil få dagens trafikk til Ullevål samt Rikshospitalets trafikk; altså minst en fordobling av hvordan det er i dag.
- STØY vil også øke i forhold til biltrafikken for vårt naboskap.
- STØY aspektet gjelder selvsagt også pasientene på dette gigant-sykehuset
- Man vil få et bedre og mer miljøvennlig sykehusmodell for Oslo om Ullevål Sykehus fortsatt beholdes og Rikshospitalet får muligheter til utvidelser for sitt behov. Rikshospitalet er et spesialsykehus for hele landet.

Jeg ber på det sterkeste at Oslo kommune ikke gir tillatelse til utbygging av Gigantsykehuset på Gaustad.

med vennlig hilsen. Anny Brenne Svendsen

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.19:12
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUJZ
Innsendt av: Thomas Jorde Sandsør
E-postadresse: t_jorde@hotmail.com
Mobilnummer: 98422465

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Området er i dag et nydelig boligområde og vil ende opp som en trafikkmaskik dersom det planlegges å samle så mange pasienter. Det virker samtidig ulogisk å flytte viktige tjenester vekk fra sentrum der så mange bor når minutter teller.

Videre er det ikke noe jeg synes er rimelig at mine skattepenger skal gå til. Bare se på hva som skjedde under utbyggingen av vannreservoaret. Fullstendig hodemist i økonomisk styring , og det blir fort mye av det samme her når du ser dimensjonen av det som skal gjøres.

Hører rykter at det heller ikke forsvares faglig, og da virker alt utrolig meningsløst.

Ingen skam å snu!

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.19:23
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QVGZ
Innsendt av: Guri Bergsund Aunan
E-postadresse: guriaunan@gmail.com
Mobilnummer: 40634409

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Prosjektet etableres på et høyst usikkert plangrunnlag og skal dekkes av felleskapets midler. Ullevål har allerede egnede bygg, tomteområder og stort rom med potensiale for fremtidig utvidelse.

Planen gir ingen bærekraftig løsning for fremtidig behov, noe som erkjennes når det uttales at det trengs et tredje sykehus i tillegg til et nytt Rikshospitalet og Aker i full drift.

At helikoptere skal lande i grøntområdene like ved sognsvannsbekken, viser at prosjektet er særdeles lite gjennomtenkt og at miljøhensyn ikke er tatt i betraktning. At dette prosjekteres i Oslo (Europas miljøhovedstad) er rett og slett ikke holdbart.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Alexander Nilssen
Sognsvannsveien 30b
0372 Oslo

Oslo kommune
Plan- og bygningsetaten

Hørings svar om reguleringsplanforslag for «Nye Rikshospitalet»

Viser til tilsendt informasjonsbrosjyre datert 29. april 2021 og ønsker med dette å gi mitt høringssvar. Planforslaget støttes ikke, noe som utdypes under:

- Planforslaget innebærer negative og uakseptable konsekvenser når det gjelder miljø og støy, både under og i etterkant av byggefasen:
 - Tomten ved Rikshospitalet er for liten, og det legges opp til å bygge for mye og for høyt på alt for lite areal. Det finnes allerede en stor nok og ferdig regulert tomt på Ullevål sykehus som kan brukes til formålet.
 - Selve byggeperioden kan vare i 15 år og vil innebære en langvarig og uakseptabel miljøbelastning som følge av blant annet rivning, graving, piggging, rigging av brakker og transport, både for beboere i området, men også for ansatte og ikke minst pasienter ved Rikshospitalet.
 - De trafikale utfordringene som vil følge av byggingen framstår i forslaget som for svakt utredet og løsningene som overoptimistiske.
 - Det nye sykehuset vil bli visuelt for dominerende både i nærmiljøet og på avstand.
 - Viktige grøntområder mot Sognsvannsbekken vil bli forringet eller ødelagt.
 - Det nye sykehuset, spesielt byggene «Q», «R» og «S» innebærer en for stor belastning for dyrelivet i området, særlig for rådyrstammen i Gaustadskogen og for hestene ved Gaustad som brukes i terapibehandling.
- Planforslaget innebærer negative og uakseptable konsekvenser for idretts- og friluftsliv i området:
 - «Bygg Q» i planforslaget vil beslaglegge og ødelegge grøntarealet nord for Rikshospitalet som i dag er i daglig bruk som leke- og turområde for beboere og andre.
 - Midlertidig helikopterlandingsplass vil forringe eller ødelegge populære leke- og turområder vest for Rikshospitalet, spesielt etter hvert som nye redningshelikopter AW101 tas i bruk, da disse er tynge og har langt kraftigere rotorvind enn dagens redningshelikoptre.
- Planforslaget innebærer negative og uakseptable konsekvenser med hensyn til det fredete Gaustad sykehus:
 - Planforslaget innebærer å bygge for høyt og for tett inntil Gaustad sykehus. Dette vil ha negative konsekvenser for det arkitektoniske i området, og også for lysforhold.

Selv om dette vel ligger utenfor Plan- og bygningsetatens mandat, ønsker jeg også å kommentere at i en større sammenheng vil «Nye Rikshospitalet» sammen Aker sykehus ikke kunne dekke det fremtidige behovet for sengeplasser i Oslo ettersom Ullevål sykehus planlegges lagt ned. Dette fremstår som svært uforsvarlig.

Oppsummert er det min oppfatning at planforslaget og prosjektet «Nye Rikshospitalet» gir uakseptable konsekvenser for miljø, oppvekstvilkår, friluftsliv og pasientsikkerhet på både på kort og lang sikt, og det må derfor ikke godkjennes.

Med vennlig hilsen

Alexander Nilssen



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.20:08
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QUSZ
Innsendt av: Ragnar Enger Juelsrud
E-postadresse: ragnar@juelsrud.no
Mobilnummer: 46410649

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Jeg stiller meg kritisk til den planlagte utbyggelsen av Gaustad sykehusområde, der det er planlagt inngripende utbygging på begrensede arealer. Den svært lange byggeperioden, og de trafikale utfordringene som følger med, vil være til stor ulempe for de mange husstandene og barnefamiliene som berøres. Jeg mener det vil være mer hensiktsmessig å videreføre og videreutvikle Ullevål sykehusområde.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.20:09
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QVLZ
Innsendt av: Ella Getz Wold
E-postadresse: ella.getz.wold@gmail.com
Mobilnummer: 99314791

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Jeg stiller meg kritisk til den planlagte utbyggelsen av Gaustad sykehusområde, der det er planlagt inngripende utbygging på begrensede arealer. Den svært lange byggeperioden, og de trafikale utfordringene som følger med, vil være til stor ulempe for de mange husstandene og barnefamiliene som berøres. Jeg mener det vil være mer hensiktsmessig å videreføre og videreutvikle Ullevål sykehusområde.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.20:29
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QVPZ
Innsendt av: Alf Sandsør
E-postadresse: alf.sandsor@prevas.no
Mobilnummer: 91548038

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Prosjektet etableres på et høyst usikkert plangrunnlag og skal dekkes av felleskapets midler. Ullevål har allerede egnede bygg, tomteområder og stort rom med potensiale for fremtidig utvidelse.

Planen gir ingen bærekraftig løsning for fremtidig behov, noe som erkjennes når det uttales at det trengs et tredje sykehus i tillegg til et nytt Rikshospitalet og Aker i full drift.

At helikoptere skal lande i grøntområdene like ved sognsvannsbekken, viser at prosjektet er særdeles lite gjennomtenkt og at miljøhensyn ikke er tatt i betraktning. At dette prosjekteres i Oslo (Europas miljøhovedstad) er rett og slett ikke holdbart.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Oslo Kommune

Plan og bygningsetaten Vahls gate 1

0187 Oslo

Høringsinnspill, Saknummer 201704683, Gaustad sykehusområde.

Som naboer og tidligere ansatte ved OUS har vi med økende bekymring og forundring fulgt prosessen med planlegging av Gaustad sykehusområde.

I høringsutkast, kortversjon, april 2021 er det store mangler. Som naboer deler vi bekymringene som mange har gitt uttrykk for når det gjelder den visuelle dominansen høyhusene vil få for alle som bor i nærheten og for byen som helhet.

- Det synes lite fremtidsrettet å presse en så stor og høy bygningsmasse inn på et så lite areal uten muligheter for videre utbygging.
- Høringsutkastet omhandler støy fra helikopter uten å trekke inn støy fra de nye redningshelikoptrene. Om de skal lande på vestsiden av barneklubben vil det forårsake uakseptabel støy i en avdeling med kritisk syke barn. I høringsutkastet står det at ingen boliger vil havne i rødt nivå, men dette er basert på dagens ambulanshelikoptre, og ikke de nye redningshelikoptrene. Det er estimert at mellom 25 og 28 boliger vil havne innenfor en sone med støynivå 57 – 62 dB. Vi kan ikke se at støynivået er beregnet for midlertidig landingsplass i byggeperioden som er forventet å vare i 8 – 10 år, og ikke for de nye redningshelikoptrene. Er dette bevisst utelatt i høringsutkastet? Vi har merket oss at Erik Jacobsen har vist stort engasjement i støyproblemet. Han har påpekt den uakseptable støyforurensningen i byggeperioden og gjort rede for støy fra de nye redningshelikoptrene. Vi støtter fullt hans beregninger og bekymringer.
- Innflygningsrutene som er tegnet inn er ikke slik det fungerer i dag. Vi har daglig helikopter rett over huset som ligger ca. 200 meter vest for sykehuset. Vil innflygningsrutene slik de er beskrevet i høringsutkastet fungere i fremtiden?
- Elvelandskapet langs Sognsvannbekken vil bli skadelidende. I fullversjonen av høringsdokumentet slår PBE på siden 187 fast at *«Forslaget får negative konsekvenser for elvelandskapet langs Sognsvannsbekken. Bebyggelsen holder en avstand til vannkant på min. 20 meter i samsvar med Byrådserklæringen, men burde vært trukket noe lenger unna elven på grunn av byggehøyden og de påfølgende utfyllingene i elvelandskapet. Vi kan ikke anbefale de foreslåtte murene og oppfyllingene i landskapet helt ned til 5 meter»*. Vi håper PBE følger opp dette og hindrer ødeleggelse av naturmangfold langs elven.

- Beskrivelsene av friluftsliv på side 26 og naturmiljø på side 28 er preget av floskler og vil ikke bli som beskrevet hvis sykehuset bygges som planlagt.

Rugdestien 8, 6. juni 2021

Hilde og Finn Sommer



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.22:17
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-QVKZ
Innsendt av: Dag Kremer
E-postadresse: dagkremer@gmail.com
Mobilnummer: +4799691193

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Hvordan vil dette planforslaget fungere som regionalt sykehus for hele Sør-Norge med den store og varierende behov for kommunikasjon og tilgang dette krever ??

Min bakgrunn er at jeg er pensjonert indremedisiner med erfaring fra andre helsesystemer i UK og USA. Jeg bor i Kragerø i Telemark hvor det lokale sykehus er nedlagt og stadig overbelegg ved sykehuset i Telemark og større bruk av regionale sykehus. Den økende eldre befolkning i mindre steder med større behov for helsetilbud kompliserer dette bildet.

En fortetning på Gaustad med nedleggelse av Ullevål kan ikke være en god løsning. Det sier seg selv.
På Ullevål har vi kanskje Europas fineste og største sykehus tomt som er flat med som kan justeres til framtidens behov med gode økonomiske løsninger.
Jeg mener en by av Oslo størrelse vil alltid ha økende og justerbart behov for et travelt 24/7 åpent stort sykehus i beredskap for by og region.

Jeg vil også legge til den bokstavelig talt "historieløse" løsning med ikke å ta hensyn til Gaustad sykehus rolle og flytte de psykiatriske pasienter til "en blokk på Sinsen" viser hvor galt dette blir.

Hvor er fagfolk i dette opplegget ? Da mener jeg et balansert utvalg av fagfolk på alle nivå som skal ta seg av pasienter fra fjern og nær pluss pårørende.

Jeg håper på en "vettug " løsning .

Innsender



Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 06.06.2021 kl.23:00
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-QWAZ
Innsendt av: Anne Holmberg
E-postadresse: anneholmberg77@hotmail.com
Mobilnummer: 48127279

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Som beboere på Gaustad er vi svært bekymret for planforslaget.

For det første er vi bekymret for økt støyforurensning i lokalmiljøet, særlig fra økt helikoptertrafikk. Det bor svært mange barn i området. I tillegg er det flere barnehager nær sykehuset. Ved en flytting av traumefunksjonene fra Ullevål i tillegg til de akutte funksjonene Rikshospitalet allerede har i dag, vil det bli en betydelig økning i helikoptertrafikken. Med økt helikoptertrafikk, i tillegg til innfasing av de nye SAR Queen helikopterne er vi svært bekymret for økt støy, både på dagtid og om natten. Vi savner god informasjon om konsekvensene den midlertidige og permanente helikopterlandingsplassen vil ha for oss som bor i området, særlig med tanke på maksimal støy.

Vi er også bekymret for trafikkavviklingen til det nye sykehuset. Allerede i dag opplever vi lange køer fra ring 3 og forbi Rikshospitalet i rushtiden, både morgen og ettermiddag. Parkeringskapasiteten ved Rikshospitalet virker å være underdimensjonert med tanke på hvor mange som benytter seg av gateparkering i boligområdene rundt sykehuset. Det er et faktum at flere ansatte ved Rikshospitalet parkerer i boligområder og ved barnehager i området. I området Gaustadveien/Sognsvannsveien er det mange barn som ferdes, både på vei til skole og barnehage og på fritiden. Vi er bekymret for sikkerheten til barna ved økt trafikk. I tillegg er vi bekymret for eventuell gjennomgangstrafikk i Gaustadveien, både i anleggsperioden og eventuelt senere, og konsekvenser det kan få for barns sikkerhet og trivsel. Gaustadveien er en smal blindvei som ender ved Solvang kolonihager. En eventuell gjennomgangstrafikk fra Sognsveien både i 15 års anleggsperiode og senere sykehusdrift er langt over Gaustadveiens dimensjon. Å bruke Nordbergveien som en del av adkomsten til det nye sykehuset er ikke mulig uten å utvide veien betydelig, dette krever erverv av kolonihagenes grunn. I tillegg vil det true barn og unges sikkerhet.

Gaustadskogen er et svært verdifullt og lett tilgjengelig friområde. Det er svært mye brukt av barnehagene i området, av oss som bor i området, og andre som benytter det som inngangsport til marka. Planene slik de foreligger i dag vil ødelegge store deler av dette verdifulle friområdet.

Vi ber om at man gjør en grundig vurdering av alternative løsninger, som for eksempel å benytte den store tomten på Ullevål, framfor å bygge et stort sykehus på en altfor liten tomt på Gaustad. Det nåværende forslaget vil ha store negative konsekvenser for nrområdet og spesielt barns oppvekstmiljø.

Vennlig hilsen
Anne Holmberg og
Torgrim Svensen

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Oslo 5.juni 2021

Oslo kommune
Plan og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Merknader til sak 201704683-321 - Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalleen 34.

Vi er en gruppe pensjonerte leger med arbeidserfaring fra ulike steder i Norge, inkludert flere sykehus innen Helse Sør-Øst. De siste 20 årene har vi vært bosatt i Oslo og fått erfaringer både med kommunens helsetjenestetilbud og tilbudet fra spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Vi har med interesse fulgt saken om sykehusutbygging i Oslo, og satt oss inn i en god del av dokumentasjonen som er lagt fram i den forbindelse.

På denne bakgrunn har vi følgende kommentarer til det foreliggende forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus på Gaustad:

For liten tomt for et stort sykehus med lokal, regionale og landsdekkende funksjoner

Vi mener all erfaring fra utbygging av store sykehus i Norge viser at det er behov for tomteareal som gir mulighet for en fleksibel fremtidig utbygging, både fordi det bygges med for liten kapasitet, og fordi den medisinske utvikling fører til behov for nye bygningsmessige løsninger. I utgangspunktet mener vi derfor at tomten på Gaustad er for liten til å romme gode framtidige løsninger for et stort sykehus med så mange funksjoner som planforslaget legger opp til.

Kapasitet og konsekvenser for Oslo kommunes pasientbehandling og for utdanning av helsepersonell

Kommunekonsult fremla 5. mai 2021 en rapport vedrørende planene for sykehusutbygging i Oslo. Rapporten konkluderte med at «Gjennomgang av kapasiteten i prosjektet viser at det med overveiende sannsynlighet vil oppstå en underdekning av sykehustjenester i Oslo». At kapasiteten vil bli for liten i forhold til befolkningsutviklingen i Oslo tydeliggjøres også ved at OUS har signalisert at det i fremtiden kan være nødvendig å bygge ytterligere et lokalsykehus. «I [langtidsplanen sin](#) antar OUS at antall liggedøgn på sykehus bare vil øke moderat i perioden 2015–2035. Antall pasienter og behandlinger skal økes langt mer. Antall sengeplasser på de nye sykehusene dimensjoneres ut fra dette».

Dette er kompliserte beregninger, da både antall eldre og totalbefolkningen i Oslo og omland antas å øke. Redusert antall sengeplasser må ses i lys av mer poliklinisk utredning og

behandling samt økt hjemmebasert omsorg. At flere oppgaver skal overføres til primærhelsetjenesten står i sterk kontrast til problemene med å rekruttere og å beholde fastleger.

Den effektiviseringen planene legger opp til er etter vår vurdering urealistisk, og den vil i tillegg gi befolkningen et dårligere tilbud. Det er anført at i 2030 vil 30 % av de tjenestene sykehuset leverer være i form av avstandsoppfølging gjennom telefon- eller videokonsultasjoner hjemme hos pasienten. Dette kan fungere for ganske spreke pasienter, men ikke for de med komplekse helseproblemer som eldre syke, hvor det er behov for at personalet observerer dem over tid for diagnostisering og best mulig behandling. Det er grunn til å understreke at det er denne gruppen eldre pasienter som vil øke i årene fremover. I Oslo består 47 % av husholdningene av bare en person og vi er i tvil om hvorvidt en slik teknologisering av behandlingstilbudet som det legges opp til vil være et gode. Konsekvensene av denne form for effektivisering, og det faktum at planene forutsetter at kommunen skal overta mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten, er etter vår vurdering ikke utredet. Med de kapasitetsproblemene vi ser i Oslos tilbud til eldre syke i dag mener vi kommunen ikke er rustet til å ivareta ytterligere oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten.

I tillegg vil vi peke på at sykehus tjenester ikke bare har en verdi for pasientbehandling, men i stor grad for utdanning av fremtidige leger og annet helsepersonell. I det følgende tas utgangspunkt i utdanning av leger, men mye vil være felles også for andre utdanninger innen helse.

Kunnskapsdepartementet har gjennom RETHOS-prosessen (Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) definert læringsmål for de enkelte utdanninger. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisintutdanning trådte i kraft 01.02.2020.

Der står det bl.a. at «kandidaten skal kunne utføre kliniske undersøkelser og ha praktiske ferdigheter som er nødvendig for å fungere som lege» (Kapittel 9). Dette læres ved direkte pasientkontakt.

Et tilstrekkelig helsetilbud til befolkningen vil fordre et fortsatt tilfredsstillende miljø for klinisk undervisning. Dette betyr bl.a. et tilstrekkelig antall plasser for inneliggende pasienter. Selv om det skjer en rivende utvikling tilknyttet både simulerte modeller og egne senter for ferdighetstrening, vil det i en uoverskuelig fremtid også være behov for en betydelig pasienttilgang for å kunne nå de læringsmål som definerer studieplanene. Den kliniske undervisningen som kreves gjennomført i sykehus for at disse læringsmålene skal dekkes vil absolutt ikke kunne nås gjennom poliklinisk aktivitet alene, men være helt avhengig av en omfattende studentdeltagelse i både akutte og elektive pasientforløp tilknyttet alle de klassiske kliniske avdelinger ved en standard sykehusdrift.

Dersom disse læringsmålene skal nås, vil utdanningen være helt avhengig av en fortsatt sengepostdrift. Således vil det være uheldig og nærmest selvmotsigende å legge opp til omfattende strukturendring innad i OUS, som i stor grad reduserer en slik drift. I et fremtidig sykehus må det være tilstrekkelig plass, inkludert sengeplasser, til at helsepersonell kan få utdanning.

Klima/gjenbruk

Oslo kommune har i flere år framholdt sin satsing på miljø og klima. I mai 2020 vedtok kommunen en klimastrategi (Klimastrategi Oslo mot 2030) med svært ambisiøse klimamålsetninger.

Valg av tomten på Gaustad er bl a begrunnet med at av sykehusene i Oslo universitetssykehus har Rikshospitalet den nyeste bygningsmassen. Vi vil påpeke at Ullevål sykehus har mange velfungerende bygg, alle av nyere dato enn Rikshospitalet på Gaustad. Siden 1998 har Ullevål bygget eller rehabilitert kvinne- og barn-senteret, pasienthotellet, parkeringshus med helikopterlandingsplass, kreft- og isolatsenter, akuttbygg med traumemottak mm. Helse Sør Østs planforslag innebærer at disse etter hvert skal erstattes av nye bygg på Gaustad hvor det også må rives bygninger for å få plass til de nye. 27.000 m2 bygninger skal rives og erstattes av nybygg i området.

En Sintef-rapport fra desember 2020 («Grønt er ikke bare en farge») sier at «rehabilitering og gjenbruk av eksisterende bygg vil være et avgjørende bidrag til en bærekraftig framtid». Det fremgår videre at utslippene kan halveres ved rehabilitering. For selv om nye bygninger bruker mindre energi enn gamle slippes det ut svært mye klimagasser når de bygges. Dermed tar det mellom 10 – 80 år før nybygg lønner seg for klima.

Vi vil og reise spørsmål om det er gjort noen vurdering av de ulike alternativenes klimaeffekter. Hvor mye skal rives – og hvor mye av materialene kan gjenbrukes, hvor mye skal bygges nytt, og hvor mye kan rehabiliteres?

Sett i lys av Oslos klimastrategi og ambisjoner om å bli et nullutslippssamfunn mener vi en slik vurdering bør tillegges betydelig vekt.

Sykehusdrift og byggeplass

I forhold til alt som skal bygges er tomtearealet på Gaustad trangt. Det er skissert en byggeperiode på 10 – 15 år hvor anleggs- og byggevirksomheten vil foregå tett inn til i sykehusbyggene på Rikshospitalet og Gaustad hvor det forutsettes vanlig drift. En del av Rikshospitalet må tilpasses og dels rives for å kunne sammenføye det med det nye til et samlet sykehus. I tillegg skal store områder inntil sykehuset graves opp for garasjer, kulverter og nybygg. Mesteparten av riggområdene skal legges i og rundt Gaustad sykehus. Trafikkforholdene på Gaustad er problematiske med bare én innkjørsel og så vidt vi forstår vil anleggsarbeidene og den transport som er nødvendig i forbindelse med dette skal foregå i adkomstsonen for pasienter og ansatte.

Etter vår vurdering vil denne voldsomme byggeprosessen innenfor et så komprimert område ha betydelige negative konsekvenser for sykehusdriften. Det er vanskelig å tenke seg annet enn at dette vil gå ut over tilbudet til pasientene

Psykatri

Planforslaget innebærer at behandlingen av psykiatriske pasienter skal flyttes fra Gaustad sykehus til Aker hvor det planlegges et nybygg for psykiatri og rus ved Sinsenkrysset. I påvente av at dette bygget skal stå ferdig vil behandlingstilbudet på Gaustad i mange år framover måtte foregå kloss i byggeprosessen hvilket må ansees uheldig.

Evalueringen av Sykehuset Østfold på Kalnes omfattet også hva som er egnet bygg for psykisk helsevern. I rapporten heter det: *For psykisk helsevern er det viktigere at bygget gir en enkel tilgang til trygge uteområder, noe som kan løses ved hjelp av lave bygg og direkte utgang til bakkeplan. Det er viktig at psykisk helsevern og somatikk ligger nær hverandre,*

men det kan være fordeler med å ha dem i atskilte bygg. Ved å bygge «vegg i vegg», vil det være en fare for at byggene for psykisk helsevern i for stor grad blir planlagt ut fra premissene for byggene som skal romme den somatiske virksomheten.

Vi vil peke på at nåværende Gaustad sykehus har en unik beliggenhet med god tilgang til utearealer. Den planlagte bygningen på Aker synes ikke å ta hensyn til de forhold evalueringsrapporten fra Kalnes trekker fram, og som vi mener bør vektlegges

Lillian Berge

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, dr. med.

Inger Marie Skeibrok Dahl

Spesialist i indremedisin/hematologi, professor emeritus, dr. med

Vibeke Engh

Spesialist i patologi

Randi Aarøy Lundgren

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, master of public health

Turid Mannsåker

Spesialist i medisinsk mikrobiologi

Borghild Roald

Spesialist i patologi, professor emeritus, dr. med

Anne Wyller Shetelig

Spesialist i samfunnsmedisin

HØRINGSUTTALELSE TIL PLAN- OG BYGNINGSETATEN VEDRØRENDE PLANENE FOR GAUSTADALLEEN 34 OG BYGGING AV BLOKKER PÅ AKER

Stiftelsen SEPREP (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering) ble dannet i 1990 med utgangspunkt i et tverrfaglig fagmiljø ved Gaustad sykehus. Utgangspunktet var et nettverk av engasjerte fagfolk som ønsket å bidra til et humanistisk, helhetlig og psykososialt orientert behandlingstilbud for mennesker med psykose. Åpenhet og brukerdeltakelse har vært sentrale verdier fra begynnelsen. Vi har hatt ansvaret for utdanningen av drøyt 4000 studenter i en tverrfaglig videreutdanning rettet mot mennesker med psykose- og ruslidelser i høgskolesystemet siden 1998. De siste 30 årene har vi utdannet drøyt 200 i individuell psykoterapi ved psykoser. I tillegg utgir vi et tidsskrift med aktuelle artikler innen fagfeltet.

Stiftelsen SEPREP har stor forståelse for at Plan- og bygningsetaten ikke har villet anbefale planen for Gaustad og vi vil gjerne uttale oss om de foreliggende planene. Vi er sterkt kritiske til en ytterligere ansvarsoverføring fra OUS til bydelene da vi er godt kjent med det sterke presset som de enkelte bydeler allerede opplever. Når det gjelder en ytterligere nedgang i heldøgns behandlingsplasser ved OUS med mer behandling i hjemmet, er dette også et kritisk punkt som ikke er reelt konsekvensutredet. Dette vil kunne føre til overbelastning i bydelene.

Det er meget alvorlig hvis all behandling ved Gaustad og psykiatrisk avdeling ved Ullevål blir erstattet og plassert i ei høyblokk tett på Norges mest trafikkerte vegkryss. Det er vanskelig å forstå at det skal være faglig begrunnet å samle psykiatrisk og spesialisert rusbehandling i høyblokker. Vi støtter de fagmiljøer og fagpersoner som har advart mot dette.

Styret ved UNN, Tromsø, har nylig vedtatt å bygge et nytt, stort høyhus for rus og psykisk helsevern på en av parkeringsplassene ved UNN i Breivika til sterke protester fra pasienter, pårørende og personellet ved UNN, Åsgård sykehus. Det blir da mange store hus på et lite område (Universitetet, UNN, Tannlegehøyskolen, Forskningsparken, Breivika videregående skole, en del næringsbygg osv). Det blir vanskelig å falle til ro i dette området: En utrivelig og fremmedgjørende urban «trykk-koker». Vi registrerer at noe av det samme planlegges av OUS/HSØ ved Sinsenkrysset i Oslo og at fellesnevneren også innebærer salg av verdifulle, gamle sykehustomter som kunne vært utviklet til nye tidsmessige, romslige og gode parksykehus. Sykehusområdene på Gaustad og Ullevål i dag har slike iboende kvaliteter.

Psykisk helsevern bør ikke bare være åpen og inkluderende i sin praksis, men også bygningsmessig. Miljøet må i svært vid forstand være helende både i form og funksjon. Dette er det ikke tatt hensyn til i de foreliggende planene for nye OUS. Det var humanistiske strømninger i samfunnet som lå til grunn for etableringen av Gaustad sykehus i 1855. Det er vanskelig å lese det samme ut av dagens planer for Gaustad og Aker. For oss er det et stort tankekors at fagmiljøenes, fagpersonenes, pasienters og pårørendes vektlegging av gode faglige og arkitektoniske sykehusløsninger ikke synes å bli vektlagt i det nye OUS.

Oslo, 3. juni 2021

Med hilsen og på vegne av stiftelsen SEPREP

Eivind Eckhoff (styreleder)

Gunnar Brox Haugen (daglig leder)

Fra: Bjørn Olav Øiulfstad <bjorn.oiulfstad@advoiulfstad.no>
Sendt: søndag 6. juni 2021 18.06
Til: PBE Postmottak
Emne: Saksnummer 201704683 - Kunngjøring om offentlig ettersyn - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning - Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

Kategorier: Haster

Mine kommentarer til - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde.

Generelt

Er det forsvarlig å sette i gang et byggeprosjekt, som er karakterisert av sykehusledelsen som »Det største byggeprosjektet siden krigen» på en tomt som synes alt for liten til å fylle målsetningen med hele prosjektet? Det skal rives 28 000 m² av dagens sykehus for å kunne realisere byggeprosjektet. Det synes å være en sløsing med offentlige midler som vi knapt har sett tidligere.

Byggeprosjektet skal pågå i mange år, i utkanten av et villa- og turområde, og berøre dagliglivet til mange tusen mennesker. Menneskelige hensyn tilsier at prosjektet uansett må skaleres ned og tilpasses den virkelighet som omkranser dagens Rikshospital.

Trafikkbildet i Slemdalsveien og ved Gaustad T-banestasjon vil påvirkes i betydelig grad av anleggstrafikk med ut- og inntransport av masser og bygningsmaterialer. Det legges opp til at en sidevei til Slemdalsveien blir en hovedvei inn og ut av området slik jeg leser planene. Det er uakseptabelt å presse inn i et boligområdet en veitransport som vil påvirke innbyggerne negativt i mange år. Byggeprosjektet er rett og slett for stort og tilpasset terrenget.

Det må vurderes på nytt om det i det hele tatt er behov for utbyggingen av Rikshospitalet i det omfang som søker ber om.

Prosjektet bør sendes tilbake til tegnebrettet, og prosjekteres på nytt innenfor rammen av hva dette området tåler av utbygging.

Helikoptertrafikk

Allerede i dag er mye støy fra helikoptertrafikken til og fra Rikshospitalet. Byggeplanene vil medføre en betydelig økning i landinger og take off midt i et villaområde. Dette er helt uakseptabelt. Enten må offentlige myndigheter innføre begrensinger i antall landinger eller så må planene endres.

Med vennlig hilsen / Sincerely

ADVOKAT BJØRN O. ØIULFSTAD

+47 94 78 15 60

www.advoiulfstad.no

Besøksadresse: Bygdøy Allé 2, 0257 Oslo

Postadresse: Postboks 573 Sentrum, 0105 Oslo, NORWAY

E-post: bjorn@advoiulfstad.no

Org.nr.: NO 998 868 238 MVA



Kontakt skjema

Innsendt tidspunkt:	06.06.2021 kl.22:18
Mottaker:	Oslo kommune
Referansenummer:	BYR-D144-QEUG
Innsendt av:	Bodil Gudrun Maal
E-postadresse:	bodilmaal@gmail.com
Mobilnummer:	91675915
Gjelder henvendelsen covid-19 /koronaviruset?	Nei
Velg en kategori for henvendelsen	Byggesak, ombygging og bruksendring
Velg en underkategori for henvendelsen	Byggesaker
Din henvendelse	Se vedlagt høringsuttalelse vedr. utbygging av Gaustad Sykehusområde. Vår konklusjon er at utbyggingen ikke bør finne sted. Utbyggingen vil bety stor skade for befolkningen som bor i området og for naturmiljøet. Vår høringsuttalelse påpeker at lokalbefolkningen på Gaustad verken er nevnt eller blitt tatt hensyn til i plandokumentene.
Saksnummer	20170468
Last opp eventuelle vedlegg	Vedlegg (0206 Høringsuttalelse på nye Rikshospitalet.docx)

Oslo 06.06.2021

Til: Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune
Fra: Bodil Maal og Eirik Gjøstein Jansen

Høringsuttalelse til reguleringsplan Gaustadalleen 34 (Gaustad sykehusområde)
Saksnummer 20170468

Vi har bodd i Gaustadveien 171 siden 1990. Vi valgte å flytte inn i Øvre Sogn Borettslag (ØSBL) på grunn av nærheten til naturen. Området er skjermet fra støy og er omgitt av skog og jorder. Vi har planer om å tilbringe alderdommen her. Utbyggingsplanene for Rikshospitalet uroer oss.

Boligområdene og vi som bor her er knapt nevnt i planforslaget og Rambølls fagrapport om anleggsfasen (Rambøll 2020). Det foreligger ingen beskrivelser av hvordan planene skal gjennomføres. Forslagene vil skape støy, forurensning, trafikale og beredskapsmessige problemer i byggefasen som vil vare i minst 10-15 år. 10-15 år er vår alderdom. Noen av virkningene vil være permanente for oss som skal bo og leve i tett naboskap med det som blir Nord-Europas største sykehus. Følgende er uholdbart for oss:

- **Støy og helikoptertrafikk**

HSØ planlegger en midlertidig landingsplass for helikopter i anleggsfasen. Denne skal benyttes de 10-15 årene utbyggingen tar. Det eneste området som teknisk sett kan benyttes som landingsområde på bakken i anleggsperioden, er området nord for Rikshospitalet. Et område som ligger 3-400 meter i luftlinje fra der hvor vi bor. Alle problemene som vil oppstå for de 2500 personene som bor i området i forbindelse med helikoptertrafikken holdes utenfor plansaken og unndras fra konsekvensutredningen.

Sør for den midlertidige flyplassen på bakken planlegges to permanente Helipader, hvor all helikoptertrafikk fra Ullevål sykehus og Rikshospitalet skal samles. Helikoptertrafikken vil øke med over 100%. Vi som bor i nærheten, vil oppleve det som å bo nær en flyplass. De nye redningshelikoptrene (SAR Queen) vil utgjøre 15-30% av trafikken, disse støyer betydelig mer enn dagens helikopter. Lufttrykket fra SAR Queen er så kraftig at det kan bli snakk om oppholds forbud i Gaustadskogen når helikopteret skal lande eller ta av fra den midlertidige landingsplassen. Landingsområder for denne typen helikopter må legges flere hundre meter fra boliger, og privat og offentlig ferdsel. Kraftige rotorblader med løfteevne på opp mot 20 tonn, vil gi lufttrykk og lavfrekvente pulserende lydsvingninger som kan gi plager i en stor omkrets og gi alvorlige helseskader. Lydklassifisering av bygninger, ifølge norsk standard NS 8175, fastslår en maksimumsgrense på 45 dBLAF på soverom målt med lukkede dører og åpne ventiler.

Rambøll har i sin fagutredning beregnet at det vil være 3000 flybevegelser per år og at 650 av disse flybevegelsene vil være om natta. Det er ikke foretatt noen konsekvensutredning av hva dette vil bety av støy for de 2500 personene som bor her i området. Hva betyr det for barn og voksne å bli vekket opp om natta? Hva betyr det for barn og lekeområder?

I fagutredningen er det skissert inn- og utflygingsmønster for helikoptrene. Personer med kjennskap til SAR Queen sier at de regner med at det blir vanskelig for dette tunge helikopter å lande vertikalt pga tyngde og stort lufttrykk, og at dette vil bety lav innflyging. En rute for innflyging går like over boligen hvor vi bor. Støysonen rundt landingsplassene er ikke definert. Hvor mange beboere fra området som lander i gule/røde støysoner vet vi ikke. I Trondheim ved St. Olavs hospital, som har

tilsvarende trafikk, er rød støysone 250 meter i radius. HSØ prøver bevisst å fremstille støyvirkninger så lave som mulig og har så langt ikke vært villige til å opplyse hvor store maksverdiene er (selv om veilederen krever dette). Her er det behov for en uavhengig konsekvensutredning. Vi frykter for vår søvn og var helse.

- **Riggområde under byggeperioden**

Av planforslaget framgår det at riggene skal plasseres innenfor anleggsområdet, noen rigger skal imidlertid plasseres på området som ØSBL grenser til. Dette jorder er eid av Oslo kommune og regulert til friluftsområde. Området vil ikke bli beboelig og vi forstår hvorfor Gaustadtunet Boligsameie har krevd å få erstatningsboliger. Riggene vil sees fra ØSBL og være med på å gi støy i området vårt. Blomsterengene vil bli ødelagt og rådyrstammen som bor i Gaustadskogen vil skremmes bort. Friområdene både der flyplassen og riggområdet planlegges er i dag lekeområder for barn.

- **Gjennomgangstrafikk**

Foreløpig er det bare planlagt en innkjøringsvei til Rikshospitalet. Både sikkerhet og beredskap tilsier at det vil bli krevd flere innkjørslser. Vi frykter at Gaustadveien vil bli åpnet for gjennomgangstrafikk. En kvalitet med området nord for Rikshospitalet har vært at det er trafikksikkert for barn, vi frykter at dette ødelegger for de ca 300 barna som bor i området. De to barnehagene som ligger i Gaustadveien vil også bli plaget av trafikk, støy fra helikoptre og rigg-området (Ca 200 barn).

Det foreligger planer om at akuttmottaket på sykehuset skal legges på vestsiden av Rikshospitalet, noe som innebærer at ambulanser må kjøre inn nordfra og kjøre ned langs Gaustad bekken.

- **For liten tomt**

Generelt vil vi peke på at tomten som sykehuset er plassert på, ikke har fremtidige utvidelsesmuligheter. Fremtidige behov hos den voksende befolkning i Oslo tilsier at vernet av Gaustad sykehusområde oppheves på sikt og at gjenværende naturområder reduseres enda mer enn det som allerede er beskrevet i planene. Vi støtter kravet om at tomten på Ullevål Sykehus som er tre ganger større enn tomten til Rikshospitalet, må benyttes til sykehusutbygging.

- **Lite hensyn til kulturminneverdier og manglende stedstilpasning**

Ved å planlegge store bygningsvolum tett på Gaustad sykehus og bygge ned den grønne omramningen som karakteriserer det eldre sykehusanlegget, forringes kulturminneverdiene i området kraftig. De høye byggene på 50 meter som planlegges vil framstå som en mur rundt Gaustad, som har som ett av sine fremste kjennetegn at det er et frittliggende sykehus. Av den grunn frarådet byantikvaren det forrige planalternativ sterkt, og vi anser at disse kommentarene ikke er mindre gyldige for de nye planforslagene. Med sin nåværende lave arkitektur ble nåværende Rikshospitalet bygget stedstilpasset Gaustad sykehus, helt konkret ved at fløyene på det gamle sykehuset med hjørnetårn peker mot tilsvarende fløyer på det nye sykehuset. Rikshospitalet som er foreslått oppført på gul liste, tilfører nærmiljøet store kvaliteter i samspill med gressplener og trær. Å bygge rundt og oppå dette sykehuset framstår som et sterkt brudd.

- **Nye bygg på Gaustad sykehus-område?**

Vi ser også av planene at to bygg (Bygg S og R) er tegnet inn i de fleste alternativene i planforslaget, rett nord for nåværende bygg 19 og 20 på Gaustad sykehusområde. Byggene er svakt belyst i planforslaget. Det nevnes at de er tegnet inn «kun (...) som fremtidige byggearealer uten konkrete planer» (s 41). For oss som naboer er det vanskelig å forholde

oss/ uttale oss om så svake beskrivelser i et planforslag. Vi minner likevel om at temakart T5 (s 17) som viser kulturminner som er registrert innenfor planområdet. I alle fall ett av disse byggene (planlagt ovenfor Gaustad sykehus bygg nr 20) er plassert på et areal som er merket kulturminner på T5. Beholdes ideen om å bygge på dette området, vil Riksantikvaren gi meget sterke føringer. Riksantikvaren har tidligere kun godtatt en lav, oppdelt bebyggelse som ikke danner en «vegg» nord for Gaustad sykehus.

- **Trafikk, parkering og kollektivtransport**

Adkomsten for ansatte og pasienter til det planlagte sykehusbygget foreslås løst ved utstrakt bruk av kollektiv- og sykkelvei-løsninger. Likevel vil nok mange flere ansatte bruke bil enn tilfelle er ved for eksempel Ullevål sykehus. Gaustad er **ikke** et kollektivknutepunkt. Ifølge forslaget vil det bli behov for 2456 parkeringsplasser knyttet til det nye sykehuset. I dag er det 1800 plasser i parkeringshus som imidlertid etter planen skal bygges om til blant annet varemottak. En ny parkeringskjeller bygges under parkområdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus, som skal romme 1000 biloppstillingsplasser. Vi som bor i Gaustadveien tror at det blir store problemer for oss trafikalt.

Følger i utbyggingsfasen:

- Støy og rystelser i forbindelse med sprengning av den store underjordiske parkeringskjelleren vil bli svært stor.
- Tungtrafikken og frakt av masse vil forurense mye.
- Det er beregnet at 2000 biler kjører inn/ut av Gaustadveien via Sognsvannsveien daglig, blant annet til ØSBL. Det er ingen planer for alternative kjøremønstre i anleggsfasen mens parkeringskjelleren graves ut.
- Bussrute 40 Øvre Sogn vil måtte legges ned i anleggstiden.

Permanente følger:

- Trafikken gjennom Universitetskrysset vil bli svært stor og det vil lett oppstå kork for inn og utkjøring i området samt på Ring 3. Dette vil være en stor risiko i forhold til utrykningskjøretøy.
- Det regnes en dobling av virksomheten, men en mindre vekst i biltrafikken. Hvis anslaget om behov på 2456 biler ikke holder, vil det bli mye villparkering i omkringliggende områder.
-

- **Konklusjon**

Foreløpig er det igangsatt en rekke aktiviteter og forprosjekter i helseforetaket på grunnlag av et "mål bilde" for Nye OUS. For eksempel bygges det bygg på Aker sykehus som forutsetter at resterende elementer faller på plass, blant annet bygging av nytt rikshospital på Gaustad. Aktiviteter tjener som begrunnelse for nye aktiviteter, slik at igangsetting etter foreliggende planer til slutt framstår som eneste farbare vei. Dette er ikke i tråd med god, demokratisk deltakelse i beslutningsprosessen.

Vi ser utbyggingen av Rikshospitalet som uholdbar og motsetter oss på det sterkeste utbyggingen av dette området. Utbyggingen vil påføre oss, bomiljøet og naturområdet så store skader at det kan ikke forsvares.

Fra: Thomas Bøhmer <thomas.bohmer@medisin.uio.no>
Sendt: mandag 7. juni 2021 09.42
Til: PBE Postmottak
Kopi: Thomas Bøhmer; Lars Asbjørn Hanssen; John Kjekshus
Emne: Saksnr 201704683 Uttalelse Gaustadallen 34, Gaustad sykehusområde
Vedlegg: Oslo Kommune Plan- Bygg 7.6.21.docx

Kategorier: Haster

Si din mening

Innsendt tidspunkt: 7.06.2021
Mottaker: Plan-og bygningsetaten
Innsendt av: Thomas Bøhmer
E-postadresse: tboehmer@medisin.uio.no
Mobilnr: 92898289
Saksnr: 201704683
Uttalelse: Smittefarlige sykehus høybygg

Ved nybygg for OUS må det være riktig å ta hensyn til den lærdom vi har fått de siste år. Ullevål har plass til å bygge lave blokker som kan forbindes med avstengbare kulverter og broer som gir naturlig smittevern.

Det må være riktig å bygge med kunnskap for fremtiden på Ullevål, og ikke suboptimal løsning for Gaustad.

Innsender: Meg selv som privatperson. Sykehuslege gjennom >50 år
Ved Rikshospitalet, Betanien, Kroghstøtten, Ullevål, Aker,
Torsby i Sverige, Al Baha i Saudarabia.
Fagrådgiver 1978-79 for Prosjektgruppen Rikshospitalet (Pilestr.)
Vedlegg 1

Oslo Kommune, Plan- og Bygningsetaten

post@oslo-kommune.no

Merknader til Deres saksnr for Gaustad 201704683-321 og for Aker nr 201704683.

Smittefarlige sykehus høybygg.

Det er i byggemeldingene angitt byggehøyde 50 og 62 meter henholdsvis for Gaustad og Aker utbyggingen, mens lovlig byggehøyde er 42 meter. Gaustad utbyggingen beskrives som kompakt og vertikalt.

Herlev Hospital fra 1976, høysykehus utenfor København omtales som et forbilde. Når det for tiden utvides med 52 000 kvm, bygges det tre lave sirkulære bygninger med innbydende grønne uterom, ikke enda et høyhus.

Nye OUS på Gaustad forventes å være Norges fremste epidemisykehus hvor Ullevål hittil har hatt den mest avanserte infeksjonsavdeling beregnet for å behandle luftoverført smitte og for virus som Ebola som vi heldigvis hittil ikke har hatt. Aker bygget i 2011 en infeksjonsavdeling med egne heiser for all transport inn i enheten.

I det siste året har vi fått føle hva det vil si å bli eksponert for corona-virus pandemi som går jorden rundt, som ingen kan se slutten på så langt.

Muligheten for å isolere pasienter og hindre smittespredning blir avgjørende ved nye sykehus.

Prof. Bjørg Marit Andersen uttalte i Aftenposten 17 des 2020: «Risikopasienter med covid -19 kan smitte et helt sykehus på få dager siden smitten følger luften og overføres på få minutter. Luftsmitte sikre løsninger for ventilasjon, trapp, heis, elektro, VVS, finnes ikke for høyblokkbygg. Bare god avstand med separate løsninger i lave bygg som Ullevål vil hindre smittespredning».

Intervju med vik. ass helsedirektør Espen Rostrup Nakstad Tidsskr Nor Legeforen 2020:18;140:» Ja, vi må ta inn over oss at pandemiene kommer oftere enn før. Dette stiller krav til hvordan vi bygger institusjonene. Egentlig er det utrolig hvor lite verden har lært fra de store kriser gjennom historien. Dette med å skille smitteførende og ikke-smitteførende er krevende, og sykehusene våre er ikke bygd for det. Eksemplene ser du fra hele Europa».

Ved nybygg for OUS må det være riktig ta hensyn til den lærdom vi har fått de siste år. Ullevål området har plass til å bygge lavblokker som kan forbindes med avstengbare kulverter og broer som gir et naturlig spredningsvern.

Det må være riktig å bygge med kunnskap for fremtiden på Ullevål, og ikke en suboptimal løsning på Gaustad.

Oslo 5.6.2021

Thomas Bøhmer,

Spes. indremedisin. dr.med., Prof em.

Eli Johanne Nordal
Akersborg terrasse 17
0852 OSLO

Oslo, 7. juni 2021

Plan- og bygningsetaten
Oslo kommune

Merknader til sak 201704683-321 Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalleen 34

Undertegnede er pensjonert overlege/seksjonsoverlege, og har arbeidet over 50 år ved norske sykehus – Universitetssykehuset Nord-Norge, Ullevål sykehus og Rikshospitalet, og Sykehuset-Innlandet.

Det er med undring og forskrekkelse en fra sidelinjen har fulgt med på planene for utbygging av Rikshospitalet på Gaustad. Disse planene har hatt utgangspunkt i et «målbilde» - en visjon av tidligere direktør ved Oslo Universitetssykehus (OUS) Bjørn Erikstein. Han måtte fratre sin stilling grunnet manglende tillit fra de ansatte i forbindelse med den aktuelle saken. Ett basiselement i planene var at det skulle bygges et lokk over Ring 3 nedenfor Gaustad. Statens vegvesen slo tidlig fast at det ikke ville la seg gjøre. Planene burde derved vært skrinlagt. Men i stedet har OUS og Helse Sør-øst (HSØ) valset videre med sitt monsterprosjekt, uten å låne øre til de tallrike og kompetente røster som har protestert.

1. Ett vesentlig argument mot planene, som mange har påpekt, er at en her har startet i den gale enden – Eriksteins visjon – istedenfor å begynne der det hadde vært naturlig: å utrede behovet for framtidig sykehusdrift i Oslo-området.
2. Det meget velfungerende Traumesenteret på Ullevål Sykehus (nybygg fra 2014) vil OUS/HSØ splitte opp på Aker sykehus og Rikshospitalet (RH). Det er påfallende, siden Traumesenteret på Ullevål vel var den eneste av de tunge offentlige aktørene 22. juli 2011 som fungerte etter hensikten. 31 av 32 personer ble reddet.
3. De trafikkale forholdene alene burde vært nok til å kansellere planene. Med både Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Aker sykehus og nytt psykiatrisk sykehus langs Ring 3, skal det bare en enkelt kollisjon til før hovedadkomsttrasseen til alle sykehusene er sperret (enn si et terrorangrep!).
4. Ullevål sykehus (US) og området rundt har aldri vært reelt utredet. «Målbildet» har ligget som et premiss. Det på tross av at US har rikelig tomtearealer, enkel adkomst fra 4 hovedtrasseer, og at en her vil kunne bygge nytt i nordenden av tomten parallelt med normal sykehusdrift i resten av området.
5. Stordriftsfordelene som «fusjonsfantastene» har proklamert, holder ikke mål ifølge nye beregninger. (Det vet dessuten vi som har hatt smertefull erfaring med påtvungne fusjoner.)

6. Økonomer sier også at det er dyrt å rive nye bygg – i stedetfor å ta vare på det som er bra. Det er mye bra på Ullevål – Kreftsenteret, Traumesenteret, Barneklubben, Laboratoriebygget.
7. «Grønt skifte» innebærer det samme.
8. Ullevål sykehus ble bygd som et Epidemisykehus. «1. avdeling» var nettopp Epidemiavdelingen. Har Nye Rikshospital pandemier med i planene?
9. Oslo kommune vokser, og ett er sikkert: Det vil bli behov for nye sykehusarealer. Hvorfor bygge for trangt i utgangspunktet?
10. Nye Rikshospitalet skal være byggeplass i minst 13 år. Det er vanskelig å forstå at dette er til beste for pasientene, de ansatte, eller nabolaget. En kan se for seg masseflukt av ansatte – og nye private sykehus vil sikkert sprette opp som «paddehatter», klare til å omfavne alle «flyktingene».
11. Psykiatrien er et argument i seg selv. Det planlegges bygd en firkantet kloss rett overfor Sinsenkrysset, hvor de «innsatte» får en luftgård i et atrium i midten. Dette skal visstnok, inklusive oppkjøp av tomt, koste over 4 milliarder kroner. Hvorfor ikke helle bruke de pengene på dagens Gaustad sykehus?
12. Arkitekturmessig er det trist at utbyggerne vil rasere det vakre Rikshospitalet slik dert framstår i dag – i harmonisk sammenheng med Gaustad sykehus, og også bygd i respekt for sin nabo.
13. OUS/HSØ er klar over at de bygger for trangt. De prøver å imøtegå kritikken med å postulere at framtidige tekniske løsninger gjør at 30% av sengetallet kan erstattes av «hjemmesykehus». Stakkars framtidige 80-90-åringene, for oss blir det mange av!
14. Oslo kommune, Lovisenberg Sykehus og Diakonhjemmet er tiltenkt nye oppgaver av OUS-HSØ-planleggerne, men de er visstnok ikke forespurt.

Det er virkelig ikke lett å forstå hvorfor disse planene er kommet så langt. En kan få mistanke om at det ligger noen føringer som offentligheten ikke er kommet for øre. Vi som engasjerer oss i saken håper Plan- og bygningsetaten kan avdekke eventuelle slike bindinger. En må håpe fornuften vil vinne fram.

Med hilsen

Eli Johanne Nordal



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.15:35
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-RAAZ
Innsendt av: Hege Therese Grønhaug
E-postadresse: hegetj@gmail.com
Mobilnummer: 90117795

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Helse Sør-Øst planlegger å rive vitale deler av bygningsmassen på Rikshospitalet midt inne i et sykehus som skal være i full drift. Rikshospitalet vil bli en byggeplass i 10-15 år. Konsekvensene for pasientbehandlingen i byggeperioden er ikke utredet og eller risikovurdert.
Her er mine innspill basert på egenerfaring som pasient på Rikshospitalet.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (HTG Horingsinnspill 201704683.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Høringsinnspill til saksnummer 201704683

Hei,

Med utgangspunkt i egenerfaring som pasient på Rikshospitalet, her er mine høringsinnspill til saksnummer 201704683.

- Syke mennesker tåler ikke støy
- Rekreasjon. Uteområdene er eventyrlige, og uteplassen er lun, skjermer og er åpen mot sol og utsikten som er vesentlig for tilfriskningsfasen i oppholdet.
- Lyst og livgivende. Å bygge inn sykehuset blir som å legge lokk over og skru av lyset.
- Unødvendig å påføre så mye støy og smerte over så mange år når man har et mye bedre utgangspunkt på Ullevål-tomten.

Konsekvensene for behandlingen av pasienter i byggeperioden er ikke utredet eller risikovurdert. Planene vil uten tvil gå ut over innlagte pasienter, dagpasienter og egentlig andre sykehus i hele landet, for Rikshospitalet er et spesialistsykehus. I tillegg blir alle som jobber der berørt, både med omorganisering, flytting, byggestøy og alt det daglige spontane kaoset som alltid følger en byggeplass.

Jeg mener at en byggeplass, sjauing, rigging, byggestøy, byggestøv og rot og uforutsigbarhet – ingen ting av dette har noe å gjøre inntil, under, ved siden av og innimellom et sykehus i full drift med pasienter og ansatte. Dette er levende mennesker og ikke tall! Det er fullstendig uakseptabelt.

[REDACTED] skal det graves ut garasjeanlegg, rett under sengeposten. Med andre ord: Sprenges, spundes, graves, kjøres, borres. Helt inntil og oppunder svært syke pasienter. Ekstremt syke mennesker er innlagt der, og livet deres henger i en tynn tråd. Noen klarer behandlingen, andre ikke. Komplikasjoner i forkant, underveis og i etterkant er normalen, man må ta sekund for sekund, minutt for minutt, time for time. En dag om gangen. Man trenger ro. Det er faktisk sånn at mange av disse aller sykeste pasientene kommer ikke derfra i livet.

Når sånne enkle ting som hvordan døren inn til isolatet du ligger på, åpnes - hardt eller mykt, kan sende sjokkbølger inn i kroppen din, og kan avgjøre sjansene for om du overlever de kritiske øyeblikkene. Hvordan skal det gå med de pasientene som må leve med ekstremt støyende byggearbeid helt inntil veggen/gulvet der de er. Det er fullstendig uakseptabelt og inhumant. Det er ikke verdig Norge.

Helikopteret som kom og gikk, ikke langt utenfor sykerommet, var helt klart en påkjønning. Helikopterstøy er en del av sykehusberedskapen - forståelig og nødvendig, likevel belastende. Fordi støy er uutholdelig når kroppen er i kriseberedskap. Den knytter seg, den vil rømme – løpe vekk. Men er lenket til sengen. Så selv om hodet ditt forstår at lydene som sprenger seg på er nødvendig, så forstår ikke kroppen det. Kroppen er i vill flukt uten å kunne flykte.

Syke pasienter tåler ikke støy. Støy fra anleggsperioden og den nye helikopterlandingsplassen i byggeperioden er ikke utredet ordentlig.

De stille pasientene må også bli hørt

Støy og belastning for pasienter og ansatte er et viktig perspektiv som jeg tror man har «glemt», eller i alle fall ikke brydd seg om å se nærmere på. Kanskje fordi man ikke har vært i denne situasjonen selv? For den er meget vanskelig å sette seg inn i. Hadde denne byggeprosessen pågått [redacted] hadde ikke jeg sittet her og skrevet dette i dag. For meg var det belastende nok med personalet som kom inn og ut av rommet mitt. Stemmene til disse pasientene må også høres. De som ligger i min seng nå, orker ikke å skrive. De har nok med å prøve å overleve. Jeg prøver å snakke for dem som nå ikke kan.

[redacted]

Det dreier seg om syke pasienter, og for mange tar behandlingen lang tid. Man trenger ro og trygghet, og behandlere som er til stede. Det får ikke de ansatte anledning til når alt rundt blir kaos i bygge- og omrokkeringskabalene. 10-15 år med byggeplass på Rikshospitalet er fullstendig unødvendig når man har et svært godt alternativ til å ruste opp og bygge ut Ullevål Sykehus på en tomt som er stor nok til å kunne utvikles, uten så stor belastning for pasienter og ansatte.

[redacted] Man har ikke et valg. Jeg er redd for at mange av de svært alvorlige syke sin stemme ikke høres – fordi de har ikke overskudd til å skrive inn, ei å protestere! Nå står man i fare for å røske vekk et fantastisk og godt sykehus - hvor arkitekturen og det humanistiske hjelper pasienten, til å bygge en behandlingsmaskin som bare tenker effektivitet og som ikke gagnar pasienthelsen (ikke billigere, ei bedre på sikt). Det er respektløst mot den grunnleggende tanken for hvordan man skal behandle mennesker som har behov for helsehjelp. Omgivelsene og miljøet gjør deg også frisk, ikke bare medisinerne. Det kan jeg skrive under på. Å komme igjennom en så alvorlig sykdom som et helt menneske etterpå, krever mye rehabilitering.

Hverdagen som pasient

For de sykeste pasientene er det belastende nok å bli senge-transportert fra avdeling til avdeling for å finne ut av diffuse skumle bivirkninger. Man er passasjer i eget liv. Jeg ser for meg at et sykehus som står i pågående ombygging og påbygging samtidig som det er i fullt drift, må flytte om på avdelinger. Jeg tror det vil være vanskelig for leger, sykepleiere, portører og koordinatører å klare å være oppdatert og orientere seg frem til rett sted når dette stadig vil være i endring. Dette vil igjen også være en ytterligere belastning for pasientene som helt sikkert har mer enn nok. Det er forskjell på planer og virkelighet. Unnskyld meg, men de planene som finnes her, inneholder ikke realisme. Det blir et kjempeproblem når de skal bygge inne i sykehuset og samtidig drive for fullt.

Opprinnelig var ideen god – men HSØ stoppet ikke når de burde

I de opprinnelige planene, med lokk over ringveien var situasjonen annerledes. Jeg forstår ønsket om å samle sykehusene. Men tomten krympet, det er nesten ingen ting igjen av den, uten at planene ble tilpasset den nye virkeligheten.

Jeg mener at man her forsøker å presse inn et altfor stort sykehus på en altfor liten tomt, uten at det i fremtiden kan bygges ut.

For trang tomt gir stor risiko for dårlige løsninger, forsinkelser, kostnadssprekk og en lang og krevende anleggsfase. Spørsmålet er hvorfor Oslo skal gå med på slike planer i stedet for at

HSØ må revidere sine planer. Det er Oslo som vil bli skadelidende for problemer med gjennomføring og drift i uoverskuelig fremtid. Og for pasientene vil dette bli katastrofe.

██████████ Rikshospital som er et spesialisert sykehus, innrettet for formålet. Det er arkitektonisk gjennomtenkt og svært funksjonelt innredet. Glassgaten er laget nettopp for å skape et rom med lys, en slags katedral som løper gjennom sykehusbygget. ██████████

██████████ Uteområdene er nydelige. Også uteplassen, som er skjermet og samtidig åpen mot ettermiddagssol og utsikten. Det nåværende Rikshospitalet må bevares! Det ligger vakkert til i naturskjønne omgivelser. For pasienter i tilfriskningsfasen er den uberørte naturen vest og nord for byggene et rekreasjonsområde som ikke må ødelegges med et stort høyt bygningskompleks som vil ødelegge og forstyrre hele området! Miljøet og naturen må sees i sammenheng med bygget og pasientbehandlingen. Det er god økonomi og helse i det.

Pasientene

Behandlingen er tøff. Pasientene er i ingenmannsland. For å gi et bilde på hvordan det kan være: ██████████

Disse små lommene med blick mot «normalt liv» det vil forsvinne fordi

- 1) ██████████ Ekstremt viktig for rehabiliteringen som starter med små musesteg. Små drypp av håp om at det skal bli bedre.
- 2) De ruvende sykehusbygningene med svært reduserte naturlige åpne områder vil være negative for, ikke bare naboer og boligområdene rundt, det vil være svært negativt for pasientene.

Miljøet og området, fellesområdene er utrolig viktig for trivsel for pasientene og kan ikke overvurderes! For meg var det livsviktig.

Hovedtyngden av ny bebyggelse skal legges på og ved dagens adkomsttorg og det vil ta bort sjelen fra sykehuset, tyngde det ned og kvele alt lys. Rikshospitalet ble bygget med en helhetlig tanke med rom for mennesket.

██████████ hadde vindu ut mot et grønt område. Der sto det et tre. Der bodde det fugler. De fløy opp og ned fra gressplenen og opp i treet. De kvitret. Det var som om jeg kunne høre dem. Vinden blåste, det regnet, det var ruskevær. Det snødde. ██████████

██████████ Nå skal det bygges rundt og stenges inne. Lyset vil forsvinne, det blir monotont og mørkt. Helt ærlig, jeg tror pasienter vil gå til grunne. Ikke finne håp. Disse planene strider i mot alt av fornuft, rettferdighet og verdighet. Noen vil kanskje tenke at man kan se på TV i stedet for ut vinduet? Nei det kan man ikke. TV er for friske mennesker. Syke mennesker kan ikke forholde seg til flakkende lys og bilder og hurtige bevegelser. TV- er noe man kan kose seg med når man er ganske så frisk.

Helse Sør-Øst planlegger å rive viktige deler av bygningsmassen på Rikshospitalet samtidig som det skal være i full drift. HSØ forutsetter i planene at effektiviteten skal økes gjennom byggeperioden. Det motsatte er mer sannsynlig. Sykehuset vil bli en byggeplass i mange år fremover. Driftsstopp, nedsatt aktivitet, dårlig arbeidsmiljø, redusert beredskap. Store utgifter til provisoriske løsninger og «brannslukking» tilsvarer fort gevinsten av salget av Ullevål sykehus.

Effektiviteten skal visstnok komme igjennom at pasienter kan bli behandlet hjemme. For å si det sånn: de aller sykeste kan ikke behandles hjemme, og det er ikke sikkert at de pårørende tåler den belastningen dette innebærer heller. Er dette blitt vurdert eller overlates også dette til Oslo Kommune og resten av kommunene i hele landet? Rikshospitalet er og må forbli et spesialistsykehus og det er ikke det samme som et lokalsykehus.

Hvor skal vi gjøre av pasientene

Hvor skal de sykeste pasientene være i byggeperioden, de som ligger i isolat og ikke kan flyttes? Hvilket sykehus skal ta i mot dem? Det er ikke besvart.

I tillegg er det mange gode flotte nye bygg på Ullevål Sykehus som f. eks Kreftsenteret. Hvor skal pasientene på Kreftsenteret flyttes når Ullevål legges ned? Det er ikke plass på de andre sykehusene. Dette nevnes heller ingen steder. Disse planene er livsfarlige.

De store kostnadene til en sykehusløsning flertallet i Oslo ikke ønsker, som bystyret i Oslo er i mot og fagforeningene til over 20.000 ansatte har sagt nei til vil gå ut over hele regionen. Hvorfor gjøre de samme dumme feilene igjen og igjen? Kan man ikke lære av tidligere utførte feil på andre sykehusbygg og tenke riktig nå, dvs. lytte til fagfolk og ikke bare dyre konsulenter som kommer med utopiske forslag som ikke tåler realisme?! De glemmer bort viktige ting i planene, og lytter ikke til fagfolk. Oppryddingen er det andre som må sørge for, og det går igjen ut over pasientene og pårørende. Hvis Ullevåltomten blir solgt – kommer man til å måtte kjøpe den tilbake til x-ganger dyrere beløp, slik som historien viser med Aker?

Håper dere har fått nok tilbakemeldinger til å få lagt dette prosjektet død en gang for alle. Masse lykke til.

Til ettertanke

Jeg forstår ikke hvorfor man skal tjene penger på å drive sykehus. HSØ har en effektiviseringstanke og en bedriftstanke som ikke hører hjemme i sykehusdrift.

Hilsen

Hege Therese Grønhaug
Brekkelia 8F,
0882 Oslo



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.16:00
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-RBFZ
Innsendt av: Tormod Flatby Lindheim
E-postadresse: tormod.flatby@gmail.com
Mobilnummer: 99732308

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Uttalelsen er beskrevet i vedlegget
Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (høringsuttalelse beboer-4.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Frivillig lag, forening eller gruppe som ikke er registrert i Enhetregisteret
Oppgi navn på lag, forening eller gruppe Naboer i Gaustadveien og Sognsvannsveien
Adresse Gaustadveien 2b
Postnummer 0372 OSLO
E-post tormod.flatby@gmail.com

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde – Høringsinnspill

Som beboere i området, markabrukere og sykehusbrukere har vi flere bekymringer knyttet til planene:

1. Grønne områder/ Gaustadskogen/ bekken og turveier påvirkes
2. Sterk økning i støy
3. Den grønne åssiden fra Ring 3 mot marka brytes opp
4. Trafikksikkerheten i området forverres
5. Gaustad sykehus mister i sitt vern
6. Byggeplass over svært lang tid
7. Lokalsykehus på bekostning av landsdekkende funksjoner
8. Lite helsefremmende sykehusarkitektur

1. Grønne områder påvirkes negativt

Gaustadskogen og bekken er i dag definert som et stilleområde av kommunen. Området benyttes i rekreasjon, lek, trening og friluftsliv av svært mange; barnehager, sykehuspasienter, turgåere, skoleklasser, familier/barn/unge, skiløpere etc. og er en av innfartsårene til marka. Grønne områder, marka og markagrensen står alltid i fare for utbygging og bør vernes. Dette er områder en ikke kan erstatte Det å åpne for bygging av et stort sykehuskompleks rett ved skogen med påfølgende økt helikoptertrafikk vil være svært ødeleggende for området. Skogen benyttes også av pasienter som trenger friområder i nærheten av sykehuset i rehabilitering, rekreasjon og behandling. Dette skogsområdet med bekken, fugleliv, grønne enger og stier videre innover i marka er noe av det unike og fine med Rikshospitalet og bør ikke forringes.

2. Støy

Det planlegges en midlertidig helipad tett på Gaustadskogen. Like sør for den midlertidige helipaden planlegges nye permanente helipader. All helikoptertrafikk fra Ullevål og Rikshospitalet skal samles her. De nye redningshelikoptrene (SAR Queen), som vil utgjøre en betydelig del av trafikken, støyer betydelig mer enn dagens helikopter. Lufttrykket fra disse er så stort at det kan bli snakk om å stenge av deler av Gaustadskogen når SAR Queen skal lande eller ta av. Grønne områder, turveier, lekeplasser og ca. 100 beboere havner i gule/rød støysone. Dette vil kunne gi negative helseeffekter. I veileder T-1442 er "gul sone" en vurderingssone hvor kommuner bør vise varsomhet med å tillate etablering av nye boliger, sykehus, pleieinstitusjoner, fritidsboliger, skoler og barnehager". I tillegg bor det over 700 personer i innflygningssonen nord for Rikshospitalet. De som bor i nærheten (over 1 200 personer) vil oppleve dette som svært belastende. I tillegg kommer belastningen dette medfører for barnehager, skolevei, behandlingsinstitusjoner og sykehuspasienter som benytter området. Som beboere har vi bevisst valgt å flytte til et område med ro og skogen som nærmeste nabo. Vi som bor her får heller ikke anledning til å vurdere og reagere på støynivået fra de nye helikoptrene da det ikke gjøres prøveinnflyvninger (pga manglende landingsmuligheter). Vi er bekymret for hvordan det vil bli å bo her. Vi mener det ikke er gjort tilstrekkelig rede for hvor omfattende støyforurensingen vil bli for området og hvilken negativ helseeffekt dette vil kunne medføre.

3. Utsyn og åssiden forringes:

Plantegningene viser sykehusarkitektur med ruvende bygninger på sentrale deler av området. Det massive sykehusbygget er høyere enn det som er anbefalt for Oslo. Slike høye bygg vil fjerne lys, sol og luft fra omgivelsene. Noen av kvalitetene i området er nettopp lys, utsyn, og utsikt mot fjorden. Dette tapet gjelder ikke bare de av oss som mister utsikt direkte, men alle som beveger seg fra Kringsjø/ Sognsvann og ned mot byen. Byggene slik de er planlagt vil forringe strøkets karakter samt sol og skyggeforhold for de som beveger seg i og gjennom området (gående, syklende) og beboere og siktlinjene fra andre steder i byen. Da Rikshospitalet ble bygd i sin tid var utgangspunktet av det ikke skulle ruve i landskapet, men snarere ligge terrassert nedover i terrenget. Videre skulle Rikshospitalet ikke legge Gaustad i skyggen. Det oppleves som ureddelig at en nå fullstendig fraviker disse intensjonene. Vi mener det ikke foreligger grundige nok beskrivelser og illustrasjoner av hvordan bygningsmassene vil påvirke lys, utsyn og omgivelser.

4. Gaustad sykehus mister sitt vern

Helse Sør Øst sine planer innebærer en vesentlig konflikt med hensynet til kulturminneverdiene i området og ivaretagelsen av Gaustad sykehus som et frittliggende og tronende sykehusanlegg. Gaustads arkitektur, naturområder og rolige omgivelser med frukttrær, rådyr og hestehager har kvaliteter vi bør verne om. Byantikvaren frarådet forrige planalternativ sterkt, og vi anser at disse kommentarene fortsatt er gyldige for de nye planforslagene også.

5. Trafikksikkerheten i området forverres betydelig

Planforslaget tar ikke i tilstrekkelig grad hensyn til at det bor mange mennesker nord for området som er avhengig av Sognsvannsveien som går igjennom sykehusområdet. I tillegg er det allerede mye trafikk som en følge av flere barnehager i området, skolevei for mange barn, trafostasjonen og trafikk i forbindelse med bruk av marka. Belastningen på veiene her er store nok slik det er i dag. Vi mener det ikke er gjort tilstrekkelig rede for hvordan en vil løse trafikale utfordringer og vi mener dette bør utredes bedre.

6. Byggeplass i lang tid

Det er utfordringer knyttet til å bygge ut et sykehus og fremdeles opprettholde drift: rokadeprosjekter, byggestøy, midlertidige flyttinger etc. I en 10-15 års periode må en da bygge og drifte samtidig med belastning dette vil medføre for pasienter og personalet. Som sykehusbrukere har vi også bekymring knyttet til dette aspektet. Det legges derfor opp til en fasevis utbygging over en lang periode. Byggeperioden blir så lang at den for mange – spesielt barn og eldre – ikke vil oppfattes som midlertidig. Byggeperioden vil utgjøre store deler av barndommen til barn i området. Og den vil kunne utgjøre hele behandlingsperioden og slik få betydning for store deler av barndommen og alderdommen til barn og eldre som behandles for en rekke alvorlige / kroniske tilstander. Vi er også bekymret for at tidlige faser med et mindre omfang enn i de senere faser kan gi et feil inntrykk av byggeprosjektets virkelige omfang. Det er sannsynlig at økt behov for kapasitet fører til ytterligere utvidelser på en allerede alt for liten tomt. Økt omfang øker skadevirkningene. Det vil da være for sent å reagere. Vi mener sannsynlig fremtidig økt kapasitetsbehov, og hvordan en har tenkt til å løse disse utfordringene, ikke er beskrevet godt nok.

7. Lokalsykehus på bekostning av nasjonale funksjoner og for lite plass:

Som sykehusbrukere er vi bekymret for at planene om inkludering av lokalsykehusfunksjoner vil skje på bekostning av viktige landsdekkende funksjoner. Rikshospitalet har nasjonale og

regionale ansvarsområder og skal behandle alvorlig og/eller kronisk syke pasienter slik som transplantasjoner (hjerne, nyre, lunge, lever etc) og andre kompliserte spesialistoppgaver som krever tilrettelegging og lengre tids innleggelse. Dette innebærer mulighet for ro og tilrettelegging for hverdag i sykehuset. Vi er bekymret for at dette er lite forenlig med tempo og press knyttet til oppfølging av lokalpasienter og traume- funksjonene (ved Ullevål). På grunn av økt kapasitetsbehov, begrenset plass og kamp om prioriteringer er vi redd viktige funksjoner ved et Rikshospital vil tape; tilgang på basseng, muligheten for å benytte skogen i behandling, gode aktivitetsområder, familierom (for alle som reiser fra steder langt unna Oslo for å behandles ved Rikshospitalet) etc. Disse funksjonene er svært viktig for god behandling. Rikshospitalet er en forutsetning for å bevare lokale sykehus utover landet med ansvar for komplisert behandling som krever mengdetrening. Rikshospitalet er ikke et Oslosykehus, men et sykehus for hele landet. Videre er vi bekymret for at det vil vise seg at tomten ikke er tilstrekkelig stor til å kunne dekke fremtidens behov og krav til kvalitet og utvikling. Vi mener disse aspektene bør vurderes og utredes grundigere.

8. Lite helsefremmende arkitektur og enorme sykehusbygg:

Plantegningene viser massive sykehusbygg. Slike høye bygg vil fjerne lys, sol og luft fra omgivelsene. Vi er bekymret for at dette vil oppleves kaldt, fabrikkaktig og innestengt for pasienter. Det er godt dokumentert at lys, utsikt, grøntområder og nærhet til bakkeplan er viktige kvaliteter i forbindelse med sykehusbehandling og tilfriskning. Noen av kvalitetene i området er nettopp lys, utsyn, og utsikt mot fjorden. Da Rikshospitalet ble bygd i sin tid var utgangspunktet av det ikke skulle oppleves ruvende, men snarere gå inn i landskapet på en naturlig måte. Dette har gjort Rikshospitalet til et vakkert sykehus som det er godt å komme til som pasient. Vi er bekymret for at dette nå ødelegges. Vi mener en ikke har vurdert grundig nok de arkitektoniske løsningene som foreligger opp mot nyere forskning innen helsebygg og helsefremmende arkitektur.

Oppsummert;

Som beboere i området, Osloborgere, markabrukere og sykehusbrukere er vi bekymret for Helse Sørøst sine planer og håper konklusjonen blir å bevare Rikshospitalet, Gaustad og alle de fantastiske kvalitetene dette området har å by på for Oslo sin befolkning og landet forøvrig.

Kontaktpersoner

Tormod F. Lindheim
Gaustadveien 2b
Telefon: 99732308

Anne Holm Christensen
Gaustadveien 2 a
Telefon: 91663324

Lars Berg
Sognsvannsveien 35
Telefon : 977111616

Plan og Bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Saksnummer 201704683

Min mening om:

Kunngjøring om offentlig ettersyn - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

- 1. PBE baserer planforslagene på Gaustad på et samfunnskritisk behov for sykehus- areal og kapasitet i Oslo og regionalt. Undertegnede er ikke enig i at Oslo er i en slik samfunnskritisk situasjon for sykehus-areal/kapasitet at ikke PBE kan komme med et forslag som er byplanmessig og helsefaglig forsvarlig og som de kan stå inne for. Dette blir et av Norges største byggeprosjekter for et sykehus 100 år frem i tid. De fremlagte planforslagene til utbygging på Gaustad er ikke tilstrekkelig utredet til at de kan støttes.**
- 2. Planforslaget avviker fra føringer i Kommuneplanen 2015 og er i strid med høyhusstrategien for Oslo, med nær- og fjernvirkning. Bebyggelse og vei foreslås i grøntområder sør og vest for det fredete Gaustad sykehus. Forslaget har konsekvenser for naturmangfold langs Sognsvannsbekken og i nordre del.**
- 3. Planforslagene viser at det ikke er plass til nødvendig bygningsmasse til det nye sykehuset på denne tomten. Tomten er for liten.**
- 4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for å kunne tilpasses byens nye krav som følge av vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig arealreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.**
- 5. Planen forutsetter at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.**
- 6. Vi er sterkt kritiske til flyttingen av ROS-pasienter fra Gaustad til Aker.**
- 7. Vil sykehusene få en økonomi som gjør dem i stand til å bidra til den forventede nedbetalingen av lån til sykehusutbyggingen, uten at det går ut over deres faglige standard?**
- 8. I beredskapsmessig sammenheng er det avgjørende at et sentralsykehus har flere gode adkomstmuligheter. Planforslagene viser bare én fullverdig adkomst. Hva skjer hvis den blir blokkert? Tomtens beliggenhet gjør det vanskelig å løse adkomsten på en tilfredsstillende måte. Erfaringen med pandemien gjør at det også stilles spørsmål ved om det er fornuftig med høyhus og så stor bygningsmasse samlet på et sted.**
- 9. Anleggsfasen vil vare i 10-15 år, med riggområder i friområder og en av anleggsatkomstene skal gå gjennom tilliggende boligområde. Hva vil det evt koste å kompensere/kjøre ut berørte naboer? Tas det med i regnestykket?**
- 10. Hva vil redusert antall behandlede pasienter i byggeperioden bety i form av tapt inntjening for sykehuset og konsekvenser for pasienter som trenger behandling på Rikshospitalet?**
- 11. Med et stort antall helikopterbevegelser harmonerer det dårlig med støvforskrifter, nabo-hensyn og markatenkningen.**
- 12. Tomten ble allerede i år 2000, da Rikshospitalet ble innviet, ansett som ferdig utbygget.**

- 13. Riksantikvarens innspill om at Gaustad har nasjonal interesse med kulturminneverdi er også viktig å lytte til.**
- 14. Rikshospitalet er blant de delene av OUS som har minst behov for opprustning. Utbyggingskabalen medfører at relativt nye lokaler på 28.000 kvm. må rives for å kunne bygge nytt. Flyttekabalene medfører likeledes at velfungerende og spesialtilpassede sykehusbygg må rives på Ullevål. Hva dette betyr i et klima- og miljøregnskap er ikke utredet.**
- 15. Arealet på Gaustad er i dag et godt fungerende, vellykket og harmonisk utbygget område. Det er verken riktig eller nødvendig å bryte opp og ødelegge dette området når det finnes et alternativt areal på Ullevål hvor det blant annet er 110.000 kvm velfungerende sykehusareal. Ifølge utredninger er tomten tilstrekkelig stor, har gode adkomstmuligheter og ligger i rimelig nærhet til forskningsinstitusjonene. Ullevål/Aker-alternativet er beregnet til å være over 20 milliarder kr rimeligere å gjennomføre enn Gaustad/Aker-alternativet. Det er uforståelig at gode og faglige spesialfunksjoner som f.eks traumeavdelingen og CBNR-senteret ved Ullevål skal rives opp.**
- 16. Planforslagene må få en reell behandling hvor det tas hensyn til byplanmessige konsekvenser, helsetjenestene og økonomi for samfunnet som helhet, og hvor det ikke henvises til argumenter som tidsnød og mangel på tomter.**

Private innspill fra:
Anita Asdahl Hoff
Elin Horn Galtung
Anne-Marit Lie
Frances Simonsen
Bydel Vestre Aker

Uttalelse

Av: Anne Leifsdatter Grønlund, privatperson

Som innbygger i bydel Nordre Aker stiller jeg meg svært kritisk til planene om utbygging av storsykehus på Gaustad. Mine innspill handler hovedsakelig om trygg ferdsel og kvaliteten på området for byens innbyggere.

Jeg er ikke direkte nabo til Rikshospitalet, men bruker området aktivt. Barnehagen mine barn går i (og svært mange andre barnehager og skoler) har Gaustadskogen som sin viktigste og nærmeste nærskog, selv om det er gode 20 minutters gange dit. Oslos grøntområder bygges ned eller forringes bit for bit. La det ikke skje mot bedre viten i dette tilfellet.

De forelagte planene har store, negative konsekvenser for Gaustadskogen, Gamle Gaustad sykehus og for bruken av området til friluftsliv, rekreasjon og som markainngang:

- 1) Helikoptertrafikk: Det er planlagt en midlertidig (8+ år) helikopterlandingsplass på sykehusets vestsida, rett inn mot skogen. Landingsplassen skal tilrettelegges for de nye og kraftige SAR Queen redningshelikoptrene, men også ta unna ordinær helikoptertrafikk da den eksisterende plattformen skal rives som en del av byggeprosessen. All informasjon om dette er utelatt fra planforslaget, men like fullt planlagt i nær sammenheng med dette. Arbeidet med landingsplassen har pågått parallelt med Gaustadprosjektet uten at interesseorganisasjoner, bydelene eller andre høringsinstanser har blitt gjort kjent med planene eller konsekvensene. Å fragmentere saken på denne måten er å føre innbyggere, høringsinstanser og politikere bak lyset.
 - a. Liv og helse: Vi har etter hvert nok erfaringer fra testlandinger andre steder med de nye SAR Queen redningshelikoptrene til å vite at dette ikke vil være forenelig med bruk av skogen rundt. Ifølge NRK er det gjort beregninger som viser at man kan forvente luftstrømmer inntil storm styrke i 50 meter radius under det nye SAR Queen-helikopteret. Den hittil siste reportasjen fra en test-landing i Trondheim viste at vinduet på en ambulanse ble smadret og en person ble skadet under landing. Vindkreftene er enda sterkere under avgang. Selv om den midlertidige landingsplattformen legges høyt over bakken vil trærne i Gaustadskogen utsettes for voldsomme vindkrefter. Det vil med andre ord være livsfarlig å oppholde seg der når disse helikoptrene lander og letter.
 - b. Støy: Den nordgående helikoptertrafikken til/fra den nye landingsplattformen vil etter all sannsynlighet legge deler av skogen i rød støysone. Det står gul sone oppgitt i planforslaget, men ikke i forbindelse med konsekvenser for skogen. Støyberegninger viser at støytrykket på fasadene vil ligge mellom 95-113 dB. Dette er forslagsstillerne informert om. Allikevel står det i planforslaget at «*Planforslaget legger opp til at det skal være god tilgang til stille områder, som eksempelvis Gaustadskogen vest for planområdet*».
- 2) Direkte påvirkning på naturen:
 - a. Helikopter: Landingsplattformen som blir liggende tett på Sognsvannsbekken skal utstyres med både fyllstasjon for drivstoff og skumslukkeanlegg som kan ha negativ effekt på vassdraget, blant annet under testing av skumslukkeanlegg.

- b. Nedbygging av natur: Planforslaget, med murer helt ned til 5 meter fra Sognsvannsbekken har negative konsekvenser for naturmangfoldet langs Sognsvannsbekken.
 - c. Fjerning av gamle trelunder: Ved gamle Gaustad sykehus vil eldgamle trær måtte vike for vei. Dette er ikke forenelig med ivaretagelse av Gaustad sykehus som kulturminne.
- 3) Anleggstrafikk: Planene legger opp til massiv anleggstrafikk over mange år forbi friområdet og via bro over Sognsvannsbekken. Dette vil føre til *støy*, store mengder *støv*, redusert ankomst og potensielt trafikkfarlige situasjoner. Konsekvensene av dette er ikke tilstrekkelig beskrevet i planforslaget eller tilhørende dokumenter.
- 4) Størrelse: Sykehuset skal bygges som høyhus på opptil 52 meters høyde. Den massive bygningsstrukturen vil forringe opplevelsen av å være i et rolig, *grønt* landskap i Gaustadskogen. Opplevelsen av det vernede kulturminnet Gaustad sykehus vil forringes av de høye bygningene.
- 5) Det er for mye sykehus på for liten plass: Jeg er bekymret for sykehuskapasiteten i framtiden hvis vi bygger ut Gaustadtomta og selger Ullevål. Da selger vi samtidig de gjenværende tomtereservene og en evt utbygging på Gaustad vil uungåelig måtte gå på bekostning enten av Gaustadskogen eller av gamle Gaustad sykehus.

Oppsummert: Prosjektet bringer med seg mange og store ulemper for området, men få fordeler. Prosjektet strider mot eksisterende kommuneplan og regulering. Prosjektet vil alvorlig forringe viktige natur- og friluftsområder. Prosjektet setter framtidig sykehuskapasitet og pasientsikkerhet i risiko. Jeg kan ikke se at det kan være mulig å få tilpasset planene tilstrekkelig innenfor rammene av Gaustadtomta. Jeg håper planene for storsykehus på Gaustad kanselleres og at andre alternativer utredes, slik det burde vært gjort fra starten.

Beboere i Sognsvannsveien 29, 31, 33, 1b og Gaustadveien 7

Villabakken

0372 Oslo,

den 7. juni 2021

Plan-Bygningsetaten Oslo kommune

Detaljregulering med konsekvensutredning for Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde

Høringsinnspill fra beboere i Villabakken (PBE 201704683)

1. Oppsummering av innspill fra Villabakken

- Såkalt midlertidig anleggsaktivitet er i realiteten en varig periode på 15 år.
- Det er en alvorlig mangel ved Planforslaget at landingsområdene for helikoptre i byggefase 1 ikke er angitt. Vårt nærområde vil trolig bli belastet med inn/utflyging av helikoptre fra bakkebaserte landingsområder i 10-15 år. Særlig bekymringsfullt er dette da landingsområdene skal betjene tunge helikoptre som SAR Queen og Forsvarets 412. Dette må konsekvensutredes.
- F2 må bygges inn i bakken og gis ikke høyere profil enn dagens anlegg. Fabrikkpipene må plasseres lengst syd i området F2 og bort fra boligområdet. Aggregater og vifter må støydempes og eksos må renses.
- Konsekvensutredningen av trafikkbildet i anleggsfasen er mangelfull. Veier der barn ferdes til skoler og barnehager må sikres.
- Støykart må oppdateres slik at de dekker støy, inkludert maksstøy, fra de største helikoptrene både ved midlertidige og endelige landingsplattformer. Prosjektet må beskrive avbøtende tiltak for støyreduksjoner fra sykehusområdet. Bygningsmessige støyreducerende tiltak må bli vurdert i samråd med beboere.
- Byggherre må forholde seg til retningslinjer gitt T-1442/16 i anleggsperioden hva angår støy, trafikk, anleggsarbeider og arbeidstid.

2. Om Villabakken

Boligene i Villabakken, det vil si Sognsvannsveien 29, 31, 33 og Gaustadveien 7 ble bygget i 1921-1927 som del av den gang Gaustad Asylet. Sammen med Sognsvannsveien 1b utgjør vi et felleskap som kalles Villabakken. Boligene i Villabakken huser 13 voksne og fem barn hvorav tre er i barnehage/småskolealder. I tillegg inkluderer boligområdene på Gaustad, nord for planområdet ca. 1500 personer fordelt på 600 husstander, hvorav over 300 barn, de fleste i barnehage eller småskolealder. For boligområdet innebærer planforslaget svært negative konsekvenser for boligområdet både under den lange anleggsperioden (10-15 år) og når sykehuset står ferdig. Anleggsarbeider og enorme bygg vil forringe helse og livskvalitet for barn og voksne ved:

- Pulserende og sammensatt støy fra helikoptre og anleggsarbeid.
- Stor anleggstrafikk og stadig endrede trafikk mønstre
- Nedbygging av tilliggende grøntområder og lekearealer
- Forringelse av parkanlegg og det fredede Gaustad Sykehus
- Forringet utsikt og lysforhold, særlig for husene nærmest

Selv om Villabakken ligger noen meter lenger unna anleggsområdet enn det f.eks. Gaustadtunet sameie gjør, er konsekvensene betydelige også for oss. Miljøbelastningene, spesielt i anleggsperioden, vil forringe verdien av eiendommene. Vi vil ikke utelukke at det kan bli aktuelt med erstatningskrav. For øvrig står det påfallende lite om hvilke konsekvenser sykehusprosjektet har for boligbebyggelsen og beboerne nord for anleggsområdet. Dette er knapt behandlet i plandokumentet som ellers langt (256 sider) og detaljert.

3. Anleggsperioden kan ikke kalles midlertidig

Anleggsperioden i fase 1 er anslått fra 2022 til 2030, og en eventuell fase 2 fra 2030 til 2035. Dette tilsier en anleggsperiode på opptil 15 år. Anleggsperioden motsvarer en hel barndom, pensjonistalder, eller annen livsfase og er ingen midlertidig tilstand. Det betyr at helseskadelige miljøbelastninger, så som byggestøy, støvplager og anleggstrafikk, samt beslaglagte grøntområder til riggområder rundt oss, i realiteten blir av varig karakter. Det mener vi er uakseptabelt og underkommunisert i planforslaget og uforenlig med en komplett konsekvensvurdering.

4. Helikopterlandingsplasser må konsekvensutredes

Problemene som vil oppstå som følge av helikopteraktivitet på bakken i fase 1 er ikke behandlet i prosjektplanene. Det er uholdbart. Ved etablering av landingsområder på bakken i anleggsperioden må det legges til grunn at området skal betjene tunge helikoptre av typen SAR Queen (AW101) og Luftforsvarets Bell 412. Slike landingsområder eksisterer i dag ikke innenfor HSØ sine tomteområder på Gaustad.

Det er helt uakseptabelt å etablere en midlertidig helikopterplass med tusentals flybevegelser per år kloss oppi beboelsen, med dets leke og rekreasjonsområder. Med erfaringene fra St Olavs hospital i Trondheim, vil landingsområdene for SAR Queens helikoptre måtte legges flere hundre meter vekk fra boliger, offentlig og privat ferdsel. Kraftige rotorblader med løfteevne opp mot 20 tonn, vil gi lufttrykk som kan påføre nærområdene alvorlige helseskader og materielle skader. Slike forhold er til nå ikke utredet av prosjektorganisasjon eller påtalt av PBE.

Vi krever at PBE får avklart planene HSØ har for bruken av helikoptre i fase 1 og fase 2. Her må foretas vurderinger av trykkvirkninger og støymålinger, inkludert maksstøy. Naboer må inkluderes i de vurderinger som utredes.

Når landingsplassene på taket av høybyggene er etablert, sier fagrapporten svært lite om støy fra helikoptertrafikken. Beskrivelsene er utilstrekkelige og oppfyller ikke intensjoner og anbefalinger angitt i T-1442/M-128. Overskridelser av grenseverdier som er angitt i retningslinjene, vil påføre lokalbefolkningen helseskader som vanskelig kan forutsies. FHI trekker frem at søvnforstyrrelser er blant de alvorligste virkningene av støy i bomiljø.

I utredningen er det beregnet at det er 650 helikopterbevegelser om natten i løpet av et år, Planforslaget viser til at plattformene ligger høyt over bakken og med «vertikal innflygning og inn- og utflygningsflater orientert nord- og sørover, dekker støysonene arealer med lavere boligtetthet enn ellers i området». Dette "området" er rett over hustakene våre – og helt uakseptabelt.

Variasjoner i antall nattlige flygninger må inkluderes i konsekvensutredningen. Innflygningsmønstre påvirkes av krav om reaksjonstid, vær og vind og hyppighet av katastrofer, ulykker og pandemier. Helsekonsekvenser av støymåling og søvnforstyrrelser over tid er spesielt alvorlige for barn (Basner 2017). Støymålingene må utredes for hele boområdet rundt sykehuset.

Fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning møter ikke kravene i T-1442/M-158 blant annet ved at maksimalstøy nattetid ikke er gjort rede for. PBE burde ha avdekket disse manglene og pålagt HSØ å få gjennomført nødvendige utredninger på et langt tidligere tidspunkt.

Samarbeid og informasjon til lokalbefolkningen er lovpålagt og skulle vært iverksatt. Vi krever at støymålinger med aktuelle helikoptertyper blir iverksatt. Støyutredninger basert på slike målinger må danne grunnlag for risikovurderinger av helsemessige belastninger på nærområdene. Arbeidet må skje i samarbeid med naboer både i nord og vest. Skadevirkninger på barn og ungdom må tillegges særlig vekt. Når støymålingene er korrekt kartlagt vil en se at det å legge en flyplass med ca. 3000

flybevegelser i året rett ved et boligområde, inkludert leke og rekreasjonsområder er helt uakseptabelt.

5. Riggområder kan ikke ødelegge et viktig friområde

Det planlegges riggområder tett opp til Gaustadtunet som er nærmeste nabo til anleggsområdet. Dette området er et friområde som i dag blir brukt til lek og ballspill for barn fra nabolaget, også våre barn leker der. Blomsterengene mot nord er økologisk viktige og blant få plasser på Gaustad hvor våre og andres barn kan drive med uorganisert lek. Rådyrfamiliene som holder til i skogen nord og øst for Gaustad sykehus har i årtier hatt sitt daglige tråkk her, på vei til Sognsvannsbekken for å drikke. Her ligger også en mye benyttet turvei som binder Gaustad parkområdet til Sognsvannsbekken og marka. Bruken av dette området har økt kraftig under pandemien. Det er i fase 2 planlagt to brakkerigger nord for nye teknisk sentral F2. Det er også i fase 1 planlagt brakkerigger rett ved der hvor fotballbanen ligger i dag. Brakkeriggerne vil spise opp mye av det verdifulle friarealet. Det er for øvrig ikke angitt noen høyde (antall etasjer) på de planlagte brakkeriggene. Det er ikke holdbart. Belagte områder vil dermed medføre et sterkt forringet boligmiljø rundt Gaustadtunet generelt og for barna spesielt. Såkalte avbøtende tiltak kan ikke redusere belastningene som naboer og beboere på Gaustad vil bli påført av riggbebyggelsen og etter hvert de nye sykehusbyggene. Omfattende rasering av vårt nærmiljø vil skje allerede fra første spadetak. Vi krever at dagens friområde fortsatt bevares for lek, rekreasjon og turaktivitet også i anleggsperioden. Riggområdet må være et annet sted.

6. Bygg Q forringer lysforhold og utsikt

Vi vil understreke det uakseptable i å utvide ny teknisk sentral, bygg F2, med to 40 meter høye piper helt opp til byggegrensen. Dette vil si rett utenfor stuevindue til Sognsvannsveien 28A-D. Nåværende teknisk sentral gir støy og luftforurensing fra tyngre anleggsmaskiner tilknyttet senteret. Motorstøy fra diesel aggregatene gjør at vi må holde soveromsvinduer lukket når aggregater og vifter benyttes. Vi krever at F2 nordover mot Gaustadtunet bygges inn i bakken/skråningen og at bygget ikke får høyere profil enn dagens bygg. Veien nord for området må legges på tilsvarende måte ned i terrenget. Vi krever og at det foretas støydemping av aggregater og vifter. Det må vurderes om dagens piper kan benyttes også for det nye tekniske området. De høye pipene må i alle tilfelle plasseres godt borte fra boligområdet. I byggefase 2 er det planlagt å oppføre et fire-etasjes bygg, Q, rett ved Gaustadtunet. Fire høye etasjer i bygning Q gir en fasade på ca. 20 m og bryter dermed med planforslagets arkitektoniske prinsipp med fallende høyder mot nord. Bygg Q vil sperre for utsikten sydover og hindre utsyn mot kulturbebyggelsen på Gaustad sykehus. Bygg Q er mer enn dobbelt så høyt som rekkehusene på Gaustadtunet. Planforslaget beskriver ikke skyggevirkningene for nær bebyggelse fra bygg Q eller F2 for vintermånedene. Dette er uakseptabelt. Planforslaget har en rekke illustrasjoner over hvordan det nye sykehuset vil se ut fra ulike steder i omgivelsene. Derimot er virkningene sett nordfra stort sett utelatt. De ruvende sykehusbygningene med svært reduserte randsoner vil være negative for naboer og boligområdene rundt oss. Utsikten fra våre boliger sørover mot Gaustad sykehus, Oslo, Bygdøy, Fornebulandet og fjorden blir sterkt forringet.

7. Det må lages en konkret og sikker trafikkplan

I hele utredningsmaterialet omtales trafikk kun for den nedre delen av anlegget. Men også dette er overflatisk behandlet. Av-og-påkjøringen til og fra Ring 3 er allerede i dag sterkt trafikkert. Det nye sykehuset vil forsterke dette betydelig. Vi antar at det vil være et betydelig behov for transport til bygg F2 som vil ligge i nord opptil oss. Støyforskriften T 1442 er omtalt og vi forutsetter at den etterlevs i alle aktiviteter i dette området.

Vi er bekymret for anleggstrafikk i boligområder. Vi antar også at, selv om Sognsvannsveien legges om tidlig i arbeidene, vil den ikke alltid være operativ under byggingen i nedre del av området. Vi tror det vil bli behov for tilgang til nordre del av anlegget fra nord via Nordbergveien og Gaustadveien. Det samme gjelder trafikken til boligområdene i nord. Da må det tas hensyn til myke trafikanter og spesielt barn fra hele boligområdet som benytter Gaustadveien på sin vei til Kringsjø skole og de mange barnehagene i området. Vi krever at det lages en plan og konsekvensutredelse for dette scenario, som også inkluderer transport for beboere på Gaustad. Vi krever at OUS opparbeider en konkret og sikker trafikkplan, som også sikrer barn og andre myke trafikanter. Skoleveiene nord for anleggsområdene må sikres.

8. Konklusjon

Fra Villabakken har vi fulgt Gaustad og Rikshospitalet gjennom flere tiår. I sin tid ble Rikshospitalet beskrevet som "Det humanistiske sykehus" med lav bebyggelse og nær kontakt til naturen. Det nåværende Rikshospitalet er godt tilpasset det vernede Gaustad sykehus, naturen og boligområdene i nord. Planforslaget, som nå er lagt ut til høring, står i skarp motsetning til dette. Med tårnbygg på 53 m høyde og en kompakt bygningsmasse på til sammen 160.000 m², forsterker planforslaget inntrykket av at man her forsøker å presse inn et altfor stort sykehus på en altfor liten tomt. Dette skjer på bekostning av ødeleggelse av verdifull natur, kulturmiljøer samt oppvekst- og levevilkår for innbyggerne på Gaustad.

Med hilsen

Vivi Mathiesen, på vegne av beboerne i

Sognsvannsveien 29, 31, 33, 1b og Gaustadveien 7; "Villabakken"



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.17:48
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-RBRZ
Innsendt av: Kristian Qvigstad
E-postadresse: kristian@nyc.no
Mobilnummer: 91185932

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse

Det er kun et sted i Oslo at Nordmarka strekker seg helt ned til Ringveien. Det er fra Sognsvann og Vettakollen og ned gjennom Gaustadskogen, helt inntil Rikshospitalet, og langs tomten som nå foreslås utbygget. Oslos mest sentrumsnære skog benyttes av utallige barnehager, skoleklasser og lokalbefolkning. I tillegg er det nettopp her skiturer i Nordmarka kan avsluttes bare 150 meter fra Ringveien og T-banen, Trikken og Flybussen. Gaustadskogens verdi som naturområde vil forsvinne i skyggen av disse høye tårnene. Det var en grunn til at Rikshospitalet ble vedtatt bygget med lave høyder da man ofret byens nest største bondegård, Gaustad gård og Gaustadjordene for 20 år siden.
M.v.h. Kristian Qvigstad, Osloentusiast

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.18:10
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RDBZ
Innsendt av: Lilian Anita Asdahl Hoff
E-postadresse: anita@hoff.as
Mobilnummer: 91853398

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

1. Dette blir et av Norges største byggeprosjekter for et sykehus 100 år frem i tid. De fremlagte planforslagene til utbygging på Gaustad er ikke tilstrekkelig utredet til at de kan støttes.
2. Planforslaget avviker fra føringer i Kommuneplanen om høyhusstrategien for Oslo, med nær- og fjernvirkning. Bebyggelse og vei foreslås i grøntområder sør og vest for det fredete Gaustad sykehus. Forslaget har konsekvenser for naturmangfold langs Sognsvannsbekken.
3. Planforslagene viser at det ikke er plass til nødvendig bygningsmasse til det nye sykehuset på denne tomten.
4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for å kunne tilpasses byens nye krav som følge av vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig arealreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.
5. Planen forutsetter at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.
6. Vi er sterkt kritiske til flyttingen av ROS-pasienter fra Gaustad til Aker.
7. Vil sykehusene få en økonomi som gjør dem i stand til å bidra til den forventede nedbetalingen av lån til sykehusutbyggingen, uten at det går ut over deres faglige standard?



8. I beredskapsmessig sammenheng er det avgjørende at et sentralsykehus har flere gode adkomstmuligheter. Planforslagene viser bare én fullverdig adkomst. Hva skjer hvis den blir blokkert? Tomtens beliggenhet gjør det vanskelig å løse adkomsten på en tilfredsstillende måte. Erfaringen med pandemien gjør at det også stilles spørsmål ved om det er fornuftig med høyhus og så stor bygningsmasse samlet på et sted.

9. Anleggsfasen vil vare i 10-15 år, med riggområder i friområder og en av anleggsatkomstene skal gå gjennom tilliggende boligområde. Hva vil det evt koste å kompensere/kjøpe ut berørte naboer? Tas det med i regnestykket?

10. Hva vil redusert antall behandlede pasienter i byggeperioden bety i form av tapt inntjening for sykehuset og konsekvenser for pasienter som trenger behandling på Rikshospitalet?

11. Med et stort antall helikopterbevegelser harmonerer det dårlig med støvforskrifter, nabo-hensyn og markatenkningen.

12. Tomten ble allerede i år 2000, da Rikshospitalet ble innviet, ansett som ferdig utbygget.

13. Riksantikvarens innspill om at Gaustad har nasjonal interesse med kulturminneverdi er også viktig å lytte til.

14. Rikshospitalet er blant de delene av OUS som har minst behov for opprustning. Utbyggingskabalene medfører at relativt nye lokaler på 28.000 kvm. må rives for å kunne bygge nytt. Flyttekabalene medfører likeledes at velfungerende og spesialtilpassede sykehusbygg må rives på Ullevål. Hva dette betyr i et klima- og miljøregnskap er ikke utredet.

15. Arealet på Gaustad er i dag et godt fungerende, vellykket og harmonisk utbygget område. Det er verken riktig eller nødvendig å bryte opp og ødelegge dette området når det finnes et alternativt areal på Ullevål hvor det blant annet er 110.000 kvm velfungerende sykehusareal. Ifølge utredninger er tomten tilstrekkelig stor, har gode adkomstmuligheter og ligger i rimelig nærhet til forskningsinstitusjonene. Ullevål/Aker-alternativet er beregnet til å være over 20 milliarder kr rimeligere å gjennomføre enn Gaustad/Aker-alternativet. Det er uforståelig at gode og faglige spesialfunksjoner som f.eks traumeavdelingen og CBNR-senteret ved Ullevål skal rives opp.

16. Planforslagene må få en reell behandling hvor det tas hensyn til byplanmessige konsekvenser, helsetjenestene og økonomi for samfunnet som helhet, og hvor det ikke henvises til argumenter som tidsnød og mangel på tomter.

Last opp eventuelle vedlegg

Vedlegg til uttalelse (Brev til Plan og Bygningsetaten Gaustad.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Plan og Bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Saksnummer 201704683

Min mening om:

Kunngjøring om offentlig ettersyn - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

- 1. PBE baserer planforslagene på Gaustad på et samfunnskritisk behov for sykehus- areal og kapasitet i Oslo og regionalt. Undertegnede er ikke enig i at Oslo er i en slik samfunnskritisk situasjon for sykehus-areal/kapasitet at ikke PBE kan komme med et forslag som er byplanmessig og helsefaglig forsvarlig og som de kan stå inne for. Dette blir et av Norges største byggeprosjekter for et sykehus 100 år frem i tid. De fremlagte planforslagene til utbygging på Gaustad er ikke tilstrekkelig utredet til at de kan støttes.**
- 2. Planforslaget avviker fra føringer i Kommuneplanen 2015 og er i strid med høyhusstrategien for Oslo, med nær- og fjernvirkning. Bebyggelse og vei foreslås i grøntområder sør og vest for det fredete Gaustad sykehus. Forslaget har konsekvenser for naturmangfold langs Sognsvannsbekken og i nordre del.**
- 3. Planforslagene viser at det ikke er plass til nødvendig bygningsmasse til det nye sykehuset på denne tomten. Tomten er for liten.**
- 4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for å kunne tilpasses byens nye krav som følge av vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig arealreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.**
- 5. Planen forutsetter at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.**
- 6. Vi er sterkt kritiske til flyttingen av ROS-pasienter fra Gaustad til Aker.**
- 7. Vil sykehusene få en økonomi som gjør dem i stand til å bidra til den forventede nedbetalingen av lån til sykehusutbyggingen, uten at det går ut over deres faglige standard?**
- 8. I beredskapsmessig sammenheng er det avgjørende at et sentralsykehus har flere gode adkomstmuligheter. Planforslagene viser bare én fullverdig adkomst. Hva skjer hvis den blir blokkert? Tomtens beliggenhet gjør det vanskelig å løse adkomsten på en tilfredsstillende måte. Erfaringen med pandemien gjør at det også stilles spørsmål ved om det er fornuftig med høyhus og så stor bygningsmasse samlet på et sted.**
- 9. Anleggsfasen vil vare i 10-15 år, med riggområder i friområder og en av anleggsatkomstene skal gå gjennom tilliggende boligområde. Hva vil det evt koste å kompensere/kjøre ut berørte naboer? Tas det med i regnestykket?**
- 10. Hva vil redusert antall behandlede pasienter i byggeperioden bety i form av tapt inntjening for sykehuset og konsekvenser for pasienter som trenger behandling på Rikshospitalet?**
- 11. Med et stort antall helikopterbevegelser harmonerer det dårlig med støvforskrifter, nabo-hensyn og markatenkningen.**
- 12. Tomten ble allerede i år 2000, da Rikshospitalet ble innviet, ansett som ferdig utbygget.**

- 13. Riksantikvarens innspill om at Gaustad har nasjonal interesse med kulturminneverdi er også viktig å lytte til.**
- 14. Rikshospitalet er blant de delene av OUS som har minst behov for opprustning. Utbyggingskabalen medfører at relativt nye lokaler på 28.000 kvm. må rives for å kunne bygge nytt. Flyttekabalene medfører likeledes at velfungerende og spesialtilpassede sykehusbygg må rives på Ullevål. Hva dette betyr i et klima- og miljøregnskap er ikke utredet.**
- 15. Arealet på Gaustad er i dag et godt fungerende, vellykket og harmonisk utbygget område. Det er verken riktig eller nødvendig å bryte opp og ødelegge dette området når det finnes et alternativt areal på Ullevål hvor det blant annet er 110.000 kvm velfungerende sykehusareal. Ifølge utredninger er tomten tilstrekkelig stor, har gode adkomstmuligheter og ligger i rimelig nærhet til forskningsinstitusjonene. Ullevål/Aker-alternativet er beregnet til å være over 20 milliarder kr rimeligere å gjennomføre enn Gaustad/Aker-alternativet. Det er uforståelig at gode og faglige spesialfunksjoner som f.eks traumeavdelingen og CBNR-senteret ved Ullevål skal rives opp.**
- 16. Planforslagene må få en reell behandling hvor det tas hensyn til byplanmessige konsekvenser, helsetjenestene og økonomi for samfunnet som helhet, og hvor det ikke henvises til argumenter som tidsnød og mangel på tomter.**

Private innspill fra:
Anita Asdahl Hoff
Elin Horn Galtung
Anne-Marit Lie
Frances Simonsen
Bydel Vestre Aker

Fra: Advokat Kjersti Patricia Amundsen

Til: Oslo Plan- og bygningsetat

7. juni 2021

Høringsuttalelse

Det vises til kunngjøring om Offentlig ettersyn, detaljregulering med konsekvensutredning Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde (saksnr. 201704683) og Trondheimsveien 235, Aker sykehusområde (saksnr. 201704677).

Hovedinnvendingene mot forslaget er:

Et avgjørende premiss for planforslagene som er lagt ut til offentlig ettersyn er et såkalt «målbilde» for utviklingen av nye OUS som omfatter utbygging av nye sykehus på Aker og Gaustad. Målbildet gir imidlertid anvisning på dårlige løsninger både for sykehusdriften og omgivelsene. Dette skyldes bl.a. at flere av reglene i Veilederen for Tidligfasen i Sykehusbyggprosjekter er ikke fulgt. Eksempelvis:

- Tomtevalg ble avgjort uten at plan- og bygningsfaglige fordeler og ulemper var avklart. Det foreløpige forslag som ble lagt frem for Byrådet i 2016 var basert på forutsetninger som ikke lot seg gjennomføre. Nåværende forslag bryter på flere punkter med de premisser som Byrådet den gang ga.
- Tomtevalget ble avgjort uten at fordeler og ulemper ved alternative lokaliseringer var utredet.
- Konsekvensutredning ble ikke foretatt før tomtevalg var avgjort.
- Sykehusfaglige behov, som er hele prosessens mål, ble ikke forsvarlig vurdert før etter at tomtevalg var avgjort.

Viktige forhold er utelatt fra ROS-analysen.

Måten planene er lagt frem på, som detaljregulering av to tomter i stedet for områderegulering ihht PBL § 12-2, gjør at konsekvensene av helheten i prosjektet og virkningene utenfor hver av de to tomtene "forsvinner".

Jeg vil i det følgende utdype de ovennevnte punktene.

Høringsforslaget bygger på HSØs målbilde, fastsatt av Helseministeren som foretaksmøte for HSØ 24. juni 2016. Målbildet fastsatte at fremtidig utvikling av OUS skulle foregå på to tomter, Aker og Gaustad, i henhold til en fastsatt funksjonsfordeling: et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.¹

¹<https://www.regjeringen.no/contentassets/a992ef9163a54e4a98aad4e8908d54e/protokollhelsesorost24062016.pdf>

Dermed avskar målbildet samtidig videre vurdering av andre lokalisasjoner for fremtidig utvikling av Nye OUS, bl.a. på Ullevål sykehus.² Den eneste forklaringen på hvorfor Ullevål-tomta skal selges i stedet for å brukes til å dekke fremtidig behov for sykehus kan utledes av styreleder i HSØ, Svein Gjedrems, uttalelse om at «tomta er mer verdt som boligtomt».

I denne høringsuttalelsen vil jeg fokusere på konsekvenser av målbildet og løsningene som der er valgt for vurderingen av reguleringsplanforslagene som nå er på høring.

Målbildet som ble fastsatt av foretaksmøtet er en beslutning som er fattet i medhold av helseforetaksloven og har i seg selv ingen rettslig betydning for Oslo kommunes utøvelse av sin myndighet i medhold av plan- og bygningslovens regler. Imidlertid får målbildet stor faktisk betydning fordi det blir styrende for hvilke planforslag kommunen får til vurdering. Dersom målbildet lider av mangler vil dette dermed også få uheldige konsekvenser for planprosessen, fordi planprosessen blir orientert om forslag som allerede i utgangspunktet gir anvisning på dårlig utredede eller uhensiktsmessige løsninger fra et planfaglig (og sykehusfaglig) synspunkt.

For å unngå at slike problemer oppstår er det fastsatt egne regler for utbygging av sykehusprosjekter. Disse fremgår av Veileder for Tidligfasen i Sykehusbyggprosjekter.³ Veilederen gir både prosessuelle og materielle regler for planleggingsfasen av nye sykehusbygg. Et viktig poeng med Veilederen er å avklare de plan- og bygningsfaglige fordelene og ulempene ved alternative lokaliseringer før det treffes beslutninger om lokalisering og tomtevalg. Det vises til Veilederens kapittel 6. I saker hvor Konsekvensutredning er påkrevet, som i de angjeldende plansakene på Aker og Gaustad, bør denne gjennomføres før lokalisering og tomtevalg besluttes. I de foreliggende sakene på Aker og Gaustad har Konsekvensutredningen etter plan- og bygningsloven blitt gjort som det siste trinn i HSØs utredningsprosess så langt. Videre skal prosessen starte med grunnlag i en Utviklingsplan, for å sørge for at arbeidet innledes med utgangspunkt i de sykehusfaglige behovene som er målet for prosessen. Utviklingsplanen for Nye OUS forelå ikke før i 2018.⁴ Det skal i denne sammenheng nevnes at en oppnevnt arbeidsgruppe bestående av Norges fremste akuttmedisinske tverrfaglige ekspertise først ble oppnevnt etter at lokaliseringsspørsmålet var avgjort. Gruppen skrev i sin rapport:

”Det er en unison undring om hvorfor ikke fagmiljøene fikk komme med sine innspill før disse føringene ble besluttet.”

Ledelsens reaksjon på rapporten var å skrive en egen “alternativ” rapport, som de ba

² Det ble påpekt i ekstern kvalitetskontroll før målbildet ble fastsatt at dette var for tidlig: «OPAK og Metier mener det derfor ikke på nåværende tidspunkt kan tas en beslutning om å gå videre med kun alternativ 3 sammen med nullalternativet til konseptfasen. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes. I tillegg bør man se på flere versjoner av første etappe. Ut fra det som er avdekket i kvalitetssikringen synes det heller ikke særlig realistisk å starte med å samle regionsfunksjoner på Gaustad slik rapporten anbefaler.» <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20idéfasen%2020161102.pdf> s. 15.

³ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>. Tidligfaseveilederen som ble vedtatt i 2017 avløste en tidligere veileder, og skulle tas i bruk ved første faseovergang.

⁴ [Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Utviklingsplan%20Oslo%20universitetssykehus%202018.pdf)

Arbeidsgruppen kommentere.

Arbeidsgruppen svarte:

” Ingen i arbeidsgruppen ønsker å knyttes opp mot denne alternative rapporten.”

Det ovenstående betyr at tomtevalget ble gjort før vesentlige planfaglige og sykehusfaglige forutsetninger av stor betydning for prosjektet var gjennomført.

Jeg ønsker i denne forbindelse å vise til en juridisk rapport⁵ som ble offentliggjort i 2019 som bl.a. omhandler forholdet til Tidligfaseveilederen hvor dette er omtalt. Det vises særlig til omtalen i punkt 4.2 og 4.3. Jeg vil nedenfor fremheve konkrete forhold ved den videre saksbehandlingen hvor mangler i den tidligere prosessen spiller inn for de vurderingene som Oslo kommune skal gjøre i regulerings sakene.

For det første var forslaget om utbygging av Gaustad som ble forelagt for Byrådet i 2016 for en foreløpig planfaglig vurdering misvisende fordi forslaget omfattet at det skulle bygges lokk over Ring 3.⁶ Dette betydde at tomten på dette tidspunktet omfattet et mye større areal, byggene var lavere og bedre tilpasset terrenget og lokket over Ring 3 tilførte både sykehusområdet og omgivelsene mange kvaliteter.⁷ Byrådets vurdering var positiv til Gaustad, men med forbehold om en full senere behandling og på følgende viktige vilkår:

«...grøntdraget på vest- og nordsiden av det «nye» 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 I. byggetrinn.»⁸

Slik planene nå ser ut er det åpenbart at de er svært annerledes enn de ble presentert for Byrådet, og alle Byrådets forutsetninger er tilsidesatt i planforslaget. Jeg viser forøvrig til at HSØ visste at parklokket ikke kunne realiseres på tidspunktet for Byrådets behandling, men ikke ga beskjed om dette til kommunen. Det vises til min artikkel om dette i Finansavisen.⁹ Oslo kommune kan derfor se helt bort fra de foreløpige positive signalene til HSØ som fulgte av Byrådets behandling i 2016, men heller legge vekt på at forutsetningene for uttalelsen er brutt.

For det andre ser det på bakgrunn av andre høringsuttalelser ut som om funksjonsfordelingen om et «samlet og komplett regionssykehus» på Gaustad som målbildet forutsatte allerede er forlatt ved at flere regionsfunksjoner nå må legges til Aker på grunn av

⁵ <https://www.legeforeningen.no/contentassets/a1049197cba540e49b30bf1189e41df8/31102019-juridisk-vurdering-av-planene-for-nye-oslo-universitetssykehus.pdf>

⁶ [US-ADM-M126278-20151022102056 \(oslo.kommune.no\)](https://www.oslo.kommune.no/US-ADM-M126278-20151022102056)

⁷ [PowerPoint-presentasjon \(oslo.kommune.no\)](https://www.oslo.kommune.no/PowerPoint-presentasjon)

⁸ <https://tjenester.oslo.kommune.no/ekstern/einnsyn-fillager/filtjeneste/fil?virksomhet=976819837&filnavn=byr%2F2016%2Fbr2%2F2016002209-1500608.pdf>

⁹ [Striden om nytt sykehus i Oslo: Hevder viktig informasjon ble tilbakeholdt | Finansavisen](https://www.finansavisen.no/nyheter/2016/11/18/striden-om-nytt-sykehus-i-oslo-hevder-viktig-informasjon-ble-tilbakeholdt)

plassmangel på Gaustad.¹⁰ Det betyr i så fall at HSØ legger opp til en reguleringsprosess basert på et mål bilde de mener fortsatt skal gjelde med tanke på lokalisasjon og tomtevalg, mens funksjonsfordelingen mellom sykehusene ikke lenger følger av målbildet. Dette taler sterkt i favør av at målbildet bør revideres.

For det tredje fører målbildet med trange tomter med manglende fleksibilitet til at nåværende og fremtidige behov ikke kan bli løst på en tilfredsstillende måte. Mange av problemene som PBE fremhever i høringsforslaget er en direkte konsekvens av arealmangelen, som gjør at det må bygges for høyt, for nær en meget trafikkert vei som medfører støypoblemer og dårlig luftkvalitet, for nær fredede Gaustad, for tett på viktige grøntområder og ødelegger for bygninger og møteplasser på eksisterende Rikshospital. I tidligere ekstern kvalitetskontroll har det også blitt påpekt at målbildet burde vært dimensjonert for behov lenger frem i tid og at sykehuset ved lansering allerede vil være for lite.¹¹ Det vil være irreversibelt dersom Ullevål tomten allerede er solgt på dette tidspunktet.

Hva gjelder støy vil jeg spesielt fremheve at støypoblemerne på selve sykehuset på Gaustad vil gjøre arbeidsforholdene svært vanskelige over en periode på 10-15 år, fordi bygging skal skje på et lite område, og i høyden. Når helsepersonell har påpekt dette later det ikke til å ha blitt vektlagt. Man må forestille seg belastningen ved å utføre høyspesialisert medisinsk behandling, som hjertetransplantasjon på barn, i vedvarende støy fra byggingen.

I tillegg legger plassmangelen uhensiktsmessige føringer på intern funksjonsfordeling mellom sykehusene, bl.a. deling av viktige akutfunksjoner som ikke har en helsefaglig begrunnelse. Tvert i mot har et nærmest unisont tverrfaglig helsefagmiljø påpekt det uheldige i å splitte opp akutt og traumemiljøet på Ullevål. Det er også påpekt hvilke problemer som oppstår dersom man lokaliserer akutt og lokalsykehusfunksjoner sammen med landsdekkende spesialmedisinske funksjoner.

På Aker får psykiatrien svært dårlige vilkår. Det må sies å være alminnelig kjent at i psykiatrien er omgivelsene av stor betydning. Naturskjønne fredelige omgivelser på Gaustad skal erstattes med en blokk inntil et av Norges mest trafikkerte veikryss.

Det er svært uheldig at HSØ nå følger opp et mål bilde som ble besluttet før man hadde tilstrekkelig klarhet i om det ville la seg gjennomføre på en god måte og at dette har blitt førende for den omfattende planprosessen man nå er i. Dette innebærer bl.a. at mangler ved målbildet kan forplante seg videre og gi opphav til feil i eller mangelfullt utredet beslutningsgrunnlaget ved behandlingen av planforslaget, forvaltningsloven § 17. Videre har

¹⁰ <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2021077144&fileid=9660330>

¹¹ OPAK Metier s. 3: 'Rapporten omtaler ikke hvordan OUS planlegger å løse sine kapasitetsutfordringer frem til første etappe er ferdigstilt (estimert til 2023-2025). Kapasitetsbehovet er fremskrevet til 2030, men ferdigstillelse av siste etappe er estimert til 2033 – 2035. Hvis prosjektets egne estimater for kapasitetsbehov er korrekte, vil dette innebære at det nye sykehuset ikke løser behovet for kapasitet, som er et av de prosjektutløsende behov. Sykehuset vil allerede ved endelig lansering i 2033 – 2035 være for lite, og det er derfor sannsynlig at man må opprette et nytt sykehusprosjekt for OUS lenge før ferdigstillelse av siste etappe.' <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20idéfasen%2020161102.pdf>. Senere ekstern kvalitetskontroll foretatt av HSØs egen revisor PWC gjorde ingen selvstendig vurdering av målbildet, men bygget på beslutningen fra 2016. Rapport - KSK OUS - Versjon 1.0.pdf (helse-sorost.no)

Oslo kommune gjennom planarbeidet rett og plikt til å sørge for at plan- og bygningslovens regler med tilhørende planverk blir oppfylt slik at det nye sykehuset blir tjenlig både for sykehusdriften, men også tar hensyn til sine omgivelser. Ikke minst er Oslo kommune ansvarlig for at det gjennomføres tilfredsstillende risiko og sårbarhetsanalyser, jf. plan- og bygningsloven § 4-3. Her spiller beliggenhet og det bygningstekniske inn i stor grad.

Viktige forhold ser ut til å være utelatt fra ROS-analysen – feks sårbarhet ved begrenset atkomst til Gaustad via Ring 3. I og med at lokk over Ring 3 er uaktuelt er det tre adkomstveier til Gaustad som blir berørt - Slemdalsveien, Tåsenveien og Sognsveien. Alle disse adkomstene er beheftet med store svakheter på ulikt vis, eksempelvis muligheten til å komme raskt frem og sikkerhetsmessige forhold (boligområde/skolebarn). Jeg tillater meg her til sammenligning å nevne det store fortrinn ved Ullevåltomten i så måte.

Videre savnes en beskrivelse av hvordan evakuering skal kunne skje fra høye blokker hvor redningsmuligheter fra de høye byggene på vestsiden ser ut til å bli begrenset av trange forhold på en bratt tomt med en elv som renner kloss inntil.

Pandemi og smittevern er ikke behandlet. Det siste årets corona-situasjon gjør det vanskelig å forstå at spørsmål om smitte og isolasjon i høye blokker ikke er undergitt en grundig behandling. Dette burde vært omtalt i ROS-analysen.¹²

Midlertidig helikopterlandingsplass

Midlertidig helikopterlandingsplass er ikke behandlet i planforslagene, til tross for at midlertidigheten kan vare i opptil 15 år. Det planlegges, så vidt jeg vet, landingsplass mellom to bygg på området, rett ved barneavdelingen. Dette burde vært med i forslaget som er på høring, og innlemmet i konsekvensutredningen med tanke på bl.a. risiko- og sårbarhet og støy.

Behov for områderegulering

Ved at det er lagt frem detaljreguleringsplaner for Gaustad og Aker vil vesentlige konsekvenser "forsvinne". Det er allerede gitt en rekke eksempler på forhold som vil få stor innvirkning på tilstøtende områder, eksempelvis støy, trafikale forhold, sikkerhetsmessige forhold etc. Ytterligere et vesentlig poeng er at hele Ullevåltomten ikke inngår i planene. En gjennomføring i tråd med HSØ planer vil medføre omfattende virkning på Ullevåltomten, som ikke omtales i planene. Det gir bl.a. liten mening i å utrede klimapåvirkningen av prosjektet uten å inkludere virkningen av å rive mange nye og velfungerende sykehusbygg på Ullevål i forbindelse med salg til utbyggere. Dette tilsier at kommunen beslutter at det skal utarbeides en områdeplan, der helheten i prosjektet, og virkningene, tydeliggjøres og hvor Ullevåltomten er inkludert.

¹² <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/03/30/fhi-stotter-uttalelse-om-sykehus-med-hoye-tarn--gammeldags-har-blitt-nymotens/>

Oppsummering:

De mange og omfattende manglene som har preget HSØs prosess så langt bør bøtes på ved desto grundigere og mer kritisk behandling av foreliggende forslag, når de behandles av kommunen.

Nåværende forslag gir et urealistisk bilde av de fulle konsekvensene fordi det ikke er foreslått områdeplan, men kun detaljregulering av to tomter. Kommunen bør beslutte områderegulering ihht PBL § 12-2, slik at helheten i prosjektet, og virkningene, tydeliggjøres og Ullevåltomten er inkludert. Kommunen bes om ikke å vedta en detaljregulering for Gaustad sykehus basert på det foreliggende planforslaget fra forslagsstiller.

Med hilsen

Kjersti Patricia Amundsen
Advokat
(tidligere leder av juridisk avdeling ved Ullevål sykehus)



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.20:36
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RCWZ
Innsendt av: Maja Knispel Rueness
E-postadresse: majarueness@hotmail.com
Mobilnummer: 90858237

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde



Uttalelse

Planforslag for Gaustadveien 34 Gaustad sykehus

Helse Sør-Øst har søkt om å bygge et nytt sykehus med et meget stort volum på et lite og trangt tomteareal. Området rundt Sognsvannsbekken og andre naturområder på øst- og vestsiden av byggefeltet vil bli berørt av denne byggevirksomheten på en negativ måte. Som biolog vil jeg peke på de skadene dette vil få for fuglelivet i området.

Rivning av ca. 20% av Radiumhospitalet og utgravning av tomte til det nye sykehuset vil gi store støvplager. All fyllmassen etter utgravningen krever stor plass og vil lett havne på naturområder.

All byggevirksomhet og nedrivning medfører mye støy. Støykartet som er vist i siste del av planforslaget, viser en gul støvsone som dekker hele skogen helt opp til Risbekkveien (se innspill fra Erik Jacobsen). Landing og take off av helikopter går ikke stille for seg. Hvis et helikopter av typen SAR Queen skal brukes i byggeperioden, må antagelig landingsplassen plasseres midlertidig i skogkanten. Rotasjonsvinden fra denne store maskinen vil påvirke livet innover i Marka og skremme bort det meste av levende liv.

Anleggstrafikk og oppretting av riggområder kan også være skremmende for fuglene og kan føre til at det er uholdbart å leve der. Også langt flere folk vil oppholde seg i området, og dette vil også virke forstyrrende.

Observasjoner som er gjort på vegne av Rambøll viser at det er et stort og mangfoldig fugleliv i områdene rundt byggeplassen. Noen er trekkfugl, noen oppholder seg midlertidig på videre trekk og noen er standfugl. Alle er avhengige av en biotop der de kan skaffe seg mat. Det er laget en oversikt over de ulike fugleartene (s.27 tabell 1), der det er angitt i hvilken grad de er å ansees som truet.

De fleste fugler blir genert av for mye støy, støv og uro forårsaket av menneskelig aktivitet. En periode på 10 til 15 år er lang tid. Dette kan sannsynligvis føre til at mange fuglearter blir forvist fra sitt naturlige habitat og må finne seg andre steder de kan leve. Dette er å håpe, men man kan heller frykte at det vil skje en nedgang i bestanden av enkelte arter. For truede arter må dette sees på som en katastrofe. Prosjektet på Gaustad er uakseptabelt, også for fuglene.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Lars Olavesen
Elisabeth Bjerkreim Olavesen
Slemdalsveien 89E
0373 Oslo

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune

Oslo, 07.06.2021

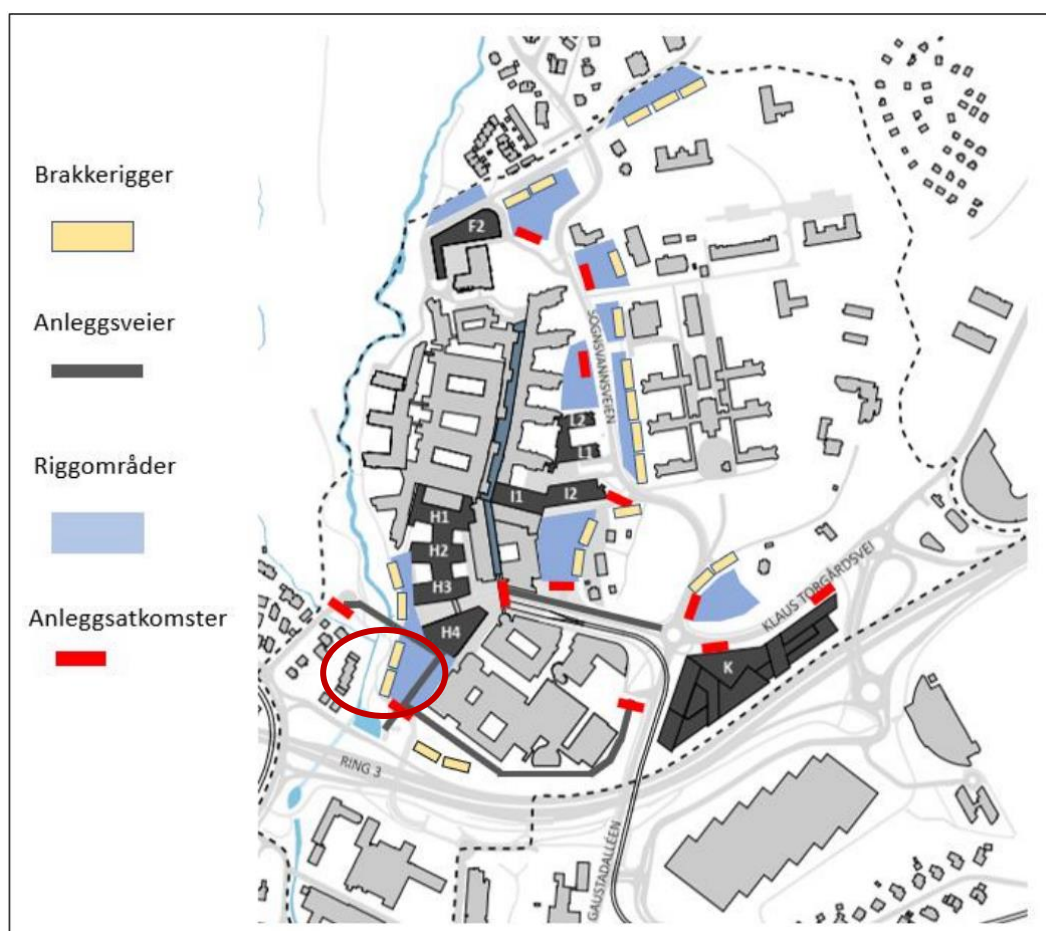
Vedr: Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde – Detaljregulering med konsekvensutredning

Merknader - Anleggsfase

Som nærmeste nabo (Slemdalsveien 89A-H) til planområdet har vi en del bekymringer knyttet til gjennomføring av anleggsfasen. Anleggsfasen for fase 1 alene er planlagt til 8 år. Dette er lang tid å leve med et av Norges største byggeprosjekter.

Riggområdet

Det er planlagt flere områder for rigg, blant annet øst for Sogsvannsbekken.



Figur 1 Overordnet plassering av hovedriggområder etappe 1. Planalternativ 1A. Rød ring rundt riggområdet ved våre boliger.

Et riggområde på opptil tre etasjer rett ved Sognsvannsbekken vil ha direkte innsyn til våre hus på andre siden av bekken.

Det fremgår i liten grad av planforslaget hvordan dette vil påvirke oss som nærmeste naboer.

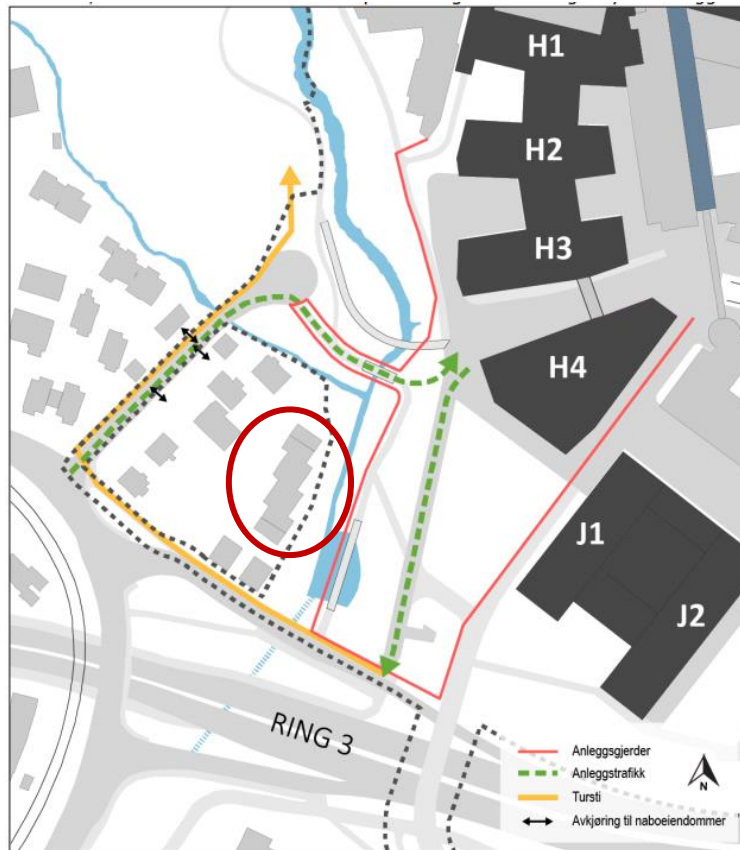
- Hvor høyt og dominerende vil området bli?
- Vil brakkene ligge nærmere bekken en 20 meter? Hva vil dette betyr for grønndrag og bekkeløp?
- Hvor mange mennesker vil benytte riggområdet?
- Hvor mye støy kan vi forvente fra riggområdet?
- Vil det være aktivitet døgnet rundt?
- Hva kan vi forvente av lysforurensning fra brakkene?

Vi er spesielt bekymret for:

- innsyn fra brakkene rett inn på våre soverom
- lyd og lys forurensning fra brakkene
- hvordan riggområdet vil forringe naturopplevelsen fra Sognsvannsbekken og grønndraget slik det ser ut i dag.
- forurensning av Sognsvannsbekken. (Som beskrevet i planforslaget: *Avrenning til Sognsvannsbekken kan medføre ytterligere forringelse av det allerede sårbare vassdraget. Dette kan i verste fall medføre stor negativ konsekvens for vassdraget.*)

Anleggsveier og fremkommelighet

Det er planlagt anleggsankomst fra avkjørsel til Ring 3 og fra stikkvei til Slemdalsveien. I praksis betyr dette anleggstrafikk på alle kanter for vårt boligområde (øst, vest, nord og syd).



Figur 2 Forholdet mellom nabobebyggelse i Slemdalsveien og anleggstrafikk over Sognsvannsbekken. I tillegg vises adkomst til Marka via tursti i nordvest. Slemdalsveien 89 markert med rød sirkel.

Planforslaget beskriver hvordan stikkvei til Slemdalsveien skal sikres med fysisk skille mellom fortau og veibane. Videre er det beskrevet at fotgjengeroverganger kan markere overgang til fortau fra våre eiendommer og hvordan trafikksikkerhetsvakter eventuelt kan utplasseres for å minimere risiko.

Likefullt er anleggsveien til stor bekymring, hvor det er flere momenter som vi mener er for dårlig belyst.

- Hvordan skal vi som naboer kunne kjøre ut og inn på våre eiendommer. Det en smal vei og møter man på anleggstrafikk på vei ut til Slemdalsveien kan det da oppstå problemer med passering?
- Kjø inn til anleggsområdet kan forplante seg ut på Slemdalsveien og kan i verste fall forplante seg videre ut på Ring 3.
- Anleggstrafikk som beskrevet i planprogrammet viser kun inn og utkjørsel til anleggsområdet, men unnlater å beskrive trafikkavvikling for av- og påkjøringsramper til Ring 3, og videre opp/ned Slemdalsveien.
- Hvordan skal utbygger sikre at anleggstrafikk i hovedsak skjer utenfor rushtid (slik beskrevet i planforslaget)?
- Det bor litt over 40 personer i området som er rammet inn av anleggstrafikk, hvor ca. en 1/3 er barn. Hvordan skal barna kunne benytte friområdene i marka (100-200 meter nord for våre eiendommer) slik de er vant til? Barnas oppvekstvilkår vil bli sterkt forringet vet at de må krysse en anleggsvei for å komme til lekeområdet i marka, skole, barnehage, fritidsaktiviteter og besøke venner.
- Under anleggsfasen virker det som om syklende og gående skal ledes fra gangbroa og ned på avkjøringsrampa fra Ring 3 via en ny trapp i forbindelse med at gangbroen fra Ring 3 sperres

med anleggsgjerder? Vi er redd det vil føre til at mange føler seg fristet til å krysse eiendommen vår (Slemdalsveien 89 A-H) som en snarvei inn til marka. Hvordan skal utbygger hindre at vår eiendom blir en hovedfartsåre inn til Gaustadskogen?

- Hvor skal alle ansatte og pasienter som daglig skal til sykehuset gå for ta seg fra buss ved Ring 3 og Gaustad T-bane og til sykehusets ulike bygg?
- Hvordan skal gående og syklende bevege seg gjennom eller forbi sykehusområdet? Det er i dag gang og sykkelsti som knytter området nord for sykehuset med veinettet syd for sykehuset. Som foreldre med barn i Gaustadsnippen barnehage går vi denne veien daglig. Hvordan kan utbygger gjøre denne veien trygg for myke trafikanter og små barn som nettopp har lært å sykle?



Midlertidig helikopterplass

Fra planforslaget leser vi at Oslo Universitetssykehus har i samarbeid med NAWSARH (Norwegian All Weather Search And Rescue Helicopter) initiert et eget prosjekt med planlegging av midlertidig plattform på Rikshospitalet, som skal være operativ frem til nytt sykehus står ferdig. Midlertidig plattform vil betjene sykehuset gjennom anleggsfasen.

At planforslaget ikke tar stilling til hvordan helikopterlandingsplass skal håndteres i anleggsfasen gjør oss dypt bekymret. Hvordan skal utbygger kunne planlegge gjennomføring av anleggsfasen om man ikke samtidig koordinere hvor landingsplassen skal ligge? Det må jo være en høy risiko knyttet til dette? Bygging av denne landingsplassen kan jo ikke gjøres uavhengig av sykehusutbyggingen. Her er det flere faktorer som kan påvirke anleggsfasen og dermed oss som nærmeste naboer.

- Ytterligere støy fra bygging og drift av helikopterlandingsplass.
- Støy fra helikopter ved bruk av midlertidig landingsplass.
- Usikkert hvordan innflyvning vil påvirke svevestøv fra byggeplassen
- Kraftig rotorvind kan påvirke installasjoner på byggeplassen og oss som naboer.

Støv, støy og miljø

Planforslaget belyser de negative konsekvenser anleggsfasen vil ha og summer dette opp i en tabell:

Tema	0-alternativet	Planalternativ 1A	Planalternativ 1B	Planalternativ 2A	Planalternativ 2B
Trafikale konsekvenser	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ
Miljømessige konsekvenser	Ubetydelig	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ
Støy	Ubetydelig	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ	Middels negativ
Støv og luftforurensning	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ
Rystelser i anleggsfasen	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig	Ubetydelig
Samlet vurdering	Ubetydelig	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ	Noe negativ

Her er det forslagsstiller som selv vurderer konsekvensene av utbyggingen på nærmiljøet. Vi vil påpeke at vi ikke støtter denne vurderingen. Her burde en uavhengig tredjepart gjort en vurdering av konsekvenser for oss som naboer.

I sum vil anleggstrafikk på alle kanter, riggområde som nærmeste nabo, og generelt et av Norges største byggeprosjekter ha en betydelig negativ innvirkning på vårt bomiljø og på sikt ha negative effekter på vår helse.

Med vennlig hilsen

Lars Olavesen

Elisabeth Bjerkreim Olavesen

Slemdalsveien 89E

Høringssvar – Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde – PBE sak 201704683

Undertegnede er henholdsvis fagansvarlig overlege for traumatologi og professor i anesthesiologi ved Avdeling for anesthesiologi Oslo universitetssykehus HF (OUS) Ullevål. Vi takker Plan- og bygningssetaten for at vi får anledning til å sende inn bemerkninger til planforslaget fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ) om videre utbygging av region- og lokalsykehus på Gaustad.

Vi påpeker at sakens sentrale forutsetning ikke kan realiseres med det foreliggende planforslaget: Sykehuset på Gaustad slik det nå er planlagt vil ikke kunne fungere som et samlet og komplett regionsykehus sykehus iht. HSØs mål bilde. Videre vil realisering av planene medføre betydelige negative konsekvenser for pasientbehandling, akutt- og katastrofeberedskap både for Oslo og for hele HSØs opptaksområde forøvrig. Vi påpeker dessuten at HSØs risiko- og sårbarhetsanalyser og konsekvensutredninger er utilstrekkelige mht. helt sentrale akuttmedisinske og katastrofemedisinske / beredskapsmessige elementer.

Målbildet

Både forslagsstiller og Plan- og bygningssetaten (PBE) relaterer vurderinger i den aktuelle saken til HSØs mål bilde. Vi ønsker innledningsvis å minne om at hverken PBE eller Oslo kommune er bundet av dette målbildet. Vi oppfordrer derfor PBE til å se bort fra målbildet i saksbehandlingen og i stedet vurdere saken på et selvstendig grunnlag.

Målbildet for et fremtidig OUS ble vedtatt i foretaksmøte for HSØ i 2016. Det innebærer at OUS skal utvikles som et samlet og komplett regionsykehus med lokale, regionale og nasjonale funksjoner på Gaustad, et stort lokalsykehus på Aker, og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. OUS Ullevål skal nedlegges og tomten selges. En rekke innspill i det offentlige rom siden 2016 har påvist at målbildet ble vedtatt på sviktende grunnlag – mange vesentlige forhold ble ikke tilstrekkelig belyst, og viktig informasjon ble holdt unna offentligheten.

Vi vil påpeke at løsningen som er presentert i plansaken innebærer at vesentlige momenter som HSØ i 2016 anførte som forutsetninger for målbildet ikke lar seg realisere, bl.a. av følgende grunner:

- Målbildets mest sentrale forutsetning, "et samlet og komplett regionsykehus" på Gaustad, er allerede fraveket av HSØ. Det blir ingen komplett samling av regionale og nasjonale funksjoner med den foreliggende planen. To små fagmiljøer (nevrokirurgi og hjerte-/lungekirurgi) er planlagt samlet, men HSØs plan medfører samtidig oppsplitting av en rekke store, tunge og godt fungerende medisinske miljøer, både enkeltspesialiteter og bredt sammensatte fagmiljøer, som i dag er samlokalisert. Eksempler på dette er akuttmedisin, mage-/tarmkirurgi, ortopedi og akutt

indremedisin slik de i dag fungerer ved OUS Ullevål. HSØs planforslag vil dermed totalt sett medføre et betydelig svekket tilbud til akutt og kritisk syke i Oslo og HSØs opptaksområde.

- Den svært viktige beredskapsfunksjonen for katastrofer som i dag er samlet og godt ivaretatt ved OUS Ullevål er av HSØ besluttet delt i to mellom regionsykehuset på Gaustad og lokalsykehuset på Aker. Dette vil medføre betydelig svekket beredskap for innbyggerne i Oslo og HSØs opptaksområde.

Akuttmedisin

Akuttmedisin er medisinsk diagnostikk, behandling og overvåking ved akutt sykdom eller skade, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Avansert akuttmedisin er avhengig av sømløs samhandling mellom et stort antall spisskompetente fagmiljøer for å kunne løse komplekse medisinske problemstillinger under et betydelig tidspress. Dette forutsetter samlokalisering, og dessuten et tilstrekkelig volum av akuttpasienter innen alle medisinske fagområder for å ivareta nødvendig mengdetrening. Avansert akuttmedisin og hverdagsmedisin henger altså uløselig sammen.

OUS Ullevål er i dag et stort, komplett og høykompetent akuttsykehus. Det fungerer som landets viktigste sykehus for avansert akutt- og katastrofemedisin og dekker funksjoner for Oslo, HSØ og til dels nasjonalt. OUS Ullevål tok i 2019 imot mer enn 34.000 akuttpasienter av alle kategorier, inkludert medisinske, kirurgiske og ca. 2000 akutt syke barn. Ca. 2000 var traumepasienter, hvorav ca. 700 hadde alvorlige eller kritiske livstruende skader. Kvalitetsanalyser viser at akuttmedisin ved OUS Ullevål holder et svært høyt internasjonalt nivå.

Katastrofeberedskap

Katastrofemedisin er en sentral del av akuttmedisinfaget. Området omfatter masseskadesituasjoner, herunder med kjemiske, biologiske, radioaktive og eksplosive agens (CBRNE). Slike hendelser kommer plutselig og uten forvarsel og kan innebære stor tilstrømning av pasienter som har komplekse og uavklarte medisinske tilstander med behov for umiddelbar avansert behandling. Ved CBRNE-katastrofer møter ofte et stort antall pasienter opp direkte på sykehuset, tilstrømningen kan altså ikke enkelt styres mellom ulike lokalisasjoner.

Som landets viktigste sykehus for avansert akutt- og katastrofemedisin er OUS Ullevål til enhver tid beredt til å håndtere katastrofer, inkludert CBRNE. Ullevål har solide og velprøvde beredskapsplaner for slike hendelser, bl.a. er alle relevante fagmiljøer samlet på ett sted og pasientvolumet til daglig er tilstrekkelig stort til å gi nødvendig mengdetrening. Oppbyggingen av moderne infrastruktur på Ullevål kom etter terrorangrepene i USA 11. september 2001. Man besluttet da å etablere beredskap for behandling ved terror, større ulykker, eksplosjoner og storbranner, men også for behandling av høyrisiko smittepasienter i en verden med stadig hyppigere utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer som forflytter seg raskt over landegrensene. Terroranslagene 22.07.2011, grottefesten med gassforgiftninger på St. Hanshaugen 30.08.2020 og skredet på Gjerdrum 30.12.2020 har vist at OUS Ullevål fungerer godt i en katastrofesituasjon.

Anestesileger og anestesisykepleiere ved hhv. Avdeling for anesthesiologi og Avdeling for anestesisykepleie ved OUS Ullevål (heretter samlet kalt "anestesimiljøet på Ullevål") er sentrale ved mottak, diagnostikk og behandling av så å si alle kritisk syke akutte pasienter, uansett fagområde. Det kontinuerlige tilfanget av et høyt volum av slike pasienter utgjør et nødvendig og tilstrekkelig grunnlag for å opprettholde og utvikle vår kompetanse og tjeneste. Anestesimiljøet på Ullevål utgjør derfor også en sentral og uomgjengelig nødvendig del av førstelinje akuttberedskap for Oslo og HSØ. Vi har tilstrekkelig størrelse til at vi i løpet av 1 time etter en katastrofealarm, uansett tid på døgnet, kan mobilisere ca. 100 høykompetente anestesileger og -sykepleiere og dermed øke sykehusets kapasitet for mottak og behandling kraftig. Dette antallet utgjør halvparten av våre ansatte; ytterligere personell vil komme til i løpet av de neste timene. Av denne grunn var det f.eks. aldri mangel på anestesipersonell med kompetanse på behandling av kritiske eksplosjons- og skuddskader etter terroranslagene 22.07.2011.

Konsekvenser for akuttmedisin og katastrofeberedskap

HSØs planforslag vil innebære svekket kompetanse for mottak, diagnostikk og behandling av akuttmedisinske pasienter. Gaustad er tenkt å være lokal- og regionssykehus for kritiske skader, mens det store volumet av hverdags akuttmedisin i Oslo er tenkt lagt til Aker. HSØ planlegger riktignok å legge en liten lokalsykehusfunksjon for ca. 200.000 innbyggere til Gaustad, men dette vil ikke kunne gi fagmiljøene der et tilstrekkelig pasientvolum til vedlikehold og utvikling av akuttmedisin. De akuttmedisinske fagmiljøene ved OUS har hele tiden understreket at lokalsykehusgrunnlaget må være *minst* 240.000 innbyggere for å ivareta dette aspektet, men et tilstrekkelig stort pasientvolum lar seg ikke innpasse i det foreliggende planforslaget fordi tomten er for liten. En stor andel av den akuttmedisinske virksomheten i Oslo vil derfor måtte forgå på Aker, hvor man bl.a. ikke vil ha kompetanse på endelig behandling av livstruende skader.

HSØs planforslag vil også innebære svekket katastrofeberedskap. Relativt til situasjonen i dag vil HSØs plan bl.a. medføre at anestesimiljøet på Ullevål vil bli splittet i to, med 1/3 til Gaustad og 2/3 til Aker. Ved katastrofer vil det følgelig på Gaustad bare kunne mobiliseres personell med nødvendig behandlings- og systemkompetanse tilsvarende anslagsvis en tredjedel av antallet man kan mobilisere på Ullevål i dag. Personell ved Aker vil ikke kunne forsterke Gaustad, fordi de hverken vil ha kompetanse på diagnostikk og behandling av akutte livstruende skader eller kompetanse på logistikk og andre aspekter ved systemene på Gaustad.

Som konsekvens av det utilstrekkelige tomtearealet på Gaustad medfører HSØs planforslag altså forringet kvalitet på behandling av enkeltpasienter og betydelig svekket katastrofeberedskap for Oslo og hele HSØ, dvs. for halvparten av Norges innbyggere. Disse forholdene av åpenbart stor samfunnsmessig betydning er påpekt en rekke ganger av de kompetente fagmiljøene, men de er fremdeles underkommunisert i HSØs planforslag.

Transportmedisinske utfordringer

De foreliggende planene for Gaustad og Aker må sees i sammenheng. Et sentralt moment er at Aker er planlagt utviklet til et av Norges største lokalsykehus, mens de fleste høyspesialiserte funksjonene, inkludert all diagnostikk og behandling av livstruende skader, skal lokaliseres til Gaustad. Oppsplitting av akutfunksjonene mellom Gaustad og Aker vil

derfor medføre at et stort volum av akutt og kritisk syke pasienter må transporteres fra Aker til Gaustad.

Pasienter med alvorlige akuttmedisinske tilstander i Oslo-området blir i dag fraktet til OUS Ullevål og håndtert av et samlet fagmiljø. Vi har altså "én dør inn" for så å si alle livstruende hendelser, deretter vil et samlet bredt fagmiljø på Ullevål sørge for definitiv diagnostikk og behandling. HSØs planløsning bryter med dette helt sentrale prinsippet for god pasientbehandling av kritisk syke og forutsetter i stedet at pasienter skal fraktes til rett sykehus på bakgrunn av korrekt triage (sortering) utført av ambulansetjenesten prehospitalt. Korrekt triage av pasienter med uavklarte tilstander kan imidlertid ofte være svært vanskelig. HSØs planløsning innebærer følgelig at en rekke pasienter innen alle fagområder kommer til å bli innlagt på Aker, mens det spesialiserte behandlingstilbudet de trenger er på Gaustad. Et godt eksempel vil være en ung person med livstruende hodeskade etter fall pga. stort alkoholinntak. En stor andel av disse pasientene vil bli kjørt til Aker fordi man antar at hovedproblemet er fyll. CT-diagnostikk vil avsløre alvorlig hodeskade, og pasientene må deretter transporteres til Gaustad. Dermed vil man tape mye tid før de kommer til nødvendig nevrokirurgisk behandling, med et dårligere resultat i form av død eller varig større funksjonsnedsettelse som konsekvens. Lignende eksempler vil kunne finnes for pasienter utsatt for andre ulykker/skader, forgiftninger eller akutt hjertesykdom hvor de fleste i dag transporteres direkte til Ullevål.

Trafikken på Ring 3 utgjør en ytterligere risiko for disse pasientene, i særdeleshet pga. sterkt begrenset adkomst til Gaustad. Veien til Gaustad vil kunne bli helt blokkert ved trafikkork. Alternativet for ambulanser under utrykning med døende pasienter er da å kjøre via Nordbergveien og Gaustadveien. Dette vil i tillegg skape farlige situasjoner i de berørte boligområdene. ROS-analysene og konsekvensutredningene for Gaustad og Aker tar beklagelig vis ikke opp disse viktige forholdene.

Transport av kritisk syke slik HSØs planløsning forutsetter innebærer også klart forringet behandlingskvalitet i en kritisk tidsperiode. Ustabile pasienter som skal transporteres må avbryte behandlingen i sykehus og fraktes i ambulanse som enten ikke har nødvendig medisinsk spisskompetanse eller må ta denne kompetansen fra andre pasienter eller fra personell i beredskap. En stor mengde transporter fra Aker til Gaustad kommer altså til å medføre økt risiko for de transporterte pasientene og vil dessuten binde opp store ressurser i ambulansetjenesten med derav følgende redusert beredskap for akutte hendelser hos andre pasienter. Vi vil hevde at disse transportene overordnet sett er å anse som uforsvarlige, fordi de ikke skyldes et uunngåelig behov (f.eks. et ulykkessted i stor avstand fra sykehus) men utelukkende vil være forårsaket av HSØs planløsning.

Pandemi

Erfaringene fra covid-19-pandemien og en økende erkjennelse av trusselen om flere pandemier i fremtiden må få konsekvenser for hvordan planene for Nye OUS skal gjennomføres. Det er stort fokus på dette globalt, og flere planlagte sykehusprosjekter er satt på pause for å gjøre nystrukturering basert på erfaringene fra pandemien. Det er bl.a. nå vesentlig større fokus på luftbåren smitte og hvordan dette trygt skal kunne håndteres i et moderne sykehus. Eksempelvis diskuteres hvordan heissjakter i sykehus kan representere en smittevei, hvordan ventilasjonsanlegg må utformes for å være trygge, hvordan inn- og

utganger i sykehuset må tilpasses strømmer av pasienter med smitte vs. uten smitte, og hvordan paviljonger i stedet for høyhus kan utnyttes for å reduseres smittespredning. Man burde ha forventet at HSØ i plansaken har stort fokus på dette forholdet i form av ROS-analyse og konsekvensutredning. Vi kan imidlertid ikke se at det er analysert og diskutert på en adekvat måte i de foreliggende dokumentene, til tross for at en rapport fra prosjekt Nye OUS i oktober 2020 om smittevern i nye sykehusbygg understreket at man hadde avdekket flere konkrete og fagspesifikke problemstillinger som bør avklares i forbindelse med nye sykehusbygg og smittevern. Eksempler var hvordan skorsteinseffekt ved heistårn og trappeopp ganger representerer smittevernutfordring mht. ventilasjon og luftsmitte, og spredning av tuberkulose hvor heis skal være eneste fellesnevner. Rapporten understreker at det bør innhentes erfaringer fra hvordan andre sykehus med høye bygg løser sine smittevernmessige utfordringer, og i hvilken grad heiser har representert spredning av smitte sammenlignet mot andre deler av sykehusene. Vi kan imidlertid ikke se at planene for høyhusene på Gaustad ivaretar dette i tilstrekkelig grad. Denne mangelen ved HSØs planforslag innebærer etter vår mening en klar risiko for utilstrekkelig bygnings- og personellmessig beredskap for håndtering av fremtidige pandemier i Oslo og HSØ som bør adresseres av PBE og Oslo kommune.

ROS-analyse og konsekvensutredning

ROS-analysen som er vedlagt plansaken ble gjennomført i februar 2019. Analysen og den oppfølgende konsekvensutredningen (Samlerapport Konsekvensutredning, også vedlagt plansaken) er begrenset til det som foregår innen planavgrensningen, hvilket åpenbart er klart utilstrekkelig. PBE og Oslo kommune bør kreve at HSØ gjør en ny ROS-analyse med et helhetlig fokus på konsekvenser for akutt- og katastrofemedisin i Oslo-området. Eksempelvis må man gjøre risikovurderinger mht. fravikelse av "én dør inn"-prinsippet for alvorlig syke, oppsplitting av akutt- og katastrofemedisin som i dag er samlet på Ullevål, transportmedisin, pandemihåndtering, samt fødselsomsorg. Det er forventet 5-6000 fødsler pr. år til Aker uten fullverdig intensivavdeling for nyfødte der.

Vi vil også påpeke at det i plansaken ikke ligger noen risikoanalyse eller konsekvensutredning av følgene av et terroranslag mot høyblokkene på Gaustad. Dette er uforståelig og direkte oppsiktsvekkende, fordi man internasjonalt i flere tiår har kjent til at sykehus som håndterer tilskadekomne etter terroranslag selv er å betrakte som terrormål. Videre er sabotasje av tilførselsveien til sykehuset fra Ring 3 enkelt å gjennomføre og vil ramme sykehusets funksjoner og evne til mobilisering av personell sterkt – og dermed også beredskap og behandlingsressurser for avansert katastrofehåndtering for innbyggerne i hele HSØs opptaksområde.

Det er altså vesentlige mangler i det materialet som PBE har fått oversendt fra HSØ. Dette skyldes til dels sammensetningen av gruppen bak ROS-analysen som er vedlagt planforslaget, hvor det hverken var deltagere fra fagmiljøene for akuttmedisin, katastrofemedisin, traumatologi, prehospitaltjenester, smittevern i sykehus eller nyfødtmedisin. Vi oppfordrer derfor PBE og Oslo kommune til å kreve både nye ROS-analyser og at arbeidsgruppene som gjennomfører dem får tilstrekkelig representasjon fra medisinske fagmiljøer med akutt- og katastrofemedisinsk kompetanse.

Driftskonsept traume og akuttmedisin – rapport fra arbeidsgruppe

Som ytterligere illustrasjon av HSØs mangelfulle tilnærming til samfunnsrisiko i den aktuelle plansaken tror vi det vil være nyttig for PBE og Oslo kommune å kjenne til følgende forhold:

HSØs styre gjorde i januar 2019 følgende vedtak: «Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt virksomhetsinnhold og driftskonsepter for både Aker og Gaustad i forkant av oppstart forprosjekt. Spesielt skal det for fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødttintensiv og kreft beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling.»

Rapporten «Driftskonsept traume og akuttmedisin – rapport fra arbeidsgruppe» ble utarbeidet av en bredt sammensatt gruppe av de fremste fagfolkene i OUS og levert i mai 2019. Den kan lastes ned fra følgende adresse:

<https://www.dagensmedisin.no/contentassets/4f85d21c272948e88e0d481548d16928/rapp-ort-driftskonsept-traume-og-akuttmedisin.pdf>

Hovedkonklusjonen (side 2) var entydig: «*Det valgte driftskonseptet vil, sammenliknet med dagens OUS-organisering, medføre svekket kvalitet i foretakets akutfunksjoner på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Dette vil berøre akuttpasienter innen både indremedisin og kirurgi, inklusive traumatologi. Kvalitetstapet ved driftskonseptet framstår uunngåelig; vi har ikke kunnet identifisere kompenserende tiltak som imøtekommer negative effekter. Arbeidsgruppen kan således ikke bekrefte tryggheten som mandatet etterspør. Det er umulig å fastslå hvor linjene for kvalitetstap krysser forsvarlighet.*»

Vi finner det overraskende og kritikkverdig at HSØ ikke har gjennomført en ROS-analyse med påfølgende konsekvensutredning etter denne konklusjonen. En slik analyse burde vært essensiell i den innsendte plansaken, der store samfunnsinteresser står på spill.

Medvirkning

I Planforslag til offentlig ettersyn, pkt. 4 Medvirknings- og samarbeidsprosesser er det synliggjort hvordan samfunnets medvirkning i planprosessen er gjennomført. Prosessen omkring medvirkning og innflytelse fra de ansatte er imidlertid ikke beskrevet. Vi ønsker derfor å understreke følgende forhold overfor PBE:

Et stort flertall av de ansatte, inkludert våre tillitsvalgte, har over tid hevdet at hele planprosessen har vært snudd på hodet. HSØ har startet med å definere tomtene på Gaustad og Aker, og deretter forsøkt å tilpasse de fremtidige funksjonene til det bygningsvolumet som lar seg realisere der. De ansatte har i flere år i en rekke medvirkningsgrupper påpekt at man først må definere de fremtidige helsetjenestebehov og lage en funksjonsbeskrivelse. Deretter må man definere de bygningsvolum som er nødvendige for å ivareta behovene. Så må man i neste trinn se på hvilke tomter som kan egne seg. Prosjektledelsen har imidlertid i enhver sammenheng avvist de ansattes krav om å starte med en funksjonsbeskrivelse. Involvering og medvirkning fra de ansatte har utelukkende vært knyttet til bygningsvolum og areal, ikke til den funksjon byggene skulle ha. De ansatte har således i stor grad oppfattet seg som gisler i prosessen. HSØs påstand om

medvirkning fra de ansatte står altså i sterk kontrast til de ansatte som konsistent har understreket at de ikke har hatt noen reell og fornuftig innflytelse på prosessen.

Konklusjon og oppsummering

HSØs planforslag gir ikke et tilstrekkelig faktagrunnlag. Det er en særlig stor svakhet at helheten i prosjekt Nye OUS ikke er presentert. Oppdelingen i planområder for Gaustad og Aker medfører at prosessen blir fragmentert og at viktige samfunnsperspektiv er utelatt. Helt sentrale medisinskfaglige og beredskapsmessige problemstillinger for innbyggerne i Oslo og øvrige deler av HSØs opptaksområde er underslått i HSØs planforslag, til tross for at fagmiljøene i en årrekke har påpekt dem overfor HSØ. PBE må følgelig selv aktivt sørge for at helhetsbildet i prosessen blir ivaretatt.

Vennlig hilsen

Nils Oddvar Skaga (sign.)
Fagansvarlig overlege i traumatologi, PhD
Avdeling for anesthesiologi
OUS Ullevål
Mobil: 48073638
E-post: noskaga@online.no

Torsten Eken (sign.)
Overlege, professor dr.med.
Avdeling for anesthesiologi
OUS Ullevål
Mobil: 95079939
E-post: torsten.eken@medisin.uio.no



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.22:22
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RCSZ
Innsendt av: Helle Haraldsen
E-postadresse: helhar@live.com
Mobilnummer: 94173486

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Til Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune.

Undertegnede stiller seg IKKE bak uttalelser fra f.eks 'Aker Sykehus Venner' i denne høringen.

7/6-21,
Helle Haraldsen.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.22:53
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-REBZ
Innsendt av: Helle Haraldsen
E-postadresse: helhar@live.com
Mobilnummer: 94173486

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Til Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune.

Når det gjelder selve spørsmålet om bevaring av eksempelvis Ullevål Sykehus, så har sykehuset vært i virksomhet i tider med langt mindre befolkningsantall i Oslo og landet forøvrig, enn i dag. Det lar seg komprimere med den positive utviklingen innen somatisk moderne medisin som innebærer mer polikliniske behandlinger for pasienter -implementert i en rimeligere ominnredning av Ullevåls bygningsmasse, enn Gaustadplanen slik den fremstår nå, for å nevne noe.

7/6-21,
Helle Haraldsen.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Høringsinnspill til plansak 201704683, Nye Rikshospitalet

Fra Svein Skandfer Hansen, lokalbeboer og medlem i Nordre Aker MDG.

Psykiatri

Bygningene på gamle Gaustad sykehus egner seg godt til videre behandling av psykiatriske pasienter. Det er ingen grunn til å flytte psykiatrien fra Gaustad.

Norge skjønte allerede på 1800-tallet at psykiatriske pasienter trengte grøntområder. Derfor ble gamle Gaustad sykehus bygget. I planforslaget for psykiatrien ved Aker Sykehus, er det tenkt at alle døgnplasser fra Gaustad og Ullevål skal stappes inn i et bittelite hus, sammen med sikkerhetsavdelingene fra Dikemark og Gaustad. Alle skjermede grøntareal som fins nå for denne pasientgruppen på Ullevål Sykehus og Gaustad Sykehus blir fjernet. Det som fjernes er enorme grønt- og parkområder der pasientene kan utøve fritidsaktiviteter og gå skjermede turer.

Det blir noen få skjermede borggårder, som sannsynligvis trengs til sikkerhetspasientene. De andre alvorlig syke pasientene må gå tur sammen med personellet på hoved-gang/sykkelveien til sykehuset. Det vil bli lett for andre besøkende til sykehuset å identifisere hvilke som er rus/psykiatri-pasienter. **Dette bryter mot grunnleggende lege-etikk, grunnloven §93, §98 §102 og personopplysningsloven.**

Sykehuset Østfold/Kalnes har prøvd denne modellen for psykiatrisk sykehus. De har da fått store problemer med vold mot personellet, som de ikke hadde før.

Rus- og psykiatripasientene har ikke blitt involvert nok i prosessen. Deres grunnleggende menneskerettigheter er ikke ivaretatt. Dette strider mot medvirkningskravet i plan- og bygningsloven.

Grøntområder og naturmangfold

Grunnloven §112 dikterer rammene som burde vært tatt hensyn til i denne saken:

«Enhver har rett til et miljø som sikrer helsen, og til en natur der produksjonsevne og mangfold bevares. Naturens ressurser skal disponeres ut fra en langsiktig og allsidig betraktning som ivaretar denne rett også for etterslekten.

Borgerne har rett til kunnskap om naturmiljøets tilstand og om virkningene av planlagte og iverksatte inngrep i naturen, slik at de kan ivareta den rett de har etter foregående ledd.

Statens myndigheter skal iverksette tiltak som gjennomfører disse grunnsetninger.»

Retten til kunnskap og virkning av planforslaget er ikke gjennomført av forslagsstiller. Sentral informasjon er tilbakeholdt, eller ikke tatt hensyn til: Støyen fra både helikopterplattformene i planforslaget, og den midlertidige helikopterplattformen, vil forstyrre naturmangfoldet og grøntområdene langs Sognsvannsbekken og Gaustadskogen for mye. Dokumentene for den midlertidige helikopterplattformen er blitt tilbakeholdt fra denne plansaken.

Stille område, og grønne arealer

Gaustadskogen langs Rikshospitalet er definert som del av det stille området langs Frognerelva i Kommuneplan 2015-2030.

Kommuneplanen slår fast at støynivået ikke skal forverres, men søkes forbedret i disse områdene. I planforslaget for Nye Rikshospitalet etableres helikopterlandingsplassene på toppen av bygningsmassen i stedet for på østsiden som i dag. Med dagens landingsplass på bakken fungerer bygningsmassen som en støyskjerm mot Gaustadskogen med tanke på den mest intense støyen under letting og landing. Med en plassering på taket forsvinner all skjerming, i tillegg til at landingsplassene kommer nærmere skogen. Det planlegges også for en økning av trafikken.

Avbøtende tiltak er ikke mulig for slik trafikk. Tiltaket er dermed ikke forenlig med kommuneplanen.

Sitat fra Fagrapport Grønnstruktur: *«Grøntplan for Oslo ble utarbeidet som forslag til kommunedelplan for den blågrønne strukturen i Oslos byggesone i 2010. Den inneholder helhetlige vurderinger av den blågrønne strukturens betydning i Oslo. Den er ikke politisk vedtatt, men deler av innholdet er videreført i juridisk bindende temakart og bestemmelser i gjeldende kommuneplan.» «I Grøntplan for Oslo er Sognsvannsbekken definert som en av Oslos ti hovedvassdrag, som gir særlige bestemmelser og retningslinjer for bekken og dens kantsoner. Retningslinje R8.1 sier Innenfor en sone på minimum 20 meter fra vannkant for hovedløp (...) bør det ikke oppføres ny bebyggelse, anlegg eller gjøres vesentlige terrenginngrep.» «Gaustadskogen og Sognsvannsbekken er definert som svært viktige områder for lokalklima og luftkvalitet. Det er krav om at «utbyggingsprosjekter skal tilrettelegge for byens egenventilering og at bygninger ikke skal legges på tvers av elveløp eller terrenginnsnevninger langs dal- og elvedrag.»» (side 13). **Byggene kommer for nært kantsonen, og støyen fra helikoptrene vil hindre opplevelse, lek og fysisk aktivitet.***

«Gaustad sykehus med parkanlegg er forskriftsfredet etter kulturminneloven av Riksantikvaren. I fredningsteksten står det: *Fredningen har også som formål å bevare (...) parkpreget med store trær, alléer og frukttrær.»* **Parkpreget blir ikke bevart når de legger om Sognsvannsveien rundt lindekollen. Grunnvannsforhold og endrede sol/skyggeforhold grunnet høyhusene, er ikke konsekvensutredet godt nok etter Forvaltningsloven §17.**

Naturmangfold

Hovedtorget skal være buss-parkering og bussholdeplass for Ruters buss 40. Dette er ingen grønn park, og vil dermed ikke fungere som et avbøtende tiltak.

Brakkerigger og nybyggene i nord skal plasseres på de viktigste oppholdsplassene og vilttråkkene i området.

Forslagsstiller unnlater å ta hensyn til tidligere observerte truede sommerfugler, biller og insekter fordi de ikke så de på befaring i 2018 og fordi deres habitat er blitt bygget ned. Det er ikke godt nok utredet om disse truede insektene fortsatt lever i reguleringsområdet. *«Med dette er en del lokasjoner med truede sommerfugler, biller og andre insekter unntatt videre omtale. Disse antas i hovedsak å være observasjoner tilknyttet naturtyper i området som nå er bygget ned. Artene ble ikke observert under feltundersøkelsene i 2018, men dette er ikke nødvendigvis synonymt med at de er forsvunnet. (side 30)»*

De ser bort fra sjeldne observasjoner av sjeldne fugler grunnet at de ikke er flere. Burde de ikke vernet om disse akkurat fordi de er så få? Det påstås at kreps ikke lenger kan leve i bekken, men lokalbefolkningen vet at det finnes kreps der i dag.

Rødlistede alm og ask blir skadd av for lav flygning av SAR Queen. De tåler ikke vindtrykket fra rotorbladene.

Grunnvannsforholdet for eikelunden N1 nord for gamle Rikshospitalet er ikke utredet. Det planlegges å bygges stor parkeringskjeller sør for eiketrærne, og et stort bygg nord for eiketrærne.

Sognsvannsbekken har tidligere blitt sterkt forurenset ved tidligere utbygging.

Dammen i sør-enden av reguleringsområdet vil påvirke dyrelivet i Sognsvannsbekken for mye.

Kantvegetasjonen rundt Sognsvannsbekken må bevares. Det nåværende reguleringsforslaget gjør ikke dette: *«Kantvegetasjon motvirker erosjon og demper flom på en naturlig måte. I tillegg hindrer kantvegetasjon forurensning av elver og bekker ved at næringssalter, jord og løsmasser holdes igjen i vegetasjonsbeltet før det når vassdraget. Summen av påvirkninger har sannsynligvis vært så stor at livet i Sognsvannsbekken nå ligger på et slags lavmål (Sandaas & Enerud, 2017). Systemet kan antas å være meget sårbart for ytterligere påvirkning. (side 43)»*

Hestehagene er ikke nevnt. Vi regner med at beitet har bevart mange truede vekster. Hestene bruker nå av pasienter ved psykiatrien på Gaustad. Den er ingen grunn til å flytte de psykiatriske pasientene fra Gaustad. Byggene kan vernes ved fortsatt bruk som psykiatrisk sykehus. Da blir også hestehagene og tilhørende biotop bevart.

Fuglelivet vil ikke tåle helikopterstøyen.

Barn og unge

«Sykehusets barneavdeling ligger vendt mot Gaustadskogen, og to gårdsrom er tilrettelagt for barn som lekeområder. Disse brukes mye, og fungerer som fristed for de minste barna og deres foreldre og søsken. Barn med svekket immunsystem som ikke kan være sammen med andre barn inne, bruker uteområdene. (Fagrapport Friluftsliv barn og unge, side 55)» Disse kan ikke bruke utearealene som før siden den midlertidige helikopterplattformen blir like ved. Barnas grunnleggende menneskerettigheter er ikke ivaretatt.

Trafikksituasjonen

Det er planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak for Nye Rikshospitalet. Eneste alternative adkomst for ambulanser når både Ring 3 og Klaus Torgårds vei er blokkert av kø, er via Nordbergveien/Gaustadveien; dette er ikke konsekvensutredet.

Planforslaget legger bare opp til at ambulanser skal kjøre opp på turvei B1 nedenfor Domus Medica, når det er kø på Klaus Torgårds vei: «I 1A og 1B legges turvei B1 om noe og breddeutvides. På denne måten vil den fungere som en alternativ adkomst til akuttmottaket for ambulanser i situasjoner hvor det oppstår hindringer langs Klaus Torgårds vei. (Fagrapport Avkjøring, internlogistikk og renovasjonsløsninger, side 16)» Dette vil ikke fungere i rushtiden.

Nordbergveien/Gaustadveien er smale små veier som krysser barnas skolevei og ligger inntil 3 barnehager, flere hundre kolonihager og flere tusen boliger.

Det er alltid kø på Ring 3 og Klaus Torgårds vei i rushtrafikken, og det fungerer ekstra dårlig med ambulansetrafikk på Gaustadveien i rushtiden grunnet henting/levering i barnehagene.

Den opptelling av trafikk som har funnet sted i rundkjøringene nede ved Ring 3 er svært mangelfull. Det burde ha vært opptelt trafikk i tillegg på Gaustadalléen, i krysset Gaustadalléen/Klaus Torgårds vei, i rundkjøringen oppe ved Rikshospitalet, på Sognsvannsveien, på Ring 3 i begge retninger, og på Sognsveien ned mot Klaus Torgårds vei. På den måten kunne man beregnet hvor ofte Klaus Torgårds vei og Ring 3 vil bli blokkert av kø. Med funksjonsdelingen mellom RH og Aker, og særlig splittingen av intensiv- og akuttfunksjoner, blir avhengigheten av Ring 3 en stor risiko i seg selv.

Man burde også tatt med i betraktning den økningen av trikke trafikk som kommer. Helse Sør-Øst ønsker å styre over mer av trafikken på Gaustadalléen: «Etter hvert som trafikken blir stor i etappe 2, vil det bli en gradvis overføring av trafikk til Gaustadalléen. Dette skyldes at det vil være bedre framkommelighet her noe som vil balansere ut veksten i Klaus Torgårds vei. ÅDT beregnet over på 10 500 biler i Klaus Torgårds vei vil stagnere eller bli noe redusert. (Fagrapport Trafikkanalyse, side 32.)»

Fremkommeligheten for ambulanser og annen veitrafikk på Gaustadalléen vil bli svært lav helt fra etappe 1, fordi trikken krysser veibanen på 3 steder, og veien vil krysses av trikk minst annenhver minutt.

Det er også samme problem på Gaustadalléen som på Gaustadveien: Det er flere barnehager langs veien, den er veldig smal, den er blokkert med betongklosser, og mange boliger ligger tett på. Gaustadalléen er blokkert i overgangen mot Rasmus Winderens vei, og det er alltid kø i rushtiden på Slemdalsveien ved Vinderen. Det er uklart for oss hvor forslagsstiller tenker seg at trafikken på Gaustadalléen skal kjøre fra: Fra Slemdalsveien/Rasmus Winderens vei er det vanskelig som beskrevet like ovenfor; fra Problemveien blir det 3 kryssinger med trikk som kjører i hvert fall annenhver minutt, og veien er smal og går tett inntil barnehager, UiO, og boliger til mange; og lokalveien på sørsiden av Ring 3 fra Domus Athletica til Gaustadalléen er stengt grunnet byggingen av Livsvitenskapscenteret.

Det er heller ikke godt nok konsekvensutredet hvor anleggstrafikken skal kjøre. Allerede i dag er det store nok problemer med den enkle nedleggingen de gjør nå av fjernvarme på reguleringsområdet. Lastebilene kjører nå opp til krysset mellom Gaustadveien og Sognsvannsveien, og snur der ved å rygge opp på Gaustadveien. Da må de trenges med myke trafikanter som ikke har fortau, syklistere, busser, vanlig trafikk til og fra barnehagen, og etter hvert også ambulansetrafikk til det Nye Rikshospitalet.

Midlertidig helikopterplattform

Vi er negative til at plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen, vest for sykehuset ved nyfødtintensiven og fødestuene, ikke er referert til i plansaken. Den er tiltenkt bruk i +-10 år. Støy, skumslokking, vindforhold, og forurensing fra flybrensel er enda ikke konsekvensutredet selv om det snart er byggestart for plattformen. Vi ønsker at den saken skal refereres til i denne plansaken, og at man vurderer alternative plasseringer som er øst for sykehuset - langt vekk fra sykehusets nyfødte. Dette verner Gaustadskogen, som er definert som *Stille område* i gjeldende kommuneplan, mot støy. Helikopterstøyen kommer til å være i størrelsesorden 95-130 db på fasadene ved nyfødtintensiven (*Notat 102010975-2 (ny støyberegning)*), med den tiltenkte plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen. Dette strider mot konklusjonene i gjeldene plansak, der de fremhever at Gaustadskogen blir skjermet mot ulemper i byggetiden.

Endelige helikopterplattformer

«Premissene for plassering av plattformer [er ikke] avklart (Fagrappport helikopter, side 11)» under plansaken fordi men vet for lite om de nye helikoptrene. Man bare antar at det vil være 60 meter mellom plattformene. Dette er ikke utredet godt nok etter Forvaltningsloven §17. Den danske rapporten de viser til, anbefaler 100 meter mellom senter på plattformene. Dette betyr at de må bygge et høyt tårn oppå det laveste bygget for å plassere en plattform der. Så må de bygge den andre plattformen på det høyeste bygget, med en rampe mellom til nedgangen til akuttheisen. Konsekvensen av høydeforskjellene mellom inngangen til akuttheisen og plattformene er ikke godt nok utredet, hverken sikkerhetsmessig eller det visuelle inntrykket av bygningsmassen.

Støy og vibrasjoner er mangelfullt utredet. Vibrasjonene i byggene er ikke nevnt. Støyen er tidsmidlet etter en formel som ikke er gjengitt, og etter en plassering av helipadene som bare er spekulasjon. Den danske rapporten de refererer til er ikke tatt til betraktning. Med tanke på hva som skjedde i Trondheim

med personskader så virker anbefalingene fra den danske rapporten om høyere helipads være nødvendig for å unngå voldsom vind.

Kulturminner og kulturmiljø

Det er funnet skålgroper som er en type av helleristning, som automatisk er fredet. Disse er funnet ved en tidligere reguleringsprosess på flere steder i området. Det er derfor sannsynlig at denne utbyggingsprosessen vil finne mer fortidsminner som vil forsinke byggeprosessen.



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:16
Mottaker: Plan og bygningssetaten
Referansenummer: PBE-D319-REHZ
Innsendt av: Helle Borgen
E-postadresse: helley@online.no
Mobilnummer: 95068739

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Jeg er i mot planene for utbygging av nytt sykehus på Gaustad. Begge alternativer (og og selv om disse blir tilpasset noe) gir store bygningsvolumer og store høyder på trang tomt opp mot marka og mot det vernede Gaustad Sykehus. Likevel gir sykehuset for få sengeplasser. Dette har vi sett også ved utbygging på Kalnes og A-hus. En eneste trang tilkomstvei gir fare for forsinkelser og kødannelser for ambulanser og øvrig trafikk og ved f.eks brann eller terror vil tilkomsten til sykehuset kunne bli stengt, siden det bare er en vei inn. Dette vil gi ett press på å ha gjennomkjøring i nord, gjennom Gaustadveien og Nordbergveien, som ikke er tatt med i planen. En tilkomstvei er kort sagt ikke realistisk, men noe annet er ikke utredet.

Å bygge så høyt og kompakt vil være lite pandemisikkert, virus spres lettere i slike bygninger og sykehusanlegg enn i mindre og desentraliserte bygg(som Ullevål)

Den lange byggeperioden (15 år) vil gi en uholdbar situasjon for både pasienter på Gaustad og på Rikshospitalet med nær byggestøy, rystelser, helikoptertrafikk og trafikkproblemer. Og også beboerne i området vil få disse problemene. Friområder og grøntområder vil bli ødelagt som rekreasjonsområder for pasienter og borettslag og andre naboer.

Rikshospitalet er et vakkert bygg, stedstilpasset og med et lyst og åpent inngangsparti med den runde plassen foran. Det er bygget som et humanistisk sykehus, og det merker en når en er pårørende der. Arkitekturen gir en god følelse oppi alt det vonde. En går ut av hoveddøra og møter lyset på plassen utenfor. Forslaget vil lukke dette inne bak høyhus og gi skygge og en følelse av innestengthet når en må gå ut og inn av Rikshospitalet. Jeg slutter meg til høringsuttalelser fra Sogn, Norberg, Tåsen vel og fra borettslagene i området og fra sykehusaksjonene i Oslo.



Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:32
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RFTZ
Innsendt av: Anne-Marit Petersen Lie
E-postadresse: annemarit.lie@gmail.com
Mobilnummer: 91530870

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Det er altfor mange ubesvarte spørsmål til å støtte Gaustad/Aker Alternativet. Saken krever en langt bedre utredning enn kun en belysning fra Helse Sørøst selv. Jeg støtter derfor ikke Gaustad/Aker alternativet. Se vedlegg.

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Brev til Plan og Bygningsetaten Gaustad.docx)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Plan og Bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Saksnummer 201704683

Min mening om:

Kunngjøring om offentlig ettersyn - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning – Gaustadalléen 34 - Gaustad sykehusområde

- 1. PBE baserer planforslagene på Gaustad på et samfunnskritisk behov for sykehus- areal og kapasitet i Oslo og regionalt. Undertegnede er ikke enig i at Oslo er i en slik samfunnskritisk situasjon for sykehus-areal/kapasitet at ikke PBE kan komme med et forslag som er byplanmessig og helsefaglig forsvarlig og som de kan stå inne for. Dette blir et av Norges største byggeprosjekter for et sykehus 100 år frem i tid. De fremlagte planforslagene til utbygging på Gaustad er ikke tilstrekkelig utredet til at de kan støttes.**
- 2. Planforslaget avviker fra føringer i Kommuneplanen 2015 og er i strid med høyhusstrategien for Oslo, med nær- og fjernvirkning. Bebyggelse og vei foreslås i grøntområder sør og vest for det fredete Gaustad sykehus. Forslaget har konsekvenser for naturmangfold langs Sognsvannsbekken og i nordre del.**
- 3. Planforslagene viser at det ikke er plass til nødvendig bygningsmasse til det nye sykehuset på denne tomten. Tomten er for liten.**
- 4. Den samlede sykehuskapasiteten i Oslo må planlegges for å kunne tilpasses byens nye krav som følge av vekst og befolkningssammensetning. Den skal også ivareta landsdekkende behov for avanserte medisinske tjenester og forskning. Den mulige samlede kapasiteten på Gaustad og Aker er ikke tilstrekkelig for dette, og gir heller ikke en nødvendig arealreserve for å møte nye behov vi i dag ikke kjenner til.**
- 5. Planen forutsetter at kommunens helsetjenester skal ta over mer av pasientbehandlingen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske og kapasitetsmessige konsekvenser av dette for Oslo og bydelene er ikke klarlagt.**
- 6. Vi er sterkt kritiske til flyttingen av ROS-pasienter fra Gaustad til Aker.**
- 7. Vil sykehusene få en økonomi som gjør dem i stand til å bidra til den forventede nedbetalingen av lån til sykehusutbyggingen, uten at det går ut over deres faglige standard?**
- 8. I beredskapsmessig sammenheng er det avgjørende at et sentralsykehus har flere gode adkomstmuligheter. Planforslagene viser bare én fullverdig adkomst. Hva skjer hvis den blir blokkert? Tomtens beliggenhet gjør det vanskelig å løse adkomsten på en tilfredsstillende måte. Erfaringen med pandemien gjør at det også stilles spørsmål ved om det er fornuftig med høyhus og så stor bygningsmasse samlet på et sted.**
- 9. Anleggsfasen vil vare i 10-15 år, med riggområder i friområder og en av anleggsatkomstene skal gå gjennom tilliggende boligområde. Hva vil det evt koste å kompensere/kjøre ut berørte naboer? Tas det med i regnestykket?**
- 10. Hva vil redusert antall behandlede pasienter i byggeperioden bety i form av tapt inntjening for sykehuset og konsekvenser for pasienter som trenger behandling på Rikshospitalet?**
- 11. Med et stort antall helikopterbevegelser harmonerer det dårlig med støvforskrifter, nabo-hensyn og markatenkningen.**
- 12. Tomten ble allerede i år 2000, da Rikshospitalet ble innviet, ansett som ferdig utbygget.**

- 13. Riksantikvarens innspill om at Gaustad har nasjonal interesse med kulturminneverdi er også viktig å lytte til.**
- 14. Rikshospitalet er blant de delene av OUS som har minst behov for opprustning. Utbyggingskabalen medfører at relativt nye lokaler på 28.000 kvm. må rives for å kunne bygge nytt. Flyttekabalene medfører likeledes at velfungerende og spesialtilpassede sykehusbygg må rives på Ullevål. Hva dette betyr i et klima- og miljøregnskap er ikke utredet.**
- 15. Arealet på Gaustad er i dag et godt fungerende, vellykket og harmonisk utbygget område. Det er verken riktig eller nødvendig å bryte opp og ødelegge dette området når det finnes et alternativt areal på Ullevål hvor det blant annet er 110.000 kvm velfungerende sykehusareal. Ifølge utredninger er tomten tilstrekkelig stor, har gode adkomstmuligheter og ligger i rimelig nærhet til forskningsinstitusjonene. Ullevål/Aker-alternativet er beregnet til å være over 20 milliarder kr rimeligere å gjennomføre enn Gaustad/Aker-alternativet. Det er uforståelig at gode og faglige spesialfunksjoner som f.eks traumeavdelingen og CBNR-senteret ved Ullevål skal rives opp.**
- 16. Planforslagene må få en reell behandling hvor det tas hensyn til byplanmessige konsekvenser, helsetjenestene og økonomi for samfunnet som helhet, og hvor det ikke henvises til argumenter som tidsnød og mangel på tomter.**

Private innspill fra:
Anita Asdahl Hoff
Elin Horn Galtung
Anne-Marit Lie
Frances Simonsen
Bydel Vestre Aker



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 07.06.2021 kl.23:48
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-REQZ
Innsendt av: Elin Horn Galtung
E-postadresse: galtung.elin.horn@gmail.com
Mobilnummer: 92086010

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Viser til Mail sendt tidligere i dag fra Anita Asdahl Hoff på vegne av flere, blant annet meg, med våre argumenter mot det foreliggende planforslaget.

Med vennlig hilsen
Elin Horn Galtung

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Karl Ove Vika Sørensen
Brekkelia 8f
0882 Oslo

7.juni 2021

Plan- og bygningsetaten Oslo kommune

Vedr: Gaustadalléen 34 – Gaustad sykehusområde – Detaljregulering med konsekvensutredning

Innledning

Jeg skriver denne høringsuttalelsen som pårørende til en pasient som har vært innlagt på Rikshospitalet med alvorlig sykdom. Pasienten var innlagt i nesten et halvt år, kun med korte perioder hjemme. Det er mye med planene om det nye gigantsykehuset på Gaustad jeg kunne uttalt meg om ut fra min erfaring som pårørende, men jeg vil konsentrere meg om anleggsfasen og da spesielt støy sett opp mot planene om full sykehusdrift i denne perioden som vil vare over flere år.

I planforslaget er det en fagrapport som konsekvensutreder anleggsfasen og heter «Nytt sykehus på Gaustad. Fagrapport Anleggsfasen». Det er en veldig overordnet rapport som blant annet behandler støy i anleggsperioden på en veldig overordnet måte uten å behandle hvordan støyen vil påvirke sykehusdriften i denne perioden, og perioden vil vare over flere år.

I alle planer så skal det være full sykehusdrift på Rikshospitalet under hele anleggs- og byggeperioden som for de foretrukne alternativene, 1A eller 1B, vil vare fra 2022-2030. Den første perioden på 2 år er det rive- og grunnarbeider, og det er også den perioden med mest støy og også kun den perioden som er støy utredet i fagrapporten. De resterende fasene er ikke støy utredet selv om det til tider vil være betydelig støy i de fasene også.

Erfaring som pårørende til pasient på Avdeling for blodsykdommer

Som pårørende til en pasient med alvorlig blodsykdom har jeg opplevd hvor viktig det er for pasienter med et rolig og stille miljø under behandling. Over 90% av alle pasienter i Norge som får denne sykdommen blir behandlet på Rikshospitalet på Avdeling for blodsykdommer som ligger i fløy C3, en av fløyene mot Gaustad sykehus. I en fase av behandlingen av disse pasientene har ikke kroppen noe immunforsvar da deres eget immunforsvar er utryddet av cellegift og erstattet med nye stamceller fra en donor, og de nye stamcellene skal danne ny «blodfabrikk» i kroppen og dermed nytt immunforsvar. Dette tar tid, så mens kroppen forsøker å danne ny «blodfabrikk» ligger pasientene på spesialisasjonsrom med overtrykk slik at det er full kontroll på luften som kommer inn i rommet. Disse rommene ligger ut mot det området hvor det skal graves, sprenges, pigges og spuntes i 2 år før man kan bygge den nye garasjekjelleren, og deretter skal byggene L1 og L2 bygges rett utenfor vinduene og stenge mye av lyset og utsikten til det grønne.

Disse pasientene ligger og klamrer seg til livet og teller sekund for sekund og minutt for minutt, og støyende omgivelser er ikke et sted hvor de kan behandles. Og støy for dem kan være døren inn til rommet som åpnes for brått. Eller lukkes for hardt. For ikke å snakke om helikopterstøyen når det av og til kommer et helikopter. Det er nesten uholdbare minutter. Nå planlegges det arbeid med mye høyere støy som skal pågå hele dagen, hver dag i flere år. Og det nesten under sengene på de som ligger der.

Fagrapporten forventning om støy opp mot Oslo kommune støyforskrift

I «Fagrapport Støy» som også ligger ved i planforslaget er det listet opp ulike forskrifter om støy, blant annet i tabell 16 hvor Oslo kommunes støyforskrift med grenseverdier for tillatt støy fra bygg- og anleggsvirksomhet står listet opp. For sykehus er grenseverdien 50 dBA i tidsrommet 07.00 – 23.00 om sommeren og 55 dBA om vinteren. Det er forbud mot støyende virksomhet mellom 23.00 og 07.00.

I «Fagrapport Anleggsfasen» viser vedleggene at for store deler av Rikshospitalet og Gaustad sykehus vil det være støy over disse grensene i de 2 årene grunnarbeidene vil pågå. For C3 fløyen hvor Avdeling for blodsykdommer ligger vil støyen variere mellom 60-65dBA i de «rolige» periodene med graving og massetransport til over 75dBA i perioden med spunting. Hvor langt over 75dBA står det ikke da over 75dBA er høyeste på skalaen som er brukt. Når vi i tillegg vet at en økning på 3dB er en dobling av lydeffekt er den forventede støyen mange ganger høyere enn grenseverdiene til Oslo kommune.

Som tiltak for å begrense den forventede støyen lister fagrapporten opp følgende tiltak:

- Velge anleggsmaskiner med så lavt støynivå som mulig
- Informasjonsmøter
- Utarbeide støykalender med prognoserte støynivåer og tidsrom for når disse vil pågå
- Varsling i god tid
- Tilby alternativ overnatting dersom det er nødvendig
- Bruke brakker som støyskjerm
- Overvåke støynivåer og vibrasjonsnivåer med varsler til entreprenør og byggherre ved overskridelser
- Begrensninger i driftstid

De støyreducerende tiltakene vil ikke fungere

Tiltakene som er listet opp i fagrapporten er det ingen med erfaring som pasient, pårørende eller ansatt som tror på og under vil jeg argumentere hvorfor:

- Velge anleggsmaskiner med så lavt støynivå som mulig
 - I utgangspunktet et positivt tiltak som vil ha noe effekt, men anleggsmaskinene vil nok ikke være hovedstøykilden. Det er det sprenging, graving, pigging og spunting som vil være. Uansett vil det være støy fra anleggsmaskinene og det rett utenfor vinduene.
- Informasjonsmøter
 - Informasjonsmøter hjelper ikke pasienter. De er syke og det hjelper ikke å få informasjon at nå vil det bli støy fra 07.00-18.00 når man ligger fast i sengen og må ha hjelp for å gå på do.
- Utarbeide støykalender med prognoserte støynivåer og tidsrom for når disse vil pågå
 - Hjelper kun hvis man kan velge når man skal bli syk. Nå sier støykalenderen at det skal være ekstra mye støy i de 6 månedene eller 2 årene så da kan jeg ikke bli syk. Slik fungerer det dessverre ikke.
- Varsling i god tid.
 - Hva skal man si. Hjelper ikke de syke. Sykdom planlegges ikke.
- Tilby alternativ overnatting dersom det er nødvendig

- Hvor kan man tilby alternative spesial isolasjonsrom og flytte hele avdelinger?
- Bruke brakker som støyskjerm
 - Umulig når planen er å sprengne, grave, pigge og spunte helt inntil byggene. For det første så er det ikke plass til brakker mellom veggene og byggegropen, men om det skulle vært plass så vil lyden gå i bakken og den forplanter seg godt.
- Overvåke støynivåer og vibrasjonsnivåer med varsler til entreprenør og byggherre ved overskridelser
 - Bare ved å begynne jobben vil man overskride støyforskriftene
- Begrensninger i driftstid
 - Det hjelper ikke å være stille om natten når man støyer hele dagen.

Nå har jeg kun uttalt meg spesifikt om hvordan det vil være på Avdeling for blodsykdommer i fløy C3 for det er den jeg kjenner som pårørende, men dette vil gjelde mange av avdelingene på Rikshospitalet i anleggsperioden. Og så må vi heller ikke glemme at dette også vil gjelde for pasientene på Gaustad sykehus. De trenger også behandling i stille og rolige omgivelser.

I tillegg må man også tenke på de ansatte på Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Det vil være særdeles vanskelig for dem å gi det gode tilbudet de gir til pasientene i dag, hvis de må jobbe i et støyende miljø. For dem så ville de klart det om det var for en kortere periode, men her snakker man om flere år. Det er umulig å drive sykehus under slike forhold.

Tiltak som vil fungere

Slik jeg ser det så er det kun to tiltak vil fungere og det er følgende:

- Flytte mange av avdelingene ut fra Rikshospitalet i byggeperioden, men spørsmålet er hvor? Man kan ikke ha full drift på Rikshospitalet i alle disse årene, så da må man etablere de aktuelle spesialavdelingene på andre steder i Oslo i byggeperioden.
- Bygge på Ullevål i stedet for på Gaustad på en tomt som egner seg mye bedre og hvor man kan bygge uten at man bygger rett under sengepostene til de sykeste pasientene.

Håp for fremtiden

Jeg håper at PBE ser at byggingen av gigantsykehuset på Gaustad med alternativ 1A eller 1B er umulige å gjennomføre samtidig som man har full drift på Rikshospitalet og på Gaustad sykehus. Tomten er alt for liten med de planene som foreligger nå. I de opprinnelige planene med lokk over Ring 3 ville det vært en annen historie, men slik tomten er nå så er det ikke et alternativ som lar seg gjennomføre med Oslos egne forskrifter uten spesialtillatelser og det håper jeg PBE og Oslo kommune setter ned foten for.

Når resultatet i tillegg ikke vil gi et sykehus for fremtiden for Oslo innbyggere håper jeg at man setter foten ned og legger planer som også sikrer gode sykehus for Oslo sine innbyggere langt inn i fremtiden. Den mest åpenbare løsningen er utbygging på den beste sykehustomten i Oslo, Ullevål.

Til slutt vil jeg takke Rikshospitalet og de fantastiske legene og sykepleierne der for å ha reddet livet til min pasient. Uten de fantastiske ansatte, det gjennomtenkte bygget og de flotte rolige

omgivelsene ville ikke vedkommende ha vært her i dag. Hadde sykdommen inntruffet under en byggeperiode som den som planlegges, vet jeg at jeg ikke kunne skrevet det samme. Da hadde pasienten gitt opp underveis. Så har vi råd til å risikere at pasienter gir opp pga støy og andre belastninger under en byggeperiode av et sykehus som ikke er fremtidsrettet for Oslo?

Med vennlig hilsen

Karl Ove Vika Sørensen



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 08.06.2021 kl.00:58
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RETZ
Innsendt av: Stephen Joseph Jørgen Peter Von Tetzchner
E-postadresse: s.v.tetzchner@psykologi.uio.no
Mobilnummer: 91363982

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse

Det er en lang rekke alvorlige problemer med forslaget om å flytte de fleste av funksjonen fra Ullevål sykehus til Gaustad (og Aker). Plassbegrensningen gjør at bare noen få av dem kan bli berørt i dette innlegget.

Rikshospitalet må bevares som spesialsykehus og eventuelle mindre utbygninger må utelukkende rette seg mot denne funksjonen. Ullevål sykehus, med sin store og fleksible tomt, gjør det mulig å tilpasse sykehuset i takt med befolkningsøkningen og den medisinske og tekniske utvikling må være regionsykehus for Oslo-området.

Tomta på Gaustad er for liten til å omfatte både et spesialistsykehus og et regionsykehus, og det er ikke mulig å utvide området på en praktisk måte.

Rikshospitalet er et spesialistsykehus av avgjørende betydning for det medisinske tilbudet i hele landet. Dersom det skulle bygges ut med regionale oppgaver ville det få alvorlige negative konsekvenser for denne spesialistfunksjonen.

En kjempemessig kloss av en høyblokk vil bryte med fredningen av Gaustad sykehus og området generelt.

En utbygging over flere år på det begrensede området på Gaustad vil redusere det medisinske tilbudet over lang tid, ikke bare i Oslo, men for hele landet. Det vil være svært belastende for pasienter og helsepersonell, og representere en stor risiko for unødige helseskader og dødsfall.

Oslo er i den heldige situasjon at byen har en stor og velegnet tomt for sykehusbygging, som gjør det mulig å opprettholde full drift mens nye bygg blir oppført. Det er også mulig å rive gamle bygg og frigjøre plass til nybygg uten vesentlig belastning på omkringliggende bygninger. Det



er dessuten mulig å komme til sykehuset fra alle kanter (nord, øst, syd og vest), noe som kan være avgjørende for å få fram syke eller skadede pasienter og personell i situasjoner med store ulykker eller katastrofer.

Avstanden mellom bygningene på Ullevål sykehus gjør det spesielt egnet til å håndtere pandemier uten at det blir unødig reduksjon av tilbudet til andre pasienter. I et høyhus vil det være vanskelig å isolere alvorlig smitte, særlig når den har et stort omfang, og de mange plasskrevende heisene som trengs i et slikt bygg, ville være en kilde til smittespredning. Det kunne bli nødvendig å velge mellom pasienter med pandemisk sykdom og andre pasienter. Resultatet kunne - til tross for stor innsats fra leger og annet helsepersonell - bli katastrofalt. Et sykehus som ikke kan håndtere en slik situasjon må unngås for en hver pris!

Ullevål sykehus er en godt organisert traumeavdeling, som er i stand til å håndtere mange pasienter samtidig, slik det forekommer ved store ulykker og katastrofer.

At Ullevål-tomten også kan brukes til boliger er underordnet det faktum at det er mye vanskeligere å finne egnede tomter for store sykehus, mens boliger kan bygges på både store og små tomer og over hele byen.

Det var forutseende politikere som for hundre år siden sikret en tomt som har dekket et viktig behov i hundre år og som kan dekke det i hundre år til. Det vil være et alvorlig misgrep dersom denne tomten blir solgt eller brukt til noe annet enn det den i dag er regulert til.

Innsender

Hvem er det som uttaler seg?

Meg selv som privatperson

Fra: randiwernererichsen@gmail.com
Sendt: mandag 7. juni 2021 22.58
Til: PBE Postmottak
Kopi: 'Bente Odner'
Emne: Høringsuttalelse til planforslag for Gaustad sykehusområde, saksnr 201704683
Vedlegg: Høringsuttalelse til planforslag for Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde, saksnr 201704683.pdf; Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen, versjon 200521.pdf; Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019.pdf; Referanseliste Underlagsnotat OUS revidert 180521.pdf

Kategorier: Haster

Plan- og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Vedlagt sendes

**Høringsuttalelse til planforslaget for Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde
Detaljregulering med konsekvensutredning. PBE saksnr 201704683**

Vår gjennomgang av fem fagrapporter er lagt inn som vedlegg sist i dokumentet.

Videre sender vi som orienterende vedlegg vårt «Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen, versjon 200521», kalt Underlagsnotatet;

Et notat fra april i år, «Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019».

Til disse sendes med en Referanseliste Underlagsnotat OUS revidert 180521.

Med håp om et godt resultat av behandlingen av reguleringsplanen

Vennlig hilsen

Bente Odner, e-post knu-od@online.no

Randi Werner-Erichsen, e-post randiwernererichsen@gmail.com

Høringsuttalelse til planforslaget for Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde

Detaljregulering med konsekvensutredning PBE saksnr 201704683

Innledning

Vi viser også til vårt vedlagte «Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen – versjon 200521», et faktnotat om saksbehandling i OUS og HSØ, og om reguleringsplanleggingen. Betegnes her Underlagsnotatet. I år har vi lagt til parallellnotatet «Trekk fra reguleringsplanleggingen for OUS på Gaustad 2011 – 2019».

Til dokumentene hører en Referanseliste med klikkbare referanser til mer enn 80 % av referansene. Vi oppgir også i uttalelsen her noen referanser, på formen **(xx)**.

Aktuelle forkortelser her: FS-Forslagsstiller. PL-Planforslag.

Våre kommentarer i kursiv.

Vi innleder med en Oversikt med historikk over hovedinntrykk av «målilde»planen, og om utvikling av planen fram til idag. Dette er relevant fordi det viser at planen bygger på et sviktende grunnlag.

Oversikt med historikk

- Hvordan målbildet ble til s 1
- Fremdrift av målbildeplanen i perioden juni 2016 til mars 2021 s 4
- Kapasitet s 5
- Forprosjekt s 6

Planforslaget for Gaustad sykehusområde s 6

Her tar vi for oss byggene og forholdet til omgivelsene. Dette suppleres med avsnitt der vi går nærmere inn på viktige delområder, med underlag fra planforslaget med PBEs kommentarer, rapporter og annet tilgjengelig materiale

- Geologi og grunnforhold s 8
- Anleggsfasen s 10
- Kulturminner og kulturmiljø s 15
- Trafikk, med vekt på veikapasitet og adkomstmuligheter s 18
- ROS-analyse s 20

Vi ser «målilde»planene om å bygge på Gaustad og Aker, spesielt på Gaustad, er vanskelige å gjennomføre under de trange forholdene på tomtene. Det er ingen virksomhetsplan for sykehusene, og fordelingen mellom dem endres etter behov. Det fører bl.a. til problemer med tilstrekkelig spesialrom.

Tre sykehus legges ned, de erstattes av to konstruerte sykehus.

Oversikt med historikk

Hvordan «målildet» ble til

Utbyggingsplanene for OUS etter HSØs målilde er vanskelige å gjennomføre. Det snakkes fremdeles om et samlet og komplett regionsykehus på Gaustad, men det ble klart få måneder etter målbildevedtaket 24.6.16 at alle regionfunksjonene ikke

får plass på Gaustad. Regionfunksjoner som traumebehandling blir delt mellom Gaustad og Aker sykehus mot avdelingens advarsel.

Planforslaget har «målbildet» som forutsetning. Vi mener det er viktig å beskrive grunnlaget for det.

«Målbildet» er fremkommet ved manipulering og uredelig saksbehandling, og ved å sette til side styrevedtak. Det påviser vi bredere i det vedlagte Underlagsnotatet. Ullevål sykehus er snakket ned, og Gaustad- utbyggingen opp. En påstand som tydelig ikke holder er at forstyrrelser av sykehus i drift under bygging vil bli mindre på Gaustad enn på Ullevål.

Kritisk kvalitetssikringsrapport fra Opak/Metier jan-feb 2016 og annen sakkyndig kritikk av utbyggingsplanene på Gaustad er ignorert. OUS egne fagfolk, støttet av kolleger fra hele landet, er heller ikke hørt.

Oslo kommune (OK) og PBE ble i siste halvår 2015 forelagt fra OUS en plan med bredt parklokk over Ring 3, mulighet for sykehusbygg på sydsiden, og en god forbindelse til Marka. Det var også sagt fra OUS at om de valgte å beholde Ullevål fikk de ikke Aker sykehus.

OK stilte betingelser om hensyn til gamle Gaustad og Rikshospitalet da de gikk inn for målbildet med utbygging på Gaustad og Aker.

Disse løfter og betingelser er ikke oppfylt.

Om ignorering av styrevedtak:

I Planforslaget s 15 står det: «Gjennom behandling av Idéfaserapport 2.0 i styret ved OUS våren 2015, ble et nytt alternativ konkretisert: delvis samling på Gaustad kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området»

Dette var manipulert, som del av OUS og HSØ-ledelsens arbeid for å eliminere Ullevål.

En dekkende gjengivelse av styrearbeidet i OUS fra våren 2015 og videre er:

9. april 2015 vedtok OUS-styret etter forslag fra ansattes styremedlemmer at det skulle utredes lokalsykehus i tillegg til alle alternativ, altså til både delt løsning Gaustad-Ullevål og til Gaustad sør med lokalsykehus utenfor hovedsykehuset. Tilleggsvedtaket er ikke fulgt opp i OUS saksbehandling fram mot OUS styremøte 28.1.16, da OUS-styret anbefalte «målbilde»vedtaket.

En vesentlig manipulering: Fordi OUS i 2015 hadde ansvar for 6 bydeler, og Ullevål hvis det skulle bestå måtte ha 4 som underlag for traumeenheten, bestemte OUS-ledelsen høsten 2015 at det var for lite bydeler til å bygge lokalsykehus i alternativet delt løsning.

I foretaksmøte med helseministeren 24.6.16 ble vedtatt:

«Foretaksmøtet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde».

Det er vedtatt at Alna skal flyttes til Oslo i første fase.

Men lokalsykehus i tillegg til Ullevål ble ikke utredet. – OUS skal ha kjent til vedtaket om overføring før nyttår 2015

- Med dette forsvant Ullevål fra utrednings-opplegget til OUS.

Fase 1 planlegges for to bydeler for lite.

Fremdrift av målbildeplanen i perioden juni 2016 til november 2020.

Se også Underlagsnotatet fra s. 9: «Om videre utredning og saksbehandling etter „målbilde“vedtaket 24.6.16 fram til juni 2019»; og videre t.o.m. s. 11; og vedlagt «Trekkt fra reguleringsplanarbeidet for OUS på Gaustad 2011-2019»

Konseptfaseutredningen ble vedtatt igangsatt av HSØ, sak 72/2017. Det ble levert en rapport 16.11.18, men der var ikke tatt inn at i mai-juni 2018 var det ved risikovurdering i OUS påvist at fødsler, barn og kvinnesykdommer ikke kunne være igjen på Ullevål uten akuttinntak til fase 2. Det ble utarbeidet en ny rapport ved siden av den første.

I HSØ sak 72/2017 ble også vedtatt: «Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette.»

Det er arbeidet med reguleringssakene. PBE har hele tiden påpekt at tomtene er trange. Spesielt er det for trangt på Gaustad, også med mulig sykehusbygg sør for Ring 3. OUS og HSØ har til og med innspill mars 2017 til oppstartmøte kommunisert skriftlig til Oslo kommune og PBE at bygg på sydsiden med lokk over Ring 3 er mulig. Samtidig har HSØ alt fra saksunderlag ved vedtaket av «målbildet» 16.6.16 nevnt at de ønsker å bygge bare på nordsiden, uten at dette ble kommunisert til PBE og Oslo kommune. Statens Vegvesen har fra januar 2016 varslet at lokk over Ring 3 ikke kan realiseres, definitivt i november 2018. Et «skyggespill» har pågått mellom HSØ og PBE helt fram til da.

PBE varslet så HSØ om høy reguleringsrisiko.

Se vedlagte «Trekkt fra reguleringsplanarbeidet...»

Konseptfaserapportene ble godkjent i HSØ-styret i sak 50/2019, 20.6.19. Det ble samtidig vedtatt å gå videre med prosjektet. Det ble også vedtatt

Endret opplegg for traume- og akuttfunksjonene.

Fagfolkene i Traume- og akutteneheten var ikke hørt i planleggingen av nye Rikshospitalet på Gaustad, men deres innspill førte tre år etter «målbilde»-vedtaket til at HSØ/OUS innså at planleggingen av traume- og akuttavdelingen var for dårlig. Det ble gjort vedtak i HSØ sak 50/2019, 20.6.19 (24) om å øke pasientunderlaget og å presse inn nødvendige akuttfunksjoner på Gaustad i fase 1, f.eks. trykktank og høysmitte-isolater (høysmitteisolatene er senere flytte til Aker pga plassmangel på Gaustad).

HSØ-styret ba 20.6.19 adm. dir. om å gjennomføre et arbeid som inkluderer interregional og internasjonal deltakelse, for å kvalitetssikre og ytterligere konkretisere driftskonseptene og den faglige fordelingen av akuttmedisin og akuttkirurgi mellom Aker og Gaustad.

5.3.2020 ble OUS gitt oppdrag fra HSØ i foretaksmøte **(25)** å utarbeide en rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye OUS.

Vi har 1.4.20 gjort PBE oppmerksom på dette tillegget av rapport(er) som nå ville komme. 3.4.20 sendte PBE spørsmål til HSØ med spørsmål: „Vi forventer at dere meddeler oss dersom dette har noen betydning for planforslaget“ (PBE 201704683-219). – HSØ ved prosjektorganisasjonen svarte 24.4.20 (PBE 201704683-226) at „....

eventuelle justeringer av virksomhetsmessige forhold vil bli løst innenfor de overleverte reguleringsplanforslagene for Aker og Gaustad.“

Rapporteringen endte med 8 fagrapporter, levert i oktober 2020. Ansattes tillitsvalgte fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet leverte til OUS styremøte 20.10.20, der OUS vedtok å gå inn for å sette i gang forprosjekt, en “Protokolltilførsel til 8 rapporter 12.10.20”, se (34), s. 806-14, og/eller PBE sak 201704683-309-2, der det ble påpekt at:

«Den samlede gjennomgangen av de fremlagte rapportene avdekker store mangler i planene for Nye OUS. Det foreligger ikke et endelig gjennomarbeidet forslag til fordeling av virksomheten ved de ulike lokalitetene....» Se mer underlag i Underlagsnotatet fra s 18.

Fordelingen av kirurgisk virksomhet mellom Nye Rikshospitalet og Nye Aker gjennomgås på nytt.

Det ser ikke ut til at fagfordelingen er fastlagt per i dag, etter det som finnes av informasjon på OUS og HSØs nettsider.

Kommunikasjonen er for dårlig

Det som gjennomgås ovenfor om manglende forståelse av hva som må finnes i traumeavdelingen og ledelsens manglende evne til å lytte til fagfolkene, er et alvorlig bevis på at kommunikasjonen generelt er for dårlig. Det gjelder både i og mellom HSØ og OUS, i saksbehandlingen og i byggesakene. - Risikoen ved at kvinner, barn og fødsler ble tilbake på Ullevål uten akuttavdeling tok det først to år å oppdage, så ble det ikke formidlet til konseptfaseutredning før deres rapport var ferdig et halvt år senere.

Vi har registrert dårligere kommunikasjon mellom HSØ og OUS-styret fra medio desember 2020, se Underlagsnotatet fra s 22.

Kapasitet

Se også Underlagsnotatet, «Kapasiteten ved utbygging etter «målbildet, s 31.

I det hele er det en stor usikkerhet om bygningene på Gaustad og Aker dimensjoneres store nok. HSØ har bygget sykehusene på Ahus og Kalnes for små.

I kapasitetsberegningene som pågår i 2021 ses en tendens til å beregne kapasitetsbehovet så lavt som mulig. Belastningen på kommunens omsorgsarbeid øker sterkt i de kommende årene, se rapporten «Sykehusutbygginger i Oslo (2021) (51). Samtidig ser vi fra OUS 11.4.21: «OUS har en ambisjon om at 30% av de tjenester vi leverer i 2030 er i form av avstandsoppfølging gjennom telefon- eller videokonsultasjoner eller spesialisthelsetjenester der vi kommer hjem til pasienten istedenfor at pasienten kommer til poliklinikk/dagbehandling eller er inneliggende».

Dessuten nevnes et tall på 48 000 liggedøgn årlig som kommunen skal overta. Det skal nå opprettes «helsefelleskap» mellom helseforetak og kommuner for å bedre samarbeidet. Det har vært snakket om slike tiltak i flere år, men lite konkret er gjort. Det påpekes av sykepleierrepresentanten i HSØ-styret 22.4.21 (Underlagsnotatet, s 27 nederst)

Man får en mistanke om at HSØ/OUS vil ha ned kapasitetsbehovet i de sykehusene som skal bygges, for å kunne bygge mindre.

Modellen for dimensjonering, utnyttelsesgrader, åpnings- og behandlingstider skal være nærmere beskrevet i konseptrapporten «Videreutvikling av Aker og Gaustad, Konseptrapport, Oslo universitetssykehus HF», datert 16.11.2018 (kapittel 3.5 i hovedprogrammet). I vårt arkiverte eksemplar datert 16.11.18 finnes ikke den referansen, og vi finner heller ikke omtale av modellen annet sted i rapporten.

Sitat fra FS framstilling s 13 i PL: «I den nasjonale modellen er det lagt inn en forutsetning om samarbeid med kommunen om de pasientene som trenger det mest. Denne er også benyttet for lokalsykehusfunksjonene i OUS og innebærer en reduksjon i framskrivingen av senger tilsvarende 22 på Nye Rikshospitalet og 65 på Nye Aker. Faktoren uttrykker en ønsket utvikling med styrking av tjenester i kommunen og hjemmet.»

Nye Rikshospitalet og Nye Aker er planlagt med 85 prosent utnyttelsesgrad, mot Kalnes-sykehuset som har 90% utnyttelsesgrad. Men hjelper det hvis sykehusets totalvolum likevel er for lite?

FS, PL s 14: Ved behov for økt kapasitet utover Nye Rikshospitalet og Nye Aker, slik det er planlagt, har administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF (i sak 050-2019) tilrådd at man på lengre sikt vurderer etablering av et nytt lokalsykehus i søndre del av Oslo. *Tidsangivelsen er feil. Dette ble gjort alt i HSØ sak 6, januar 2019, rett etter første konseptfaserapport forelå. Se også Underlagsnotatet s 11.* – Planer og tomt for dette sykehuset eksisterer ikke, og det strider mot HSØs mål om å redusere antall sykehus.

Forprosjektfasen fra november 2020

Forprosjektfasen i målbildet, som skulle bygget på ferdig konseptfase, er vedtatt satt i gang 26.11.2020; og altså med et tilleggsunderlag til de TO konseptfaserapportene på 8 fagrapporter fra oktober 2020, se henvisningene over.

Traume- og akuttfunksjonen med kirurgien blir delt mellom sykehusene mot de ansattes tilråding. Region-traumesenteret skal være på Gaustad, det stemmer ikke med at hovedmengden av kirurgien skal være på Aker.

Det viser seg nå under arbeid i forprosjektet med Gaustad- og Aker-utbyggingen at det er «konkurrans» mellom fagområdene for å få plassert et nødvendig antall spesialrom i sykehusene. En bekymringsmelding fra fagorganisasjonene er levert ledelsen, men er ikke tatt inn i styredokumenter til møtet 30.4. (Underlagsnotatet fra s 28). Se også referater fra OUS styremøter i Underlagsnotatet fra s 18, møtet 20.10.20, og videre. Risikobildene viser vansker med å få plass, f.eks. er tilgjengelig areal til laboratorier for OUS i Livsvitenskapsbygget justert ned til 12 000 fra 30 000m².

Planforslaget for Gaustad sykehusområde

Først i dette avsnittet har vi en kort gjennomgang av hovedtrekkene i planforslaget. Som vedlegg i fortsettelsen av dokumentet ligger vår kritiske gjennomgang av de fagrapportene vi anser som de viktigste i Planforslaget for nye OUS på Gaustad:

- Geologi og grunnforhold s 8
- Anleggsfasen s 10
- Kulturminner og kulturmiljø s 15
- Trafikk, med vekt på veikapasitet og adkomstmuligheter s 18
- ROS-analyse s 20

Byggene i forhold til tomtene og ønsket innhold

Tomten var regnet som ferdig utbygget med nåværende Rikshospital. Den er for trang for å få plassert så store bygg som ønsket, innbefattet 160 000 m² sykehusbygg.

Nybyggingen skal gjøres ved å legge nybyggene på det nåværende torget til Rh og videre sydover langs Sognsvannsbekken. Da må fløy C1 i nåværende Rikshospital rives. Det pågår en komplisert rocade (se også Underlagsnotatet s. 25, Risikobilde Nye Rikshospitalet...).Erstatningsbygg for C1 ser vi ikke er funnet til nå (primo juni 2021).

Det er høydeforskjell på 15 m fra nåværende sykehus til Ring 3.

Det gir tungvinn kommunikasjon mellom de planlagte nivåene. Sammenhengen mellom byggene i det skrånende terrenget er ikke god. Det blir trafikk i bratte kulverter.

Hva angår byggenes egenskaper viser vi til høringsuttalelse fra sykehusarkitekt Tor Winsnes, PBE dokument 201702683 – 432.

I et innlegg i Dagens Medisin 1.6.21 av Bjørn Christophersen, spesialist i klinisk biokemi og fysiologi: «Covid 19 vil endre sykehusplaner verden rundt» framholdes at lave sykehusbygg med egne innganger til avdelinger for smittede er mer egnet enn høyhus med kompliserte ventilasjonssystemer. Rom med smittede pasienter må ha undertrykk, så smitten ikke slipper ut.

At sykehus bør ligge i lave bygg har også vært framholdt av mange andre under covid 19-pandemien. Ullevål sykehus, utbygget sammen med et lokalsykehus på Aker, er mye bedre egnet enn det man vil få ved målbildeutbyggingen på Gaustad-Aker.

Det er stor risiko ved brann i de høye husene. Det er/blir ikke god vei for brannbiler rundt hele nye Rikshospitalet. Se vedlegget **ROS-analyse** (her i fortsettelsen av denne beskrivelsen fra s 20).

Omgivelsene

Terrenget er bratt, med mulig risiko for ras.

Det er funnet kvikkleire i (ved Sognsvannsbekken) og like utenfor planområdet (Gaustabekkdalen, ved Ris skole og ved Klaus Torgårds vei (Universitetskrysset)). Det er ikke utredet hvilke virkninger en tung utbygging like i nærheten kan ha på disse områdene. Områdestabiliteten er ikke ivaretatt. Se vedlegget **Geologi og grunnforhold** (her i fortsettelsen).

Under hele anleggsfasen skal Rikshospitalet være i full drift. Påvirkningene på pasientene og sykehuset av støy, støv og rystelser er ikke utredet. De foreslåtte avbøtende tiltakene er ikke relevante.

Anleggsveien gjennom boligområdet i vest er ikke akseptabel, den gir meget høy risiko. Omleggingen av den viktige turveien B1 kan ikke godtas. Anleggsfasen er uforenlig med et sykehus i drift. Se vedlegget **Anleggsfasen** (her i fortsettelsen fra s 10).

HSØs foretrukne utforming av sykehuset ses i forslag 1A. Her er bygghøyden opp til 52 m. Sognsvannsveien legges om, til tett innpå muren til Gaustad sykehus. Store deler av grøntområdet mellom sykehusene bygges ned.

Byantikvaren har uttalt at «Den omlagte veien viser i alle skisserte alternativ full konflikt med kulturminner i det fredete Gaustad sykehus med omliggende landskap....»

Vi går nærmere inn på dette i vedlegget **Kulturminner og kulturmiljø**, fra s 15 .

Den første fagrapporten om kulturminner og kulturmiljø ble ikke godtatt av HSØ/Sykehusbygg, som fikk laget en ny med en mer positiv konklusjon. Det er viktig at denne fagrapporten også omfatter kulturmiljø. Den planlagte utbyggingen vil være ødeleggende for gamle Gaustad sykehus, for det bevaringsverdige parkområdet, for Rikshospitalet, og for samspillet mellom de to sykehusene. Se vedlegget **Kulturminner og kulturmiljø** (her fra s 15).

Naturen i og rundt planområdet skades. Spesielt gjelder det området i vest langs Sognsvansbekken. Det tilstrebes å holde avstand for bygg 20 m til bekken, men det bygges murer for gang/reservekjørevei ned til 5 m øst for bekken opp til kommende akuttmottak. Kantvegetasjonen skades og kan ødelegge flomstabilitet.

Hele bekkedalen blir skjemet og vanskelig framkommelig i anleggsfasen. Det planlegges anleggsbro fra sideveien i Slemdalsveien over bekken. Gjennomgangen for turvei B1 blir farlig å opprettholde. Barns lekeområde (Krokodillebukta) ødelegges. Gaustadskogen skades. Et viltdrag i nord vil sannsynligvis bli stoppet. Plasseringen av brakkerigger rundt i området vil gi varige skader på naturen.

Rekken med fire høyhus på ca 52 m er over Osls høyhusnorm (på 42 m). Helikopterdekk kommer på toppen. Byggene ødelegger åsprofilen og overfyller området.

Vi antar at problemet med skade på natur og ferdsel, og nedbygging av natur, tas opp i høringen av Naturvernforbundet og Oslo Elveforum. Se også vårt vedlegg **Anleggsfasen** fra s 10.

Naboer til byggeområdet blir skadelidende i anleggsfasen på 10 -15 år. De som bor langs anleggsveien inn fra Slemdalsveien bør få erstatningsbolig, her blir det for farlig å bo.

Det er også mange naboer ovenfor sykehusområdet. Ved siden av anleggsstøy og støv vil de få problemer med anleggstrafikken på sin eneste tilkjøringsvei som er Sognsvannsveien.

Naboene har levert mange sterke og vektige protester.

Se også vedlegget **Trafikk**, fra s 18 .

KONKLUSJON

Planforslaget vil gi et dårlig fungerende sykehus som ikke gir nok kapasitet. Regionfunksjonene vil ikke bli samlet, men delt mellom Gaustad og Aker.

Kravene til områdestabilitet er ikke ivaretatt, det er fremdeles usikkerhet om virkningene på kvikkleireforekomstene i nærheten av sykehuset - særlig for boligområdet i vest.

Anleggsfasen, som den er beskrevet, vil ha store negative virkninger på Rikshospitalet i full drift, på boligområdene i nærheten, og på naturen. Anleggsveien gjennom boligområdet kan ikke aksepteres.

Utbyggingen vil være ødeleggende for naturen langs Sognsvannsbekken, gamle Gaustad sykehus, Rikshospitalet og for hele kulturmiljøet.

VEDLEGG

Vår kritiske gjennomgang av de fagrapportene vi anser som de viktigste i Planforslaget for nye OUS på Gaustad:

- Geologi og grunnforhold s 8
- Anleggsfasen s 10
- Kulturminner og kulturmiljø s 15
- Trafikk, med vekt på veikapasitet og adkomstmuligheter s 18
- ROS-analyse s 20

GEOLOGI OG GRUNNFORHOLD

Setninger og rystelser i anleggsfagen

Fra **fagrapporten Geologi og grunnforhold** (s 38): «Terrengsetninger som følge av utbygging kan føre til sprekker og ujevne flater på terrenget utenfor eksisterende bygg. Det kan gi påhengslaster på peler som medfører mer last på pelene enn de er dimensjonert for.» Setninger på terrenget er spesielt kritisk der det går trikkespor. Dette står under alternativene 2A og 2B, men må også gjelde i alternativ 1A og 1B hvor det er bygging på parkeringstomten (bygg K), som ligger like opp til trikkesporet.

Fra **Samlerapport konsekvensutredning**, vedlegg til planforslaget: (s 70)

«Dype utgravninger og graving under grunnvannstand kan medføre setninger på nærliggende konstruksjoner. Dersom byggene må peles til berg, kan installasjon av peler medføre setninger på terrenget rundt.» Dette står under alternativ 2A og 2B, men det må da også gjelde for alt 1A og 1B.

Utgravningen for nytt parkeringshus vil foregå i nærheten av gamle Gaustad sykehus. Setninger i grunnen som følge av utgravning eller grunnvannssenkning kan føre til skader på de fredete gamle bygningene.

Utbyggingen er planlagt helt inntil eksisterende sykehus i drift. Samlerapporten: **6.12.7** (s 69) : « I 1A og 1B er den største skaderisikoen i forbindelse med rystelser i

anleggsfasen at det bygges nært opp til Rikshospitalet og Domus Medica-området. Her er det blant annet medisinsk utstyr som er følsomt for rystelser. Dersom bygningene ikke er fundamentert på fjell er de utsatt for setningsrisiko ved utgravning av byggegrop.» Likevel konkluderes det slik: « For alle planalternativene vurderes konsekvensgraden til ubetydelig.» (!)

Det foreslås på s 95 i samlerapporten avbøtende tiltak som å overvåke vibrasjonsnivåer med varsler til entreprenør og byggherre ved overskridelser, utarbeide grenseverdier, etablere rystelsesmålere på utsatte konstruksjoner og bruke metoder som gir mindre rystelser. Her står det ingenting om medisinsk utstyr, hvor feil kan være livstruende for pasienten. I **ROS analysen** (egen rapport, s 22) står det nevnt at «For grenseverdier knyttet til rystelser må det avklares hvor ømfintlig det medisinske utstyret på Gaustad (*Rikshospitalet*) er for rystelser. Dette skulle vært avklart før planforslaget ble levert inn.

Områdestabilitet

Det er påvist kvikkleire i området ved Slemdalsveien 89, i nærheten av Ris skole, og ved rundkjøringen i Klaus Torgårds vei (Universitetskrysset) (fagrapporten s.17) , (Berdal Strømme 1992).

Det er i fagrapporten sett spesielt på området ved Slemdalsveien 89 (s. 24—25) og ved rundkjøringen i Klaus Torgårds vei (s.26). Det konkluderes med at helningen av terrenget er for slak til at områdeskred kan utløses, og det henvises til **NVEs veileder nr 1/2019 Sikkerhet mot kvikkleireskred**, heretter kalt veilederen. Er denne uttalelsen vurdert av eksperter?

I denne veilederen Kap 3.2. Prosedyre for utredning av områdeskredfare, Tabell 3.1 angis aktsomhetsområde når total skråningshøyde er over 5 m, eller hellende terreng brattere enn 1:20, og høydeforskjell over 5 m. På s. 4 i veilederen står det «Inngrep i slakere terreng enn kriteriene angitt i prosedyren i Kap 3.2 kan også medføre områdeskred, men fanges ikke opp av denne veilederen..... Slike problemstillinger må ivaretas av geoteknisk prosjektering» (vår understrekning)

Slemdalsveien 89 er i NVEs tiltakskategori 4, som er den strengeste, med bl a sykehus, og boligområde med mer enn 2 enheter, veilederen s 25. Erosjon ved bekker/elver kan forverre stabiliteten i et område med kvikkleire/sprøbruddmateriale, veilederen s 55 (**6.2.1. Erosjonssikring**). Fra veilederen s 54, (**6.1. Generelle hensyn**): «Utredning av områdeskredfare kan konkludere med behov for erosjonssikring og stabiliserende tiltak for å oppnå tilfredsstillende sikkerhet mot skred. Plan for anleggsgjennomføring og føringer for videre prosjektering og utførelseskontroll skal beskrives, inkludert behov for eventuell senere detaljprosjektering av stabiliserings- og anleggstiltak. Det bør så tidlig som mulig avklares om sikringstiltaket er mulig å gjennomføre. Valg av sikringsmetode kan være av betydning for planens gjennomførbarhet.» (vår understrekning).

Fra **fagrapporten** s 25: «Lokalstabiliteten ned mot Sognsvannsbekken og eventuell erosjonssikring mot Slemdalsveien 89 bør vurderes nærmere i den videre prosjekteringen, og håndteres som en del av den videre byggesaken.»

Dette skulle vært foretatt før planforslaget ble levert, og kan ikke utsettes til videre prosjektering.

Fra veilederen s 54, **(6.1.2. Anleggsdrift)** : «Planlegging av anleggsdrift er særlig viktig ved gjennomføring av sikringstiltak i områder med kvikkleire/sprøbruddmateriale der det er dårlig stabilitet. Det må vies spesiell oppmerksomhet til og utvises stor aktsomhet ved utførelse av f.eks. anleggsveier.»

Fra **fagrapporten** s 25: «Det bemerkes også at fremtidig utbygging av sykehus ikke er planlagt vest for Sognsvannsbekken i noen av alternativene, slik at det planlagte tiltaket ikke påvirker forholdene i dette området»

Dette er ikke riktig. Det er planlagt en anleggsvei fra Slemdalsveien i vest med bro over Sognsvannsbekken. En slik anleggsvei må dimensjoneres for tunge kjøretøy med tung last. Det er også her planlagt en midlertidig helikopterlandingsplass, så vidt vi forstår på et høyt tårn, som da må fundamenteres godt.

Helikopterlandingsplassen er tatt ut som et eget prosjekt, og vises ikke i dette planforslaget. MEN både anleggsvei og helikopterlandingsplass er svært tunge inngrep i nettopp dette terrenget. Hvordan vil det påvirke kvikkleireforekomsten her, og erosjonen i bekken?

«I områder med kvikkleire og andre sprøbruddmaterialer er det ofte andre problemstillinger enn skredfare å ta hensyn til», veilederen s 54.

I planforslaget er det ikke nevnt konsekvenser for områder som ligger nærheten av, men utenfor planforslagets grense. Det er heller ikke nevnt andre virkninger på nærområdet enn ras. Kan den store utbyggingen gi setninger, virkning på fundamentering av bygninger og på veier? Dette gjelder alle de områdene hvor kvikkleire er påvist, som Ris skole, Livsvitenskapsbygget, langs Ring 3 og i rundkjøringen i Klaus Torgårds vei.

Fra **fagrapporten** s 26: «på bakgrunn av ovenstående vurderes krav til områdestabilitet å være ivaretatt iht NVEs kvikkleireveileder 1/2019.»

Vi mener dette ikke er ivaretatt.

ANLEGGSFASEN

Den viktigste risikoen i anleggsfasen er at det bygges tett ved og til dels inne i sykehus i drift, vi tar derfor for oss dette først. Sidehenvisninger er til fagrapporten.

Konsekvenser for sykehus i drift

Støy (8.3. s 33)

Fig 23 (s 34) viser område med støyende anleggsvirksomhet for utbygging i etappe 1. Her ser en at Rikshospitalet, som skal være i full drift, vil bli omgitt på tre kanter

av byggegrop med sprengning, spunting og rivearbeider. «Alle planalternativene har stor støybelastning på nærliggende boliger, barnehage og sykehus.» (s 35)

Vedleggene (ligger sist i rapporten) **1d**, og**1e** viser pigging, graving og massetransport tett opp til Rikshospitalet og Domus Medica i 2022. Vedleggene **2a** og **2b** og **2c** viser spunting tett på Rikshospitalet og gamle Gaustad i 2023, og **3d** og **3e** viser pigging, graving og massetransport samme steder. Dette viser at det vil være støybelastning i høyeste støysone for hele Rikshospitalet østside i perioden 2022 - 2023. Dette er ikke akseptabelt for svært syke pasienter.

Rystelser (8.5. s 38).

«I 1A og 1B er den største skaderisikoen at det bygges nærme Rikshospitalet og Domus Medica-området.» (s. 38)

«Det bør utarbeides grenseverdier på hvilke rystelser som kan tillates i anleggsperioden». (s 45). Hva om rystelsene overskrider det tillatte? Skal en da stoppe utbyggingen? Skade for pasienter kan da allerede ha skjedd.

«Det forutsettes at omfang av rystelser kontrolleres i byggeperioden ved bruk av overvåkningsprogram der det settes ut rystelsesmålere» (s 38).

Dette er ikke godt nok. Vi viser til vår uttalelse til fagrapporten **Geologi og grunnforhold** hvor vi også har tatt opp dette (s. 8 -10). Det dreier seg om følsomt medisinsk utstyr og måleinstrumenter hvor feil kan være livstruende. Da holder det ikke med «overvåkning», det må være sikkerhet for at det ikke kan oppstå feil.

I tabellen s 39 er Rystelser i anleggsfasen satt som ubetydelig. Hvilket grunnlag har man for å si dette? Det rimer ikke med sitatet ovenfor: «I 1A og 1B er den største skaderisikoen.....»

Avbøtende tiltak «Tiltak for å minimere plagegraden av støy for beboere og pasienter»: (s 44) (gjelder både støy og rystelser).

- Velge anleggsmaskiner med så lavt støynivå som mulig.
- Informasjonsmøter
- Støykalender med prognoserte støynivåer og tidsrom for når disse vil pågå
- Varsling i god tid
- Tilby alternativ overnatting dersom det er nødvendig
- Bruke brakker som støyskjerm
- Overvåke støynivåer og vibrasjonsnivåer med varsler til entreprenør og byggherre ved overskridelse
- Begrensninger i driftstid.
-
- Av dette er det bare det første og det siste tiltaket som har relevans for sykehuset. Behandlingen av pasientene kan ikke rette seg etter når det er lite støy og rystelser. Behandlingen må skje når pasienten trenger det. Tiltak 5 og 6 er verdiløse for pasientene. Brakkene er planlagt mellom støysonen og gamle Gaustad og vil ikke hjelpe for Rikshospitalet.

- Disse tiltakene er ikke relevante for et sykehus i drift.

Riggområder (6.2. s 16)

Riggområdene er plassert tett opp til Gaustad sykehus. I nord får naboene brakkene tett på, og de er i konflikt med vandringskorridor for vilt (Foringelse av økologiske funksjonsområder s 31). Denne vandringskorridoren vil bli ødelagt av anleggsarbeidet, og vil også bli vanskelig å gjenskape med økt utbygging i nord i andre etappe. Riggområder tar uteområde for barnehagen og lekeområder for barn, som er vanskelige å erstatte. Dette forandres ikke ved at en «Detaljert plassering av riggområdet skal vurderes av en fagrådgiver med naturmangfoldskompetanse i forbindelse med en miljøoppfølgingsplan eller tilsvarende i en senere fase.» (6.2.5. s 23).

Anleggsadkomster (6.2.1. s 19)

«Tiltaket har behov for egne anleggsadkomster tilknyttet ulike riggområder. Dette er et viktig risikoreduserende tiltak.» Dette er svært viktig, men er ikke gjennomført her.. Anleggstrafikk skal etter planen gå sammen med annen trafikk, og der det er planlagt egen anleggsvei, gir denne ny risiko:

« - inn enveiskjørt trafikk fra Ring 3 via Slemdalsveien, over Sognsvannsbekken. Utkjøring fra byggeplass rett ut på rampen fra Ring 3 med kjøretning mot Slemdalskrysset.» Risikoen for gående som må krysse denne anleggsveien er stor.

Svært mye anleggstrafikk vil bli samlet i Slemdalsveien. Statens vegvesen har uttalt i Dialogmøte 8, 16.5.2019 (PBE sak 201704683-154) : «...er mer skeptisk til anleggstrafikk her (gjelder rampen til Slemdalsveien), hele Slemdalskrysset må vurderes.» Avkjøringsrampen er smal, og utkjørselen på den vil være vanskelig for store anleggskjøretøy. Rampen er samtidig avkjøringsveien fra Ring 3 til store boligområder i vest via Slemdalsveien.

Anleggstrafikken gjennom boligområdet i vest er uakseptabel, selv med de tiltak som beskrives. Gangfelt over anleggsveien foreslås, eventuelt med trafikksikkerhetsvakter ved fotgjengerovergangene (s 40). Dette er et område hvor det bor mange barn, og det er helt urealistisk å tenke at disse overgangene skal kunne sikres i hele den tiden anleggstrafikk vil kunne kjøre her (kl 7 - 19 (21)). Overgangene inngår også i omleggingen av turveien.

Det er usikkert hvor mye grunnen ved Sognsvannsbekken tåler av belastning. Vi viser til vår uttalelse til fagrapporten **Geologi og grunnforhold**, fra s 8. Anleggsveien må dimensjoneres for meget store kjøretøy med tung last.

Det er også planlagt en midlertidig helikopterlandingsplass i nærheten. Helikoptertrafikk er en viktig del av sykehusdriften. Landingsplassen er tatt ut som eget prosjekt og ikke vist på kartet. Det er svært begrenset hvilke mulige steder landingsplassen kann være, så dette MÅ sees i sammenheng med sykehusplanleggingen. Det vil også være anleggstrafikk når denne skal bygges, og

den vil belaste grunnen. Det er ikke tatt med i denne rapporten i det hele tatt og utsettes til senere faser. Det er uakseptabelt. Konsekvensene og risikoen berører samme naboer, grunnforhold og trafikksituasjon, og MÅ ses i sammenheng.

Fremkommelighet (6.2.3. s 21)

Under hele anleggsfasen skal Rikshospitalet være i full drift. Ved oppføring av H blokkene legges midlertidig inngang nær dagens personalinngang. Ved oppføring av I byggene flyttes inngangen helt nord i området (fig.14, s 21). Det blir da meget lang vei fra trikkeholdeplassen. «Aktuelt tiltak for anleggsfasen er å periodevis stenge holdeplass i store deler av anleggsperioden. Endeholdeplass for trikk flyttes til Gaustadalleen» ((10.1. Oppfølgingstiltak fra ROS, s 46), Denne avstanden er ikke nevnt på s 21. Man må da krysse Klaus Torgårds vei, hvor det går anleggstrafikk.

Hensyn til turveien (6.2.4. s 22)

Her er vist hvordan turveien «ivaretas». «Hovedveien til Nordmarka (turvei B1)». (s. 27) blir redusert til et smalt fortau langs anleggsveien, som også må krysses (fig. 13, s 20 og fig. 26, s 41); Det vurderes også en trase: «inngjerdet gjennom anleggsområdet» (8.2.2. s.27). Er det lovlig? Dette er ikke problematisert i det hele tatt, og blir betegnet som at tilgjengeligheten blir noe svekket. (s 27) I praksis vil turveien bli nærmest brutt i hele anleggsperioden.

Turveien øst for Gaustad sykehus (B5) er ikke opparbeidet, og har en dårlig forbindelse under Ring 3. Den er derfor ikke noe alternativ til turvei B 1.

Trafikale konsekvenser (8.1.1. s 25)

Her er også Sognsvannsveien nevnt blant de veiene anleggstrafikken fordeles på. Sognsvannsveien er eneste adkomstvei for et ganske stort boligområde nord for Rikshospitalet. Her går også buss (rute 40).

«Konsekvensene som følge av anleggstrafikken er søkt minimert ved å lede trafikken raskest mulig ut på overordnet veinett»

Største del av anleggstrafikken vil gå Klaus Torgårds vei ut på Ring 3. Her skal den gå sammen med vanlige trafikk til sykehuset og bebyggelsen nordenfor, ambulanser, buss og sykkelfelt.

Det påstås at «De trafikale konsekvensene som følge av anleggstrafikken er uten betydning for fremkommelighet og tilgjengelighet for øvrig trafikk på veisystemet, herunder også ambulansetransporten. Dette gjelder også mot overordnet veinett.» (vår understrekning) (s 26).

Dette kann ikke være riktig.

Naturmangfold (8.2.3.1. s 29) Varig skade på grunn av anleggsaktivitet.

Fjerning av kantsonevegetasjonen vil være nødvendig. «Kantsonevegetasjonen bidrar til erosjonssikring og naturlig flomdemping». «Sognsvannsbekkens kantsone er av stor verdi, og antas å bli forringet i en lengre periode på grunn av inngrepene.» (s 29). Dette må sees i sammenheng med vår uttalelse til fagrapporten **Geologi og grunnforhold** (her, fra s 8) om erosjon ved bekker i forbindelse med nærliggende kvikkleirefunn, og om stabiliteten i området. Denne sammenhengen er ikke nevnt her.

«Sognsvannsbekken er i dårlig forfatning og avrenning kan føre til ytterligere forringelse. Dette kan i verste fall medfører stor negativ konsekvens for vassdraget.» (s 31).

Det skrives videre at «Grunnlaget for å vurdere potensiell forurensing er relativt tynt i denne planleggingsfasen. I senere faser er tiltakshaver ansvarlig for å fremskaffe mer spesifikk informasjon om virksomhetens konsekvenser og hvordan planlagte byggeaktiviteter påvirker vannforekomsten» (s.31).

Her utsettes igjen til senere faser. Denne informasjonen skulle vært fremskaffet før planforslaget be levert inn, og særlig når vurderingen er at det kan medfører stor negativ konsekvens.

ROS-analyse (10. s 46)

Det er regnet opp de viktigste identifiserte risikoforholdene som må hensyntas i anleggsperioden. Det eneste som står under bygging ved sykehus i drift er:

«Før anleggsstart bør det gjennomføres risikovurdering av planlagte anleggsaktiviteter og påvirkning på sykehusdrift. Risikovurderingen sikrer tilstrekkelige adkomstmuligheter for brannvesen, plasseringer av møteplasser ved brann, tilgjengelighet til slukkevann, Videre bør det vurderes behov for sikringstiltak av anleggsområder for uvedkommende.» Det bør avklares restriksjoner på tidsrom for støyende arbeider, og det vises til de samme tiltakene, nevnt tidligere (s 44) under avbøtende tiltak, som vi mener ikke er relevante for et sykehus i drift.

En slik ROS-analyse MÅ gjøres og skulle vært gjennomført før planen ble levert, og kan ikke utsettes. Vi viser til høringsuttalelsen fra Redd Ullevål Sykehus som tar opp den juridiske siden av dette.

Det MÅ også gjennomføres en ROS-analyse som ser alle sykehusene i sammenheng, særlig når det gjelder beredskap og trafikk. Her må også alternativet med Ullevål, Rikshospitalet som landsdekkende sykehus og Aker som lokalsykehus være med, og veies opp mot «målilde»-planen.

Konklusjonen er at en anleggsfase som beskrevet er uforenlig med et sykehus i full drift.

KULTURMINNER OG KULTURMILJØ

Historikk

Fra **Fagrapport Kulturminner og kulturmiljø** datert 31.1.20 (PBE sak 201704683 - 192-2).

«Rapporten er utarbeidet av Kulturminneconsult AS og kulturminnefagressurser fra Sykehusbygg HF på vegne av Helse Sør-Øst RHF. Mye av faktagrunnlaget for rapporten ble fremskaffet og bearbeidet av planrådgiver Rambøll AS og kulturminneressurser fra Sykehusbygg HF.» (s. 1)

Vi sendte 15.2.20 mail til PBE (PBE sak 201704683 - dok 196) hvor vi bl a skrev:

«Om Sykehusbygg som er tiltakshaver på vegne av HSØ har hatt innflytelse i utarbeidelsen kan det gi vridning i bedømmelsen av påvirkningen på kulturminnene».

«Det er kjent at et godt kvalifisert team som hadde til oppgave å lage rapporten ble tilsidesatt fordi konklusjonen deres ikke passet for Sykehusbygg og HSØ, se vedlagte innlegg fra sivilarkitekt Alma Oftedal i Morgenbladet 10.1.20»

«Den foreliggende kunnskap om firmaet Kulturminneconsult og om samarbeidet med Sykehusbygg; og de vurderingene som kommer frem i rapporten; gjør at vi mener at den ikke er objektiv og bør settes til side.»

Det er det samme firmaet (Kulturminneconsult AS) som har laget rapporten som nå ligger ved planforslaget, og vurderingene er de samme.

Ny Fagrapport Kulturminner og kulturmiljø, datert 27.1.21, (PBE 201704683, 321-32) Denne omtales videre som fagrapporten.

Det er planlagt omlegging av Sognsvannsveien som gir et stort inngrep i det grønne området rundt gamle Gaustad. Den ødelegger oppkjørselen til den fredete hovedbygningen, og isolerer en del av parken fra resten av grøntområdet. Helheten i det bevaringsverdige grønne området rundt Gaustad blir ødelagt.

Vi viser til Byantikvarens kommentar i Dialogmøte 8 om Gaustad (PBE sak 201704683-154): «Den omlagte veien viser i alle skisserte alternativ full konflikt med kulturminner i det fredete Gaustad sykehus med omliggende landskap. Alle de skisserte alternativene viser konflikt pga inngrep i den grønne omrammingen om Gaustad og avstand til de fredete bygningene. Forholdet til øvrige kulturminner er også konfliktfylt. Veibredden er også problematisk.»

«Alternativene medfører noe nedbygging av den vernet landskapsparken» (vår understrekning) (fagrapporten s 56). Landskapsparken vil bli ødelagt av den foreslåtte adkomstveien til sykehuset. Den største delen av alleen opp mot hovedbygningen på Gaustad går tapt.

Det sies i fagrapport(en) (11.1.1 s 55) at den nye hovedinngangen til Rikshospitalet vil etablere en mye sterkere visuell kontakt mellom Rikshospitalet og Gaustad - noe som «antas å anspore til videre bruk av den historiske bygningsmassen på Gaustad.

En vitalisering av Gaustad vil kunne bidra til å styrke vernet av Gaustad gjennom bruk.»

Den beste måten å styrke dette vernet på er å beholde Gaustad for det det er bygget som – psykiatrisk sykehus, ved å bygge nye bygg og rehabilitere de fredete byggene. Dette vil være det beste for pasientene, fremfor at de blir flyttet til Aker med små og støyutsatte uteområder. Det er også fra fagfolk innen psykiatri pekt på at det å samle psykiatrisk og somatisk behandling som på Aker ikke er det beste for pasientene.

Bakgrunnen for å bygge på Gaustad var «fri beliggenhet med frisk luft, god utsikt, sollys og lite støy.» (fagrapporten, s 30). Ikke noe av dette får pasientene på Aker. På Gaustad brukes ikke bare det grønne nærområdet i behandlingen, men også Marka som er lett tilgjengelig. Om Gaustad skal brukes videre som psykiatrisk sykehus, vil det være ødeleggende med den planlagte utbyggingen på Rikshospitalet og omleggingen av Sognsvannsveien.

«Rehabilitering av de opprinnelige kjøkkenhagene» (fagrapporten s 56) vil ikke bøte på dette. Dyrkingen mister sin funksjon når den ikke er en del av pasientbehandlingen, slik den opprinnelig var. Det er helt usannsynlig at naboene vil bruke denne dyrkingsmuligheten tett opp til en trafikkert vei. Mange av naboene har egne hager, og de som ikke har det, har bedre muligheter for slik dyrking nærmere blokkene de bor i.

Verdivurdering gamle Gaustad

Gamle Gaustad er blant landets aller fremste kulturminner, og er gitt stor verdi på verdiskalaen. Også bygningene i den bevaringsverdige landskapsparken er gitt stor verdi. Det er viktig at bevaringsverdien gjelder ikke bare selve bygningene, men hele miljøet og helheten, som er unik ikke bare i norsk, men også i internasjonal sammenheng.

Verdivurdering Rikshospitalet som kulturminne

Rikshospitalet idag er gitt middels verdi på verdiskalaen. Det er bygget for å tilpasse seg gamle Gaustad, og det fungerer meget godt.

Konsekvenser

Vi viser til PBEs tilbakemelding på konsekvensutredning Kulturminner - på Aker sykehus , sendt 29.1.21 (PBE sak 201704677-199):

Der vises til Miljødirektoratets veiledning til konsekvensutredninger: «De mest alvorlige konsekvensene av tiltaket skal komme klart frem, som vil si at en stor virkning ikke skal slås sammen med en mindre virkning og konkludere på middels virkning.» (vår understrekning. Fra den samme veilederen (s 4) «Det er også en forutsetning at de faglige vurderingene som er gjort, både med hensyn til verdi, påvirkning og konsekvens begrunnes.» (vår understrekning). Denne avveilingen av

positive og negative virkninger mot hverandre går igjen i alle vurderingene som er gjort i fagrapporten.

Dette kommer tydelig frem i konklusjonen om konsekvenser for **Gaustad** sykehus (fagrapporten s 42): «Planalternativet fører til at både dominansen og avsondretheten som begge var viktige, tilsiktede virkninger ved det gamle anlegget, reduseres. På den annen side bidrar planalternativet til at Gaustad sykehus trekkes frem og blir en integrert del av hele sykehusbebyggelsen» (vår understrekning).

«Påvirkningen blir derfor middels negativ.» Den konklusjonen kan ikke godtas i følge Miljødirektoratets veileder, omtalt over.

Vi mener også at den positive påvirkningen er overdrevet, og at det her skulle stå stor negativ påvirkning. Dette er spesielt viktig fordi Gaustad er et så viktig kulturminne og kulturmiljø.

Konsekvensene for **Rikshospitalet** (fagrapporten s 43): «Den nye bebyggelsen bryter imidlertid med skalaen til Rikshospitalet, og det er en viss mulighet for at dette kan svekke de arkitektoniske kvalitetene. Dette må sees i sammenheng med at det nye sykehuset blir bedre lesbart.» Det er vanskelig å forstå hva som egentlig menes med den siste setningen, og at dette skal være en positiv virkning. Det står videre «Med det nye adkomsttorget vil besøkende intuitivt bli ledet mot hovedinngangen ved adkomsten til sykehuset.» Den nye inngangsplassen vil være skyggefull og med mye trafikk, i motsetning til den nåværende, som er solfylt, med utsikt og nærhet til det grønne området ved Sognsvannsbekken.

Konsekvensen for Rikshospitalet er satt til lite negativ påvirkning.

Den nye bebyggelsen bryter fullstendig med skalaen til Rikshospitalet, og den nye inngangsplassen gir en dårligere adkomst til sykehuset enn den nåværende. Vi mener at dette totalt må betegnes som stor negativ påvirkning.

Om Rikshospitalet: «Tiltaket vil medføre at kulturmiljøet blir noe skadet ved rivning av enkelte deler, men vil stort sett ikke endre den historiske lesbarheten» Hva menes med dette? (fagrapporten s.43) Vi kan nevne at for å få den nye bebyggelsen til å fungere sammen med den gamle, må en fløy (C-blokken) rives. Det er fremdeles store problemer med å finne erstatningslokaler for de viktige sykehusfunksjonene som er her.

Også i **9. Konsekvenser** (s. 52-53) i fagrapporten slås negative og positive konsekvenser for kulturminneverdiene igjen sammen til å gi en i sum mindre negativ konsekvens: «Den samlede konsekvensgraden for planalternativene 1A og 1B vil derfor bli middels negativ konsekvens»

Vi mener at de positive konsekvensene som blir beskrevet i rapporten er sterkt overdrevet og til dels feil. At man kan skimte gamle Gaustad fra inngangsplassen forstyrres av den nye høye bebyggelsen som rammer inn denne plassen (bygg I 1 og I 2) slik at det ikke oppleves som «en integrert del», og at dette ikke er en så positiv konsekvens som det påstås.

Utbyggingen ødelegger det fine samspillet som i dag er mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus

Konklusjonen er at utbyggingen vil gi en ødeleggende påvirkning på kulturminner og kulturmiljø.

TRAFIKK - MED VEKT PÅ VEIKAPASITET OG ADKOMSTMULIGHETER

Fagrapporten Trafikkanalyse legger ganske ensidig vekt på trafikken innenfor planområdet, med rundkjøringen i Klaus Torgårds vei, del av Universitetskrysset, som et slags ytterpunkt. Det regnes med at området vil klare trafikkøkningen. Det kan være riktig. Men trafikkbildet utenfor planområdet er av stor betydning. Dette gjelder for bil på og fra Ring 3. Gående og syklister må også ha gode nok veier.

Adkomstveier for bil, med kommentarer til trafikk og tilgjengelighet

Rikshospitalet har kun en hovedadkomst, via Ring 3 og Klaus Torgårds vei. Ringveien er sterkt trafikkert. Man ser ganske lav hastighet, og til dels stopp i trafikken i rushtidene, om ettermiddagen fra ca kl 14 til 18. Ambulanser kan forsinkes mye her. Som alternativ omtales Gaustadalleen. Befaring nylig viser at den er en smal vei ned mot Rasmus Winderens vei, sperret med betongblokker. Om disse tas vekk vil likevel Gaustadalleen bare gi adgang vestfra, fra øst bare etter lengre omkjøring, fordi Winderens vei er sperret ved Blindern stasjon.

Gaustadalleen kan nås østfra via Kirkeveien-Blindernveien-Problemveien. På denne ruten med bil må man krysse trikkelinjen minst to ganger.

Den delen av Problemveien som går på nedsiden av Ring 3 fra Universitetskrysset til Gaustadalleen er nå stengt pga byggingen av Livsvitenskapsbygget. Denne byggeperioden vil strekke seg inn i Nye Rikshospitalets. Men når Problemveien fra Universitetskrysset til Gaustadalleen åpnes igjen vil den for alle som kommer via Ring 3 ha samme trafikkproblemer som Ring 3. - Om man skal unngå Ring 3 vil det også senere måtte kjøres på småveier for å komme øst- eller sydfra til Gaustadalleen.

Det er bare en mulig adkomst til Rikshospitalet i tillegg, det er via Nordbergveien-Gaustadveien, gjennom Solvang hagekoloni og det ganske tett bebygde området nord-øst for sykehusene. Veien er nå stengt med et gjerde etter pålegg fra kommunen. Det flyttes ved nødvendig tungtransport til Statnetts anlegg som ligger i veienes møtepunkt.

Beboere og andre som er kjent i området ser det høyst sannsynlig at Nordbergveien MÅ åpnes om det skal bygges ut så mye på Gaustad.

Det er mulig med noen omkjøring via villaveier fram til Klaus Torgårds vei, men det er kronglete.

Bare mangelen på adkomstmuligheter bør stoppe Gaustadutbyggingen.

Forbindelsen mellom Gaustad og Aker sykehus er også via Ring 3.

Nytt forslag til varig trafikkorganisering, Trafikkanalyse pkt 6.1.3, aktuelt forslag 1 A

«Det etableres ny enveiskjørt adkomstløsning til den nye hovedinngangen, og Sognsvannsveien flyttes nærmere Gaustad sykehus med en omlagt trasé rundt Lindekollen. Bevegelseslinjene for gående og syklende opprettholdes gjennom

sykehusområdet, med blant annet forbindelse til Gaustadskogen i vest, ny gangbro over Sognsvannsbekken, samt flere bevegelseslinjer gjennom Universitet i Oslo sine arealer på Domus Medica. En ny parkeringskjeller bygges under parkområdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Eksisterende parkeringshus bygges om og suppleres med nytt varemottak og tilrettelegges for videre utvikling i senere utbygningsetapper» .

Det skal bygges en nødadkomst opp mot det nye akuttmottaket på vestsiden fra avkjøringsrampen mot vest fra Ring 3 mot Slemdalsveien.

Det planlegges andre og bedre veier for gående og syklist.

Innvendinger mot varige tiltak

Sognsvannsveien som skal legges tett opp til muren på det fredete Gaustad sykehus er ødeleggende for sykehuset og parken.

Parkering er tenkt å følge sykehjemsnormen, den må bli for lav ved et landsdekkende sykehus med en sentral traumeavdeling.

Nødadkomsten blir trang og vanskelig, spesielt ved toveis trafikk. Adkomsten til den er fra den enveiskjørte avkjørselen fra Ring 3 til Slemdalsveien

Vi finner ikke angitt hvor nedkjøringen til den nye parkeringskjelleren skal være.

Veier for fotgjengere og syklist er ifølge PBE for dårlige. De myke trafikantene må sikres bedre. Det stilles krav om opparbeidelse av sykkelveier og fortau med god nok standard, og rekkefølgekrav for å få dem på plass i tide. Kulverten for Gaustadalleen under Ring 3 er for smal for å gjennomføre forbedringene med den ventede trafikkøkningen.

Den såkalte «Markaportalen» til turvei B1 gjennom sykehuset blir for trang og får iflg PBE for mange funksjoner på liten plass.

Tiltak i anleggsperioden

Det skal altså bygges en nødadkomst opp mot det nye akuttmottaket på vestsiden fra avkjøringsrampen mot vest fra Ring 3 mot Slemdalsveien. Denne er også tenkt som anleggsvei for masseutkjøring, da tenkes en enveiskjøring UT her.

Anleggstrafikken skal gå inn gjennom anleggsvei gjennom boligstrøk vest for Sognsvannsbekken, og på ny anleggsbro over bekken. I maks-timen kan det regnes med en bil hvert fjerde minutt i boligveien. Alle veiene i området vil bli brukt til anleggstrafikk. Der skal det gå 30-70 anleggstransporter i timen på det meste. Dette er iflg FS en konservativ betraktning.

Dette regner FS med ikke vil ha innflytelse på trafikken på vegnettet for øvrig!

«Anleggsperioden varer over flere år, med rigg- og anleggsområder flere steder i planområdet. Det skal være mulig å ivareta eksisterende trafikk i planområdet, men det kan være noe redusert fremkommelighet for brannvesen i anleggsfasen. Dette bør følges opp videre når det etableres detaljerte faseplaner for anleggsgjennomføringen».

Innvendinger mot forhold i anleggsperioden:

Anleggstrafikken gjennom boligstrøk er livsfarlig.

Anleggstrafikken vil forstyrre sykehus i drift med støy, støv, rystelser og luftforurensning. Fotgjengere vil måtte krysse anleggstrafikk. Trikkeholdeplassen skal flyttes et stopp tilbake og gir lengre, og ubehagelig, gangavstand for fotgjengere, særlig når midlertidlig hovedinngang i deler av anleggsperioden flyttes helt nord på Rikshospitalet.

Se også vårt vedlegg **Anleggsfasen**, fra s 10

– Som vi bemerker på flere punkter i uttalelsen er det ikke holdbart som angitt om anleggsperioden at: «...(fremkommelighet for brannvesen) bør følges opp videre når det etableres detaljerte faseplaner for anleggsgjennomføringen». Slike planer må på plass før eventuell godkjenning av reguleringsplanen

Sognsvannsveien vil bli lagt om i flere omganger. Dette vil gi trafikkhindring for beboerne i nord, og kan fremprovosere åpning av forbindelsen Nordbergveien-Gaustadveien.

Det kan ikke være holdbart at beboerne i Slemdalsveien som har enveiskjørt anleggstrafikk forbi seg skal måtte kjøre gjennom anleggsområdet for å komme ut? Heller ikke at utrykningskjøretøy må kjøre på den måten.

ROS - ANALYSE

5.2.1.1. (s 19) Masseutglidning/kvikkleire

«Krav til områdestabilitet ivaretatt. Aktuell hendelse er mindre/lokal skredhendelse i sydvestlige deler av planområdet. Konsekvenser vurderes som en viss fare for liv og helse/stabilitet og vil i hovedsak gjelde anleggsfase (anleggsarbeid). Risikonivået vurderes som økt pga anleggsgjennomføring.» (s 20). I dette området ligger det boliger som ifølge NVEs kvikkleireveileder 1/2019 er i samme tiltakskategori (4) som sykehus. Vi forstår ikke at usikkerheten her kan settes som lav, og at det er satt som grønt risikonivå.

«På bakgrunn av det overstående vurderes krav til områdestabilitet å være ivaretatt iht til NVEs kvikkleireveileder 7/2014» (s 19). Hvorfor er det her ikke henvist til den nyeste veilederen fra 2019? I fagrapporten **Geologi og grunnforhold** vises til NVEs kvikkleireveileder 1/2019. Vi viser til vår uttalelse til denne fagrapporten. (Vedlegg, fra s 8)

Vi mener krav til områdestabilitet ikke er ivaretatt.

5.2.1.2. (s 21) Endring av grunnvannstand og setningsskader

«Konsekvenser vurderes som kritisk for driftens stabilitet/en viss fare for miljø/kulturmiljø. Enkelte sykehusfunksjoner kan bli delvis påvirket i et begrenset tidsrom.» (s 21). Dette er det eneste som står om påvirkning på sykehuset.

Tiltak: «For grenseverdier knyttet til rystelser må det avklares hvor ømfintlig det medisinske utstyret på Gaustad er for rystelser» Dette skal følges opp i detaljprosjektering (s 22). Det er for sent, det skulle vært avklart før planforslaget ble levert. Vi viser til vår uttalelse til fagrapporten **Anleggsfasen** (vedlegg, fra s 10).

Ang endring av grunnvannstand: «Poretrykksmålere bør installeres i god tid før oppstart av anleggsarbeid. Logging anbefales igangsatt en måned før peling.» Kommunegeologen uttalte i komplettvurderingen av planforslaget 14.1.2021 at målinger bør igangsettes 1 år før byggestart (PBE sak 201704683-320).

I tabellene på s 22 og s 23 er konsekvens for liv og helse ikke utfylt. Er det ikke relevant? Det stemmer ikke med sitatet i begynnelsen av avsnittet.

5.2.1.4. Overvannsflom (s 26)

«Hendelsen vil først og fremst kunne medføre konsekvens for stabilitet (en viss fare, systemet settes midlertidig ut av drift/betydelige forsinkelser)»

Her er konsekvens for liv og helse satt til Farlig (RØDT nivå) (s 27). Det er uklart om dette går på driften av sykehuset eller om det går på drukning i forbindelse med vannspeil, siden tiltaket er å sikre at det ikke vil være vannmengde over 20 cm i vannspeil, (hvordan skal en kunne garantere det?)

5.2.2.6. Storbrann i sykehus (s. 31)

«Sannsynligheten vil bli redusert sammenlignet med dagens situasjon (nyere/bedre løsninger)» Hva bygger dette på? Det er ikke forklart nærmere hva disse løsningene består i. «Samtidig vil også konsekvensene øke (høyere bygg/flere brukere)» Vi mener konsekvensene må øke mye når sengeavdelingene er plassert i høyhus.

«Reguleringsplanen tilrettelegger for at utrykningskjøretøy kan kjøre rundt eksisterende rikshospital» samt på gang/sykkelvei.» Adkomstmuligheter for brannvesen må prosjekteres og tilfredsstillende krav til adkomst fra Oslo brann- og redningsetat» (OBE). Dette skal følges opp i forbindelse med detaljprosjektering. Har OBE godkjent den planlagte kjøreveien rundt Rikshospitalet?. Hvis ikke, er det fare for at det vil bli problemer med å få dette til i detaljprosjekteringen.

Risikonivå er satt til GRØNT etter tiltak. Vi mener det er galt, når konsekvensene kan være katastrofale.

5.2.2.8. Eksplosjonsfare/farlige stoffer (s.35)

Rikshospitalet bruker eksplosjonsfarlige stoffer - flytende oksygen, propangass og mibensin som skal tankes fra landingsplassen på tak. Bensin skal føres i ledning opp til landingsplassen.

Rikshospitalet skal være i drift i hele anleggsperioden. «Risiko for påvirkning fra anleggsarbeider som medfører rystelser eller andre påkjenninger må vurderes før anleggsstart for å ivareta risiko for påvirkning på sykehusfunksjoner og brann/eksplosjonsfarlige stoffer fra anleggsvirksomhet.»(vår understrekning, s 36)

En slik risikovurdering skulle vært gjennomført før planforslaget ble levert. Så lenge den ikke er gjennomført, er risikonivået RØDT som vist (før tiltak). (s 35)

5.2.2.10. Ulykker med ambulanshelikopter (s 40)

Tiltak: « Det må utarbeides en egen ROS-analyse for ny landingsplass iht til Luftfartstilsynets veileder når endelig plassering av midlertidig landingsplass er valgt.» Helikopter skal være i bruk ved sykehuset kontinuerlig. Plasseringen av den midlertidige helikopterlandingsplassen henger så tett sammen med sykehusutbyggingen at det er uforsvarlig at den er tatt ut som et eget prosjekt.

5.2.2.11. Trafikkulykker i anleggsfase (s. 41)

«Anleggsgjennomføring vurderes generelt å kunne gi økt risiko for trafikkulykker» Særlig i dette tilfellet, hvor anleggstrafikk planlegges gjennom et boligområde, og på den smale avkjøringsrampen mot Slemdalsveien, må risikoen for ulykker settes som stor. Den er satt på risikonivå GULT etter tiltak - det skulle vært RØDT. Tiltakene er ikke gode nok for å minske risikoen.

5.2.2.12. Trafikkulykker i driftsfase (s 43)

«Det er gjort en del grep i planen som vil være verdifulle for trafikksituasjonen:»

Det nevnes «flytting av forplass til et område med mer plass enn i dag» Dette mener vi ikke er riktig. «Flytting av trikkeholdeplass gir en mer optimalisert plassering i forhold til ny inngang og Gaustad sykehus.» Dette er overdrevet, plasseringen er god dag. «Atkomst til legevakt/ambulanse er adskilt fra hovedinngang». Det er det også i dag. «Eksisterende veinett skal ha kapasitet til å håndtere estimert trafikkøkning». Vi mener dette ikke er riktig, se Vedlegg **TRAFIKK**, fra s 18.

Endring i risikonivå som følge av planlagte tiltak: «Redusert risiko som følge av oppgraderingen av trafikk-/veinett» Vi ser ingen kapasitetsøkning på internt vegnett, for øvrig veinett vises til **Trafikk**. Vi mener økt trafikk vil gi økt risiko.

Tiltak: «Tydelig skille mellom myke trafikanter, motorisert ferdsel og utrykningskjøretøy.» Dette gjelder nok selve adkomstplassen, men ambulansetrafikk, vanlig trafikk og kollektivtrafikk (buss, trikk) skal gå i samme vei, Klaus Torgårds vei, og denne skal krysses av forgjengere.

5.2.2.13. Ulykker med myke trafikanter (s 46)

«Trafikkanalysen har ikke avdekket kritiske behov for tiltak i veinettet for å bedre trafikksikkerhet eller trafikkavvikling.» Det regnes med økt risiko i anleggsperioden. Anleggsveien i vest legges gjennom et boligområde og anleggsveien krysses på to steder. Det bor mange barn i området. Selv med sikringstiltak vil det her være høy risiko for ulykker, det er urealistisk med trafikkvakter i hele tiden det kjører anleggstrafikk(kl 07 - 19 (21)). Turveien skal også gå langs anleggsveien og krysse den. Vi mener at det selv etter tiltak er RØDT nivå.

5.2.2.15. Støy, støv og vibrasjoner i anleggsfasen (s 51)

«Støyende nattarbeider forutsettes ikke tillatt i anleggsperioden.» Pasientene vil hele dagen bli utsatt for støy, selv om det ikke er nattarbeid.

«Vibrasjoner på anlegg og utstyr som følge av støy kan sette systemet midlertidig ut av drift. Usikkerhet - lav; sannsynlighet - meget sannsynlig. «Hendelsen vurderes som en generell og typisk utfordring for denne typen anleggs- og byggevirksomhet.» I denne beskrivelsen taes det ikke hensyn til at dette er et sykehus i drift, med til dels meget syke pasienter. , men risikonivået er ganske riktig satt på RØDT.

«Før anleggsstart bør det gjøres egne risikovurderinger for å sikre sårbare pasient/brukergrupper og kritiske sykehusfunksjoner/utstyr mot støv, støy og vibrasjoner. Som risikoreduserende tiltak gjentas de samme tiltakene som er nevnt i fagrapporten **Anleggsfasen**. (se Vedlegg, fra s 10) Et eksempel er tilbud om alternativ overnatting. Svært få av disse tiltakene er relevante for et sykehus i drift.

Risikovurderinger som nevnt skulle vært gjort før planforslaget ble levert, og MÅ foreligge før planen kan godkjennes.

5.2.2.18. Tilsiktede handlinger (s 57)

«Sykehus vil være et sårbart objekt for denne typen hendelse.» Det er her ikke tatt opp i en større sammenheng. To store akutt sykehus vil ligge på utsiden av Ring 3, med dårlige omkjøringsveier, og Nye Rikshospitalet har eneste ordinære adkomst fra Ring 3. Traumeavdelingen vil bli delt mellom Nye Rikshospitalet og Aker, med Ring 3 som eneste forbindelse om pasienter må flyttes. Fagfolk fra traumeavdelingen har advart mot å spille avdelingen på denne måten, og sier at beredskapen da vil bli dårligere. Ring 3 er sårbar, både ved stor trafikk, og for tilsiktede handlinger mot veien.

Fra den vedlagte: PBEs sjekkliste for ROS-analyser i reguleringsplaner (s73) ser vi at pkt **2 i) ødeleggelse av kritisk infrastruktur (Ring 3)**, **3 e) transport** og **3c beredskap, utrykning** ikke er vurdert i ROS-analysen. Det er bare tatt hensyn til 3c, fremkommelighet for brannvesen innenfor planforslagets grenser. På Ring 3 ses tett trafikk i rushtiden. Ettermiddagstrafikken slår inn fra kl 14 til 18.

Det er ikke nevnt noe om tilfluktsrom i tilfelle evakuering, vi har heller ikke sett at det er vist i planene.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) bør uttale seg om beredskapen er godt nok ivaretatt, og det må lages en overordnet ROS- analyse som beskrevet nedenfor.

Vår konklusjon:

ROS-analysen er fragmentert, og det er vanskelig å få oversikt over den samlede virkningen på sykehuset.

En samlet ROS-analyse MÅ gjennomføres før planen kan godtas, og kan ikke utsettes. Vi viser til høringsuttalelsen fra Redd Ullevål Sykehus som tar opp den juridiske siden av dette.

Det MÅ også gjennomføres en ROS-analyse som ser alle sykehusene i sammenheng, og i sammenheng med samfunnet for øvrig. Dette gjelder særlig beredskap, trafikk, kapasitet og smittevern. Den leverte ROS-analysen ser bare på konsekvensene innenfor planområdet. En alternativ plan, omfattende Ullevål som region- og lokalsykehus, Rikshospitalet som landsdekkende sykehus og Aker som lokalsykehus må vurderes mot «målilde»-planen.

Oslo, 7. juni 2021

Bente Odner
Arkitekt MNAL

Randi Werner-Erichsen
cand. pharm., cand. mag.

DOKUMENTASJON AV PROSESSEN MED UTREDNING OG SAKSBEHANDLING FRAM TIL NÅVÆRENDE PLANER FOR NYTT OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS (OUS) FRA 2013

Dette notatet, og grunninformasjon

Dette notatet er til bruk for alle som trenger kunnskap om planene for nytt OUS og hvordan de er framkommet. All informasjon er offentlig tilgjengelig.

For supplerende informasjon anbefales notatet «Sykehusplanene i Oslo kort fortalt» **(1)**. Her kalt OLF-notatet. Informasjonen i OLF-notatet og dette notat kan ha forskjellig vinkling i fremstillingen, men er ikke motstridende.

Mye bakgrunnsstoff finnes i styredokumenter og protokoller hos OUS og HSØ.

Referanser blir for en del angitt i den vedlagte **Referanselisten** ved link til styresaksunderlag og protokoller. Dokumenter i Oslo Plan- og bygningsetat (PBE) angis med saks- og dokumentnr. i teksten.

Notatet følger stort sett en tidslinje i delen „Utredningsprosessen for nytt OUS fra 2013 til sist i mai 2020“. - Utgaven av Underlagsnotatet per 28.5.20 er sendt PBE til orientering, og finnes i Saksinnsyn som dokument 201704683 – 256. – Denne utgaven blir også sendt PBE til orientering.

Notatet dateres i avslutningen.

Vi har referert grundigere i siste del av notatet, fra 29. mai 2020, fordi det handler om saker som pågår fremdeles.

Vi er sykehusaktivister og skribenter som har fulgt styrearbeidet og utredningene for OUS fra 2011, og ønsker å formidle det vi har sett.

Teknisk opplysning: Rene kommentarer er satt i kursiv.

INNLEDNING

Inntrykk som har festet seg er at det er arbeidet for å nedlegge Ullevål, og for enhver pris å bygge på Gaustad, fra Campus Oslo-idefasen startet i 2013. Som to bakenforliggende grunner kan man anta:

- 1) Bjørn Eriksteins (BEs) misnøye fra tiden som direktør i Helse Sør 2003 -07 med ansvar for Rikshospitalet, med dårlig samarbeid med Ullevål. BE ble adm dir i OUS 2011. Han hadde en ide om å bygge stort på Gaustad, Campus Oslo, som han la fram oktober 2012 **(2)**. Senere ble det å bygge på Gaustad et prestisjeprosjekt for ham. På et seminar i Stortinget 14.5.18 uttalte BE meget irritert at «Ullevål skal ikke utredes». OUS-styret har uten å ta hensyn til kritikk styrt OUS i retning nedleggelse av Ullevål og en katastrofalt stor utbygging på Gaustad og Aker. HSØ har styrt videre i den retningen.
- 2) Økonomiske interesser for boligutbyggere som ønsker seg Ullevål-tomta, og mulige ukjente underhåndsavtaler med politikere og sykehusbyråkrater

En juridisk vurdering. Noen hovedtrekk i utredning og saksbehandling for nye OUS.

De regionale helseforetakene har etter helseforetaksloven stor selvstendighet og er ikke underlagt statsforvaltningen. Men advokat Anne Christine Kroepelien har påvist i en juridisk gjennomgang av “Sykehusplaner for Nye OUS” **(3)** at når HSØs vedtak er behandlet i foretaksmøte er det en sak i departementet. Da kommer det inn under utredningsinstruksen og forvaltningsloven, som ikke er fulgt i denne utredningsprosessen. Helseforetaksloven kan altså ikke unnta HSØs vedtak 16.6.16 **(4)**, eller helseministerens godkjenning av dette «målbildet» for OUS-utbyggingen i foretaksmøte 24.6.16 **(5)**, fra disse lover og regler.

Vedtaket i **(5)** lyder: „Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-Øst sitt framtidige 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“

«Målbilde»planen har ikke vært på høring.

«Målbildet» brukes i dette notatet om somatikk- og psykiatri-delen som skal bygges på Gaustad og Aker.

HOD, helseminister og øvrig regjering har godtatt og godkjent HSØ/OUSs «målbilde» ikke bare pga HSØs antatte selvbestemmelsesrett, men også fordi HSØ/OUS er i posisjon og har høy faglig autoritet. HSØ, regjeringen og deres meningsfeller, tydelige i Stortinget, har ikke på noe tidspunkt vært villige til å høre på motstandernes argumenter.

Ansattrepresentanter i styrene har protestert mot planene hele tiden. Mest presist i alternativt forslag i OUS sak 8/2016 **(6)**: å utvikle Ullevål, bygge ut Aker som lokalsykehus, og beholde Rikshospitalet som før. Det er nær det samme vedtaksalternativet som delt løsning Gaustad+Ullevål, med lokalsykehus i tillegg, i sak 20/2015 **(7)**, se nedenfor.

De ansattes forslag er fastholdt. Det kommer også igjen i ideskissen til «Parksykehuset» fra uavhengig faggruppe, Kåresen, Holte, Winsnes, Hovland o.fl 8.4.19 **(8)**. Deres forslag til første hovedgrep er opprydding i infrastruktur i grunnen på Ullevål og nytt klinikkbygg, så de gamle kunne rives.

Fagfolk fra hele landet er svært skeptiske til utbyggingsplanene. Allmennheten fikk sent kjennskap til planene, men nå er ifølge en meningsmåling 70 % av Oslos innbyggere motstandere av Ullevål-nedleggelsen. Avgjørelsen 16.6.16 var kun offentliggjort ved at Ullevål sykehus ikke var med på listen over offentlige sykehus i Oslo.

Innholdsfortegnelse for

Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen, versjon 200521.

Dette notatet, og grunninformasjon s 1

Innledning s 1

Innholdsfortegnelse s 2

Sammendrag s 3

Utredningsprosessen for nytt OUS fra 2013 til sist i mai 2020 s 5

Campus Oslo-utredning, høring, revisjon s 5

Vedtak og saksbehandling fra april 2015 og ut året, s 7

Utredning og saksbehandling des-2015 fram mot „målbilde“-vedtak 16.6.16, s 7

Om videre utredning og saksbehandling etter „målbilde“-vedtaket 24.6.16 fram til juni 2019, s 9

HSØ/OUS utredningsarbeid med flere funksjoner i OUS Gaustad-Aker, fra juni 2019, delvis til oktober 2020, s 9 - Se også Styremøter i OUS og HSØ fra juni 2020 til notatets dato, s 17

Regulerings sakene på Gaustad og Aker, s 11

Viktige deler av reguleringsplan-arbeidet og bakgrunn, s 11

Kommunikasjon HSØ/PBE fra 29.5.20 til 12.4.2021, s 13

Hovedtrekk i utviklingen i regulerings sakene, refererte møter PBE/HSØ, s 13

Merknader til foreliggende fakta og diskusjon, og om informasjon, s 17

Styremøter i OUS og HSØ fra juni 2020 til notatets dato, s 17

Styrebehandling og ansattes innspill s 17

Merknader til styrebehandling og tilhørende dokumentasjon i OUS og HSØ juni 2020 til notatets dato s 30

Fra vedlagte mandat for forprosjektet datert 6. januar 2021 s 30

Styremedlemmers holdninger s 31

Møteoffentlighet i HSØ og OUS s 31

Kapasiteten ved utbygging etter målbildet s 31

Bystyre og byråd i Oslo – holdninger og vedtak s 35

OUS-utbyggingssaken i Stortinget s 35

Representantforslag

Stortingets lånegaranti til OUS-utbyggingen

Økonomien i «målbilde»-prosjektet er tvilsom s 36

Informasjon, kommunikasjon, konklusjon s 37

Vedlegg:

Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019, parallellnotat - i Referanselisten som nr (45)

Referanseliste Underlagsnotat OUS revidert 180521

SAMMENDRAG

Campus Oslo-utredningen des 2012 til juni 2014 behandlet flere alternative forslag for utbygging på Gaustad. I høringen avsluttet 1.11.2014 ble forslaget kritisert så kraftig at det ble lagt bort. Men et forslag om utbygging på Gaustad sør fulgte med videre.

9. april 2015 vedtok OUS-styret at det skulle gås videre med tre alternativ:

1)-0-alternativet.

2)-Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.

3)-Delvis samling Gaustad sør

Styret vedtok også at det skulle utredes lokalsykehus i tillegg til alle alternativ. Det gjorde OUS-ledelsen bare med „Delvis samling Gaustad Sør“ – fordi OUS da hadde ansvar for bare 6 bydeler, og det ble ikke nok bydeler i alternativ 2) delt løsning til lokalsykehus i tillegg. I foretaksmøtet 24.6.16 ble vedtatt at OUS i fremtiden har ansvar for 9 bydeler. Dette har ført til at Grorud og Stovner bydeler skal bli på overfylte Ahus minst til andre fase skal være bygget i 2035. - Men kapasitetsberegninger som nå pågår i regi av HSØ og Sykehusbygg har ikke med de to bydelene i 2035. Hvorfor?

Alternativ 2) delt løsning Gaustad sør (Rikshospitalet) + Ullevål med Aker som lokalsykehus falt ut, og all bruk av Ullevål falt ut av OUS utredninger høsten 2015.

Vedtaket om målbildet i HSØ 16.6.16 ble gjort mot råd fra kvalitetssikrere. Oslo kommune sies å ha støttet planene, men er gitt feil forutsetninger, vesentlig er den at sykehuset på Gaustad kunne bygges ut også på sydsiden av Ringveien. Den forutsetningen trakk HSØ da de overtok ansvaret ved målbildevedtaket 16.6.16, men Oslo PBE ble holdt i den tro at det også kunne bygges på sørsiden til november 2018. Se det vedlagte parallellnotatet „Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019“

I HSØs sak 72/2017 ble vedtatt å sette igang konseptfaseutredning av „målbilde“planen. Her skulle vært minst to alternativ. Vedtaket omfattet hele prosjektet, men bare fase 1 av utbyggingen ble utredet.

I sak 72/2017 ble også vedtatt at om risikobildet tilsier det, skal alternativ plassering i OUS arealer overveies (altså Ullevål).

I juni 2018 oppdaget man at kvinner, barn og fødsler var planlagt å være igjen på Ullevål til fase 2 uten akuttavdeling. Dermed måtte det gjøres en tilleggs-konseptfaseutredning.

Etter at rapport fra akutt- og traumeseksjonen i OUS som forutsatte fortsatt drift på Ullevål var underkjent av ledelsen som skrev sin egen kom forståelsen av at traumeenheten måtte ha med alle tilleggsfunksjoner til Gaustad i fase 1.

De ansatte kom med mistillitserklæring mot Bjørn Erikstein 18.6.19, dels av denne grunn, dels pga manipuleringen med antall bydeler for å få fram målbildevedtaket.

Det ble gjort vedtak i HSØ sak 50/2019, 20.6.19 (24) om å øke pasientunderlaget og å presse inn nødvendige akuttfunksjoner på Gaustad i fase 1, og bestemt at det skulle utarbeides underlagsrapporter, med internasjonal bistand, for arbeidet.

5.3.2020 ble OUS gitt oppdrag fra HSØ i foretaksmøte: «Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide en rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye Oslo universitetssykehus.»

Det er gitt oppdrag om EN rapport i foretaksmøtet, men det ble 8, fra flere miljøer.

Flere har undret seg over at OUS fikk dette oppdraget om fagrapport(er) så lenge etter HSØs styrevedtak 20.6.19. Men det er mistanke om at dette skyldtes at HSØ ikke ville disse rapportene skulle foreligge når de la fram reguleringsplanforslagene i mai 2020, fordi de kunne presse fram behov for bygg ut over det som var bestemt i konseptfaseutredningene og lagt fram i reguleringsplanene mai 2020 (se vårt Innskudd under referat fra styremøte HSØ 26.11. 20, s 21). Utviklingen i den siste tiden viser at denne mistanken er begrunnet.

HSØ v. Sykehusbygg har på spørsmål fra PBE svart 23.4.20 at: „Den omtalte utredningen skal gjennomføres innenfor rammene av styrevedtaket, og eventuelle justeringer av virksomhetsmessige forhold vil bli løst innenfor de overleverte reguleringsplanforslagene for Aker og Gaustad.“

PBE varslet 29.5.20 at de ikke ville anbefale framlagt reguleringsplan for Gaustad. Dermed trakk HSØ begge reguleringsplanene, og ba om forhandlinger med PBE. De pågikk fram til desember 2020. PBE hadde, og har fremdeles, store innvendinger, spesielt mot den alt for store bygningsmassen, som sprenger tomtene. Det er verst på Gaustad.

Framlagte reguleringsplanforslag ble ansett komplette i mars 2021, og er nå på offentlig høring 12.4. til 7.6.2021.

PBE sier i avsnitt 5 i planforslaget for Gaustad: «Pbe tar utgangspunkt i målbildet for Oslo Universitetssykehus (se 2.1.1). Vi ønsker uttalelser og tilbakemelding på konsekvenser for Oslo kommunes pasientbehandling for at saken skal bli best mulig opplyst.»

PBEs ønske om slik tilbakemelding gjelder både Gaustad og Aker. - Dette er sjelden i en regulerings sak. PBE ønsker dermed uttalelser fra Oslos bydeler og hele helseetaten.

Det pågår nå kapasitetsberegninger i HSØ/Sykehusbygg for å beregne arealbehovet for sykehusene på Gaustad og Aker. Det er tydelig at kapasitets- og arealbehovet skal presses ned så mye som mulig, så HSØ/OUS får plass på de trange tomtene. - Se vårt avsnitt om Kapasitet..... s 31, og i rapporten SYKEHUSUTBYGGINGEN I OSLO, vår ref (51).

Fra juni 2020 presset HSØ på for å få satt i gang Forprosjektet for Gaustad og Aker, samtidig med reguleringsplanarbeidet. Dette må gi gjensidig avhengighet.

I oktober 2020 kom fagrapportene om akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, i alt 8 rapporter. Ansattes representanter både i OUS og HSØs styrer gikk tydelig imot å sette i gang Forprosjekt. Ansattes tillitsvalgte fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet leverte før OUS-styremøtet 20.10.20 en "Protokolltilførsel til 8 rapporter 12.10.20", kan ses i PBE sak 201704683-309-2. Her sies bl.a.: "Etter organisasjonenes syn er det overveiende sannsynlig at løsningsforslagene og arealberegningene i

konseptfaserapporten ikke vil kunne dekke de arealkrav som vil oppstå i sykehuset fram til 2035.»

- Konklusjonen innledes slik: «Den samlede gjennomgangen av de fremlagte rapportene avdekker store mangler i planene for Nye OUS. Det foreligger ikke et endelig gjennomarbeidet forslag til fordeling av virksomheten ved de ulike lokalitetene, og det foreligger ikke modeller for drift av virksomheten....»

Dette oppsummerer de faglige innvendingene mot å fortsette med prosjektene. Også det at Forprosjektet er dyrt, og kan være bortkastet om reguleringsplanene ikke godkjennes, trekkes fram av ansatterepresentantene.

Forprosjektet ble vedtatt igangsatt av HSØ-styret 26.11.20, og styres av et prosjektstyre I HSØ ledet av Siri Hatlen. I OUS er satt opp en prosjektorganisasjon Nye OUS for de 6 delprosjektene. Arbeidet I medvirkningsgruppene I OUS med 6-700 ansatte ble satt I gang 1. mars -21. Kommunikasjonen mellom partene, spesielt inn fra ansatte, virker dårlig. Det viser seg i bekymringsmeldinger fra medvirkningsgruppene sist i april i år at det er vanskelig å få plass I de planlagte byggene. Fagområdene konkurrerer om plassen.

Det er etablert risikostyringsopplegg. Vi nevner en stor risiko: Per sist i april i år er det ikke funnet erstatningsareal for C1-blokken med viktige avdelinger i Rikshospitalet, som skal rives for å få bygget nytt sykehus. Samordningen av gamle og nye bygg er lite vektlagt I HSØ, og er en risiko. Dette er definert som OUS ansvar.

– Som en kuriositet, men meget beskrivende, nevnes: I beskrivelsene av risiki sies at man arbeider med å ESKALERE risiki - meningen er vel å skalere -

OUS styre synes å være satt på sidelinjen i forprosjektet. Styreleder er tro mot byggherren HSØ. OUS administrasjon må holde sykehuset gående.

Om arbeidet på Gaustad settes igang vil det bli store påkjenninger med støv og støy for virksomheten I Rikshospitalet I anleggsperioden.

Det er bare en ordinær adkomst til Rikshospitalet. Anleggstrafikken må gå I nødadkomsten og via anleggsvei gjennom boligområder, og også i “konkurransse” med ambulansetrafikken.

Reguleringsplanene beregnes å komme til politisk behandling I Oslo bystyre I juni 2022. De ventes å bli forkastet. Staten må da IKKE gå inn med statlig regulering. Disse planene er I strid med befolkningens behov for sykehus, plan- og bygningsloven, kulturminnevern og naturvern.

Utredningsprosessen for nytt OUS fra 2013 til sist i mai 2019

Her går vi gjennom utredningene fra desember 2012, med fokus på OUS/HSØs holdninger til Ullevål sykehus, deres framheving av Gaustad, og konkretisering av nybygg på Aker. Se også OLF-notatet (1).

Campus Oslo-utredning, høring, revisjon

Utredningen ble satt i gang av OUS-styret ved vedtak om Idefasemandat i sak 85, 17.12.12 (12).

Tidligfaseveilederen for sykehusbygg er ikke fulgt, selv om det var vedtatt at den skulle følges 29.3.12 i sak 18, se i (3) s 29 og flg.. Det manglet i 2013 utviklingsplan og virksomhetsplan for OUS. Det er utarbeidet for få alternativer. Til konseptfasen skal det foreligge minst to alternativ. Her ble det bare «målbildet».

I 2011 hadde daværende adm dir Siri Hatlen i OUS lagt fram Arealutviklingsplan 2025, der det under arbeidet var konkludert at samling av OUS på Gaustad, og Ringveien i tunell, ikke var mulig (se OLF-notatet **(1)** s.3 og flg.).

Se også OLF-notatet **(1)**, og Kroepelien **(3)**.

I rapporten Idefase Campus Oslo versjon 1.0, 19.6.14 **(13)** er hovedinnholdet flere store utbyggingsalternativer for samlet sykehus på Gaustad. Det er planlagt varianter som tar med gamle Gaustad sykehus; eller utbygging østover med riving av Sogn (nå Blindern) vgs, og utbygging over Ringveien med riving av Sintefs bygg.

Sistnevnte ble stoppet ved en avtale 1.6.2018 (PBE dokument 201704683-51) mellom OUS/HSØ, Sintef og Universitetet. Avtalen er oversendt Oslo byråd (*Korreksjon 29.10.20*) Utbygging over Ringveien var tenkt ved å legge veien i tunell, eller med et bredt lokk over (opp til 250 m). (**(13)**, pkt 2.5.2.2, s 23). I svar på skriftlig spørsmål herfra til OUS direksjonssekretær oktober 2019 (**(14)**), mail med tittel „SV Høringsliste for Campus Oslo“, mailtekst og vedlegg) ble det klart at det IKKE fantes dokumentasjon på formell kontakt OUS/Statens Vegvesen (SVV) 1.1.2013 til høsten 2015, og at SVV ikke hadde uttalt seg i høringen av Campus Oslo, frist 1.11.2014. SVV sa i brev av 12.1.og 19.1.16 (siste og nest siste dokument i **(14)**) fra at tunell eller bro ikke var teknisk og trafikkmessig mulig (bl.a.: ikke mulig å legge avlastningsvei under utbygging). En bro på opp til 50 m var diskutert.

Innskudd:

Lokk fulgte med videre i planleggingen. SVV fikk ikke før etter høringer av Gaustad-planprogrammet, i november 2018, fastlagt at lokk ikke kunne bygges. 50 m bro er mulig-. Se PBE sak 201704683, dok 94. Om ferdig planprogram, se PBE dok 201704683-140 og flere –

PBE ville ha forbindelse over Ringveien for å nytte arealer nedenfor Ringveien til sykehusformål, men muligheten falt definitivt ut med SVVs inngripen november 2018. - Vårt parallell-notat „Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019“ referanse **(45)**. er vedlagt. - Her beskrives endringen i tomteforhold. Et viktig moment er at OUS/HSØ overfor Oslo kommune med PBE fram til primo juni 2016 i forhandlinger holdt fast på å bygge også på nedsiden av Ringveien på Gaustad. Fra saksunderlaget, ikke i protokollen til „målbildevedtaket“ 16.6.16, ses at HSØ har til hensikt bare å bygge på nordsiden av Ringveien.

PBE sendte 28.11.18 varsel til HSØ/Rambøll om høy reguleringsrisiko (PBE sak 201704683, dok 104).

Innskudd slutt

Se også s 11 under Viktige deler av reguleringsplan-arbeidet og bakgrunn.

Det var i idefaserapport 1.0 **(13)** også utredet utbygging på Ullevål, både full samling og delt løsning med Gaustad. Det ses gjennomgående en nedvurdering av Ullevål sykehus egnethet, med gamle bygg og infrastruktur i grunnen som er dyr å oppgradere. Omkostninger med hensyn til fredete bygg tas f.eks. med på Ullevål og ikke på Gaustad.

Det kom mange kritiske uttalelser i høringen av Idefaserapport 1.0, avsluttet 1.11.14, spesielt mot full samling på Gaustad og sørover. Oslo kommune gikk bl.a. inn for at Aker sykehus skulle gjenåpnes og utbygges.

OUS-styret vedtok 18.12.14 at alternativene «Full samling på Ullevål» og «Gaustad Øst» ikke skulle utredes videre. Et inntrykk i offentligheten i 2014 etter høringen var at den store Campus Oslo-planen med full samling på Gaustad og sørover ikke ble godtatt av HOD.

Full samling på Ullevål ville bli svært fullt.

Se også OLF-notatet **(1)**.

Vedtak og saksbehandling fra april 2015 og ut året

Idefaserapport 1.0 ble etter BEs utsagn i styreunderlag 9.4.15, sak 20, forbedret til idefaserapport 2.0 (15). Det ser ut som rapport 2.0 inneholder svært mye fra rapport 1.0. 9.4.15 vedtok OUS-styret i sak 20 (7) at arbeidet skulle sluttføres med tre alternativ:

“1)-0-alternativet.

2)-Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.

3)-Delvis samling Gaustad sør ”

Etter forslag fra de ansatte kom det til i vedtaket at

“ Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut.....», altså i alle tre alternativ , ikke bare for Gaustad sør. BE hadde i vedtaksforslaget til sak 20/2015 bare med lokalsykehus i «Delvis samling Gaustad sør».

Etter vedtaket 9. april i 2015 tok BE til orde for nybygg på Aker på et møte i Legeforeningen i slutten av april. – For å få vekk Ullevål måtte Aker til for å få nok plass, bare Gaustad-tomten var/er for liten -

I Idefaserapport 2.0, datert mai 2015 (15) tar BE i forordet opp de tre vedtatte alternativene i sak 20/2015. Vedtaket om lokalsykehus i tillegg i alle alternativ nevner han ikke. Det er neglisjert i videre saksbehandling i og kommunikasjon fra OUS, men det passet BE å bruke det for Gaustad sør, og Aker ble etablert som «lokal»sykehus.

F.eks. skrev OUS ved Terje Rootwelt 22.10.2015 (PBE 201116727 – 16, siste del) til Oslo kommune ved PBE: «Dersom «delt løsning» (Gaufstad+Ullevål) velges vil OUS lokalsykehusfunksjoner bli liggende på Ullevål, og verken byutvikling på Ullevål eller utvikling av lokalsykehus på Aker er aktuelt.»

I OUS «Belysning» av Ullevål som regionsykehus i alternativ til Gaustad våren 2019 (17) er vedtak av alternativ i sak 20/2015 tatt med, men det nevnes ikke at det skulle utredes lokalsykehus i tillegg til alle alternativ.

OUS grunn for ikke å utrede lokalsykehus i tillegg til Gaustad+Ullevål var at det ville bli for lite. De hadde i 2015 ansvar for bare 6 bydeler, og traumeenheten på Ullevål måtte ha fire (forskjellige utsagn i rapportene, „fire“ og „minst tre“) (Idefaserapport Framtidens OUS, Konkretisering etter høring, 1.0, 28.1.16, s. 66 (18)). I foretaksmøtet 24.6.16 (5) ble det bestemt at OUS i fremtiden skulle få ansvar for 9 bydeler. Dette var også kjent av OUS rundt årsskiftet 2015-16. Lokalsykehus i tillegg ble likevel ikke utredet.

Kombinasjonen Gaustad (Rikshospitalet) som før + Ullevål, med Aker som lokalsykehus, falt slikt ut av OUS utredninger høsten 2015, og Ullevål sykehus falt også beleilig ut.

BE har hele tiden sagt at OUS planlegger for de bydeler som de har ansvar for.

Etter vedtaket i foretaksmøtet 24.6.16 fikk OUS ansvar for å bygge for 7 av 9 mulige bydeler i første fase (Alna kom til). Stovner og Grorud er det overfylte Ahus ansvar inntil fase 2.

Dette at Ullevål falt ut av utredningene, og at det er planlagt for to bydeler for lite, er et av momentene i mistillitserklæringen mot BE juni 2019.

Se også OLF-notatet (1)

Utredning og saksbehandling des-2015 fram mot målbildevedtak 16.6.16

I sak 8/2016 (6) 28.1.16 vedtok OUS-styret å gå inn for alternativ 3, «Delvis samling Gaustad sør kombinert med lokalsykehus utenfor hovedsykehuset”, dvs. Aker.

Opak/Metiers (O/Ms) vesentlige kvalitetssikringsrapport (19) forelå i foreløpig utgave. Den var bl.a. kritisk mot for få og svake alternativ: «O/M mener at det derfor ikke på nåværende tidspunkt kan tas en beslutning om å gå videre med kun alternativ 3 sammen med nullalternativet til konseptfasen. Det er heller et spørsmål om versjoner av alternativene bør økes, eventuelt nye alternativer bør utredes.»

BE la Opak/Metiers KS-rapport til side.

Oslo kommune (OK) gikk også inn for alternativ 3, men - OK var blitt presset, bl.a. i foran nevnte brev til PBE 22.10.15 (201116727-16). OK stilte i sin uttalelse 22.1.16 (OK, byrådet via byutviklingsavdelingen, OK sak 201300211, dok 68) betingelser bl.a. om at kulturminner og naturmangfold må ivaretas ved utbyggingen på Gaustad. Dette er IKKE fulgt opp (PBE regulerings sak 201704683).

OK forutsatte her også at det ble et bredt grønt lokk over Ringveien, og at det var tomter disponible til sykehus på nedsiden. Men utbygging over Ringveien med riving av bl.a. Sintefs bygg ble stoppet ved en avtale 1.6.2018 (PBE dokument 201704683-51) mellom OUS/HSØ, Sintef og Universitetet. Avtalen er oversendt Oslo byråd. (Se også vedlagte notat „Trekkt fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019“, og foran her, Innskudd, s 6)

BE skrev i styredokumentene til sak 8/2016 at «*Dette vedtaket fra Byrådet i Oslo er tilkommet etter at ekstern kvalitetssikrer leverte sin vurdering.*».

At OK gikk inn for alternativ 3 er stadig brukt av OUS. Det var fra februar 2016 en del reaksjoner i offentligheten på OKs valg. Vi spurte midt i mars saksbehandler i byrådsavd. for byutvikling om de hadde sett O/Ms KS-rapport før uttalelsen. Byrådsavdelingen svarte i brev, deres dokument 201300211-79, at det hadde de ikke.

OK hadde heller ikke sett SVVs to brev januar 2016 om at lokk over Ring 3 var svært vanskelig gjennomførbart før de uttalte seg positivt til alternativ 3. Illusjonen av en tomt som strakte seg over Ring 3 besto til november 2018. Se også s. 6, og vårt notat „Trekkt fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019“, ref **(45)**.

Byrådsleder Raymond Johansen uttalte i april 2016:

«Jeg anser at rapporten fra ekstern kvalitetssikring, brev fra Statens vegvesen og kommunens uttalelse alle er innspill til høringen av den bearbejdede utredningen fra ulike aktører.»

-Flere detaljer i forløpet av kontakten OUS/OK våren 2016 utdypes på forespørsel -

Firmaet WSP leverte i april 2016 bestilt ROS-analyse på de tre alternativene **(20)**. OUS tolket den som fordelaktig for alternativet Gaustad sør, med lokalsykehus på Aker (alt. 3). Men WSP uttalte utenom oppdraget i innledningen (s. 3, o.flg.): «OUS-styret og Byrådet i Oslo har uttalt seg om foreliggende skisserte alternativer og allerede nå anbefalt Alternativ 3. Anbefalinger på nåværende tidspunkt er fattet på et prematurt grunnlag og gir uheldige føringer sammenliknet med et ideelt forløp» (vår understreking). Uttalelsen ble ikke tatt hensyn til. Se også **(3)**, side 14 og flg.

HSØ vedtok OUS anbefaling om «målildet» uten kritisk gjennomgang 16.6.16 **(4)**.

24.6.16 vedtok helseministeren planene i foretaksmøte **(5)**. HOD er klageinstans på regionale helseforetaks vedtak etter helseforetaksloven, men en uke gir ikke tid til å levere eller behandle klage, ei heller til kritisk gjennomgang av forslaget i departementet.

„Målbildeplanen“ har ikke vært på høring.

Det kan tenkes at HOD har samarbeidet med HSØ/OUS i forarbeidet til vedtaket, men det foreligger ikke noe offentlig om det. I Kroepeliens rapport **(3)** pkt 3.2, s. 24 sies «Fordelingen av myndighet mellom departementet og helseforetaket iht. helseforetaksloven § 30 tilsier at vedtak som treffes av foretaksmøtet skal ha vært gjenstand for forsvarlig saksbehandling i departementet før foretaksmøte treffer vedtak i saken.»

Vi har samlet en del stoff om manipulering og maktmisbruk i utredningene fram mot målildet i et innlegg som er publisert på Nye Meninger 23.4.19, **(21)**. Her beskrives oppvurderingene av Gaustad og nedvurderingen av Ullevål, bl.a. i vurderingen av tekniske rapporter. OBS at den konsekvensen av OUS manglende oppfølging av lokalsykehusvedtak i sak 20/2015 at Ullevål falt ut av videre utredning ikke er tatt opp i **(21)**.

Vi har også skrevet et notat „MANGLENDE UTREDNING AV ULLEVÅL SYKEHUS I IDEFASEN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. VURDERING AV RISIKO VED BYGGING PÅ GAUSTAD KONTRA ULLEVÅL” som er sendt Stortingets helse- og omsorgskomite i forbindelse med behandling av representantforslag (**8: 8 S** (2018-2019) med tittel “Trygge sykehus framfor dyre prestisjeprosjekter” i mars 2019. Notatet (**16**) kan fås fra forfatterne på forespørsel . – De underliggende tekniske rapportene kan også fås ved henvendelse til forfatterne.

Om videre utredning og saksbehandling etter „målbilde”vedtaket 24.6.16 fram til juni 2019

Det kom fram i de videre planer (Versjon 2, 6.6.17 (**22**)) at det ikke var planlagt å flytte Stovner og Grorud bydeler til Aker før i utbyggingsfase 2, nærmere 2040. Alna bydel var i foretaksmøte 24.6.16 bestemt til Aker i fase 1. Bjerke er ved en rokkering i 2019 bestemt til Aker i fase 1.

Konseptfaseutredningen med Videreføring av planer for utviklingen av Oslo Universitetssykehus HF ble enstemmig vedtatt igangsatt 15. juni 2017, i HSØs styresak 072-2017. Den omfatter kun ett alternativ, «målbildet», utbygging på Gaustad og Aker. Her skulle som omtalt foran vært flere alternativ. I konseptfaseutredningen utredes også bare plan for fase 1 av utbyggingen, altså f.eks. ikke planer for å få plassert Stovner og Grorud bydeler på Aker.

Styret reserverte seg i pkt 5 og 6:

5. Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.
6. Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.

Risikoanalyse viste i juni 2018 at å legge igjen føde- og kvinne- og barne-avdelingene på Ullevål til fase 2, mens all akuttvirksomhet var flyttet til Gaustad, ikke var holdbart, og det ble satt i gang en tilleggsutredning til konseptfaseutredningen, der disse avdelingene ble flyttet til Gaustad og Aker i fase 1.

Psykiatrien skal flyttes til Aker. Som byggeplanene nå ser ut vil psykiatri-avdelingene bli liggende i et bygg mot Ringveien, med dårlige utearealer og mye støy.

I sak 6 pkt 5, 31.1.19 vedtok HSØ-styret at Ullevål skulle «belyses som alternativ til Gaustad med samme virksomhetsinnhold», dvs som “målbildet”, et samlet regionsykehus. Dette innebar at Rikshospitalet skulle flyttes til Ullevål med en gang. Planen for Aker sykehus lå fast. Resultatet (**17**) ble umulig og dyrt, og ble forkastet av HSØ-styret.

HSØ/OUS utredningsarbeid med flere funksjoner i OUS Gaustad-Aker, fra juni 2019, delvis til oktober 2020.

Se også Styremøter i OUS og HSØ fra juni 2020 til notatets dato, fra s. 17

En rapport fra arbeidsgruppe i akuttseksjonen i OUS, som ikke godtok oppdelingen av sitt fagfelt etter «målbildet», (**23**), sak 39/2019, side 259-290; ble lagt til side av ledelsen som

skrev sin «Modell for driftskonsept for traume og akuttmedisin i OUS», se **(23)** side 243-258.. Begge disse ligger i **(23)**, styredokumentene til OUS-møtet 5.6.19.

Det ble gjort **vedtak i OUS styresak 39, 5.6.19**, om hva som var ansett som nødvendige tiltak for å få en fungerende traume/akuttfunksjon på Gaustad, se protokoll **(23 B)**. Underlaget av lokalsykehuspasienter skulle økes til minst 200 000. Fordeling av medisinsk beredskap måtte endres. Flytting av viktige støttefunksjoner, som høysmitteisolater, til Gaustad, skulle gjøres i fase 1.

- Tilsidesettelsen av rapporten fra de som arbeider i akuttseksjonen var en viktig del av underlaget for mistilliten mot Bjørn Erikstein. Se også Drøftingsprotokollen fra 3.6.19 **(11)**, og mistillitsbrevet mot ham **(9)**. Han gikk av 24.6.2019.

I HSØ sak 50/2019 (24), 20.6.2019, ble det vedtatt at arbeidet fram mot målbildet i OUS fortsetter. Forslag fra ansattrepresentanter om å utsette vedtaket ble nedstemt.

Fagfolkene var altså ikke hørt i planleggingen av nye Rikshospitalet på Gaustad, men deres innspill førte tre år etter «målbilde»-vedtaket til at HSØ/OUS innså at planleggingen av traume- og akuttavdelingen var for dårlig. På grunnlag av vedtaket i OUS styret, sak 39; 5.6.2019; se **(23B)** og avsnittet foran her, ble det gjort vedtak i HSØ sak 50/2019, 20.6.19 (24) om å øke pasientunderlaget og å presse inn nødvendige akuttfunksjoner på Gaustad i fase 1, f.eks. høysmitte-isolater. *(Senere er disse av plasshensyn vedtatt flyttet til Aker, der også hovedavdelingen for infeksjonsmedisin skal ligge)*

I vedtakets punkt 3 sies: „Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør om å gjennomføre et arbeid, som inkluderer interregional og internasjonal deltakelse, for å kvalitetssikre og ytterligere konkretisere driftskonseptene og den faglige fordelingen av akuttmedisin og akuttkirurgi mellom Aker og Gaustad“.

5.3.2020 ble OUS gitt oppdrag fra HSØ i foretaksmøte **(25)**: «Oslo universitetssykehus HF skal utarbeide en rapport som konkretiserer hvordan akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, planlegges organisert i Nye Oslo universitetssykehus.»

Bl.a. skal underlag med lokalsykehuspasienter på Gaustad økes fra ca 170 000 til ca 200 000. Fordelingen av kirurgisk virksomhet mellom Nye Rikshospitalet og Nye Aker gjennomgås på nytt. Styrebehandlet rapport skal oversendes HSØ innen 15.august. Fristen ble senere utsatt til 1.11.20.

Vi har gjort PBE oppmerksom på dette tillegget i e-brev 1.4.20 i regulerings sakene for Gaustad 201704683 (dok 216) og Aker, 201704677(dok 135). Vi skriver: „Vår forståelse av dette er at det må føre til utvidet bygningsvolum både på Gaustad og Aker“.

3.4. sendte PBE vår e-post videre til HSØ med spørsmål: „Vi forventer at dere meddeler oss dersom dette har noen betydning for planforslaget“ (201704683-219). – HSØ ved prosjektorganisasjonen svarte 24.4., (201704683-226), med en kort kommentar til brevet. Som avslutning sies: „.... eventuelle justeringer av virksomhetsmessige forhold vil bli løst innenfor de overleverte reguleringsplanforslagene for Aker og Gaustad.“

Erfarne arkitekter med kompetanse i sykehusplanlegging mener (PBE 201704683-228) at justeringene ikke kan gjøres innenfor de overleverte reguleringsplanforslagene. Det må bli snakk om omstrukturering, ikke justeringer.

I det hele er det en stor usikkerhet om bygningene på Gaustad og Aker dimensjoneres store nok. HSØ har bygget sykehusene på Ahus og Kalnes for små. En mistanke er at man også i nye OUS planlegger for snaut for å få omfanget av byggene til å bli akseptabelt innregulert på de trange tomtene. I kapasitetsberegningene som pågår i 2021 ses en tendens til å beregne kapasitetsbehovet lavest mulig, se avsnittet her om Kapasiteten ved utbygging etter målbildet, s 31.

Konsekvensutredninger og ROS-analyser i reguleringsprosessen går på byggt tekniske forhold og forhold i omgivelsene, ikke på sykehusfaglig innhold. Dette har ikke vært klart for hverken folk flest eller for fagfolk innenfor medisin .

Organiseringen av akuttfunksjonen blir altså vurdert på nytt. Det er uklart om planmaterialet for øvrig er oppdatert etter HSØs vedtak i sak 50/2019, se PBE 201704683-244.

Smittevern

En av rapportene som ble levert til styremøtet i OUS 20.10.20 omhandler smittevern, hvor erfaringer fra Corona-krise skulle tas med. I denne rapporten kommer det fram at enkelte av smitteverntiltakene vil kreve omprioritering av areal eller en større arealramme.

I Protokolltilførsel til 8 rapporter 12.10.20 til OUS styremøte 20.10. fra de ansattes organisasjoner (**34**, s. 806-814) (finnes lettere i PBEs saksinnsyn, dokument 201704683-309-2), skrives: «En del av de tiltakene som foreslås vil ha betydelige følger for arealbehov og investeringskostnader, som en økning av smitterom fra 10 til 20% av de nye byggene og reduksjon av poststørrelse fra 30 til 20 pasienter.»(s 809)

Konklusjonen innledes slik: «Den samlede gjennomgangen av de fremlagte rapportene avdekker store mangler i planene for Nye OUS. Det foreligger ikke et endelig gjennomarbeidet forslag til fordeling av virksomheten ved de ulike lokalitetene, og det foreligger ikke modeller for drift av virksomheten....»

Dette oppsummerer de faglige innvendningene mot å fortsette med prosjektene. Også det at Forprosjektet er dyrt, og kan være bortkastet om reguleringsplanene ikke godkjennes, trekkes fram av ansattrepresentantene.

I underlag til sak 79-2020 i styremøte i OUS 20.10.20 står det at høysmitteisolat foreslås lagt til Aker sammen med den største infeksjonsmedisinske avdelingen. Også CBRNE senteret og akuttforgiftninger legges til Aker, mens trykkammeret legges til Gaustad. Traumeenheten blir altså delt mellom Gaustad og Aker. Hva med funksjonaliteten? (Revidert utg. 29.10.20)

Regulerings sakene på Gaustad og Aker

Reguleringsplans sakene finnes i PBEs saksinnsyn for Gaustad: 201704683 og Aker: 201704677.

Tomtene på både Gaustad og Aker blir helt oppfylt. Det viste seg raskt at det ikke gikk å få et komplett regionsykehus slik det var vedtatt på Gaustad, regionfunksjonene måtte deles med Aker.

I administrerende direktørs orienteringer til HSØ sak 6, 31.1.19 sies det: «Ved behov for økt kapasitet utover Gaustad og Aker slik det er planlagt per i dag, vil administrerende direktør heller tilrå at en vurderer et nytt lokalsykehus i søndre del av Oslo, ved grensen mot Folloregionen.»

Tomt og planer finnes ikke, og hva da med antall sykehus, som brukes som argument mot å beholde Ullevål?

Viktige deler av reguleringsplan-arbeidet og bakgrunn

Som det kan ses i Plan-og bygningsetatens Saksinnsyn er PBE svært skeptiske til reguleringsforslagene både på Gaustad (sak 201704683) og Aker (sak 201704677).

Utbyggingen planlegges med høy utnyttelse av tomtene, og med høyder over Oslos høyhusnorm på 42 m.

Se vårt notat "Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019", vedlagt, ref (45), og s.3 og 6 foran. I dette tilleggs-notatet går det fram at OUS første halvår 2016 i samarbeidet med PBE og byrådet la opp til bredt lokk over Ringveien og sykehusbygg på sørsiden, noe PBE mente måtte til for å få plass. - Fra "målbildevedtaket" 16.6.16 gikk HSØ over til at det skulle bygges bare på nordsiden. Statens Vegvesen sa igjen nei til lokk over Ringveien november 2018 (PBE 201704683, dok 94). En avtale mellom SINTEF og UiO på en side og OUS/HSØ på den andre 1.6.2018, om at det ikke skulle bygges sykehus på nedsiden, ble sendt Oslo kommune ved byrådsleder. Dette tilsammen innskrenket definitivt tomten til å være området nord for Ringveien.

PBE angir svært høy reguleringsrisiko på Gaustad 28.11.18. (201704683-dok 106). 16.3.20 sies at Forslagsstillers alternativ 1A og 1B har stor reguleringsrisiko hva gjelder kulturminner (gamle Gaustad sykehus), elvelandskap (Sognsvannsbekken), støyforhold mm (201704683-dok 206).

Riks- og byantikvar uttrykker stor skepsis til bygging tett på gamle Gaustad sykehus og ødeleggelse av vernet grøntområde. Til planforslaget som forelå i mai 2020 var det lagt fram konsekvensanalyse med fagrapporter til planforslaget. F.eks på kulturminneområdet er fagrapporten tydelig utarbeidet av en medarbeider lojal til HSØs hovedsyn. Opprinnelig fagrapport ble ikke godtatt av HSØ. Se PBE 20174683-dok 196.

Bydel Nordre Aker, Velforeninger, Naturvernforbundet, Fortidsminneforeningen og naboer til Gaustad-utbyggingen protesterer mot utbyggingens størrelse, at det legges anleggsvei gjennom boligområdet i vest, midlertidig helikopterlandingsplass i naturområdet med Sognsvannsbekken og turveien, og virkningen på gamle Gaustad og grøntområdene rundt. Anleggsbrakkene i vest er flyttet, noe som av utbygger fremholdes som en stor forbedring - men ødeleggelsene er likevel store. Helikopterstøy blir et problem både i anleggsfasen og i driften av sykehuset.

Det planlegges nå å rive deler av UiOs prekliniske bygg (Domus Medica) på Gaustad i fase 2. UiO har i brev av 19.3.18 (201704683-dok 37) anført: «Tapte arealer skal kompenseres for 1:1 og det må stilles rekkefølgekrav om at erstatningsarealer skal være innflyttingsklare og ha ferdigattest før fraflytting kan skje. UiO vil ikke akseptere midlertidige lokaler for sin drift, og ingen følgekostnader av OUS-HSØs disposisjoner skal belastes UiO.»

Utbyggingens størrelse og ødeleggelse av gamle Gaustad godtas ikke.

Et viktig poeng er at det er kun en ordinær adkomst til Gaustad. Det skal lages en nødadkomst fra den enveiskjørte avkjøringen til Slemdalsveien fra Ringveien. Begge adkomster vil bli blokkert ved trafikkstans på Ringveien. Til nød kan det kjøres opp trikketraseen I Gaustadalleen under Ringveien.

Anleggsvei planlegges fra Slemdalsveien i vest, gjennom boligstrøk og over Sognsvannsbekken, men det sies også at anleggstrafikk skal gå i alle mulige traseer. - Skal virkelig anleggstrafikk gå i ordinær ambulansetrase?

Det er også viktig at en ser fase 1 og fase 2 i sammenheng når det gjelder konsekvensene.

Kommunikasjon HSØ/PBE fra 29.5.20 til 12.4.2021

Hovedtrekk i utviklingen i regulerings sakene, refererte møter PBE/HSØ.

Dokument 201704683-241, 29.5.20 fra PBE til Rambøll, kopi HSØ, omhandlet at planforslaget skulle legges ut til offentlig ettersyn 8. juni. PBE sier også at «Plan- og bygningsetaten anbefaler ikke forslaget» for Gaustad.

HSØ svarte, IKKE på grunnlag av PBEs brev av 29. mai. HSØs styreleder og administrerende direktør skriver 1. juni (2. pinsedag) til PBEs etatsdirektør på grunnlag av brev av 16.3.20 (201704683-206) fra PBE om Gaustad, hvor PBE påpeker stor reguleringsrisiko (se også ovenfor). «Videre vises det til brev av 14.5.20 (201704677 - dok 147) ang Aker sykehusområde hvor det meddeles at PBE vil fremme justeringer av alt 1A til offentlig ettersyn».

«På bakgrunn av dette bes det herved om et møte med Plan- og bygningsetaten for å se på planforslagene med den hensikt å finne gode løsninger for de påpekninger som er kommet. Som følge av dette bes det også om at det avtales ny frist for offentlig ettersyn.»

Det har siden juni 2020 pågått møtevirksomhet om planene mellom PBE og HSØ.

I direktørmøte 5.6.20 ble det satt ned en hurtigarbeidende arbeidsgruppe for hver sak. (referat 17.6.20, PBE 201704677-163 og 201704683-281).

Vi refererer det viktigste som er kommet frem i disse møtene. (*Våre anmerkninger i kursiv*) Fullstendige møtereferater som gir en god framstilling av forhandlingene finnes under regulerings sakene 201704683, Gaustad, og 201704677, Aker. Vi refererer til saks- og dokumentnr, med møtedato og dato da referatene ble lagt ut.

Møtereferater er sendt direktørene i PBE, HSØ og OUS, disse har hatt jevnlig oppfølgingsmøter.

Utdrag med det viktigste som kommer fram i noen av møtene

Møter mellom direktørene i PBE-HSØ/OUS:

24.august (referat 10.9., PBE 201704683-291,201704677-178)

Aker: HSØ skal forsøke å trekke bygg for psykisk helse vekk fra støyende vei.

PBE: «det er fare for innsigelse fra antikvariske myndigheter som vil forsinke prosessen» —og føre til nytt offentlig ettersyn.

Gaustad: PBE: « Størrelsen, både bredde og høyde er problematisk». OUS: «De store volumene er nødvendig for å ivareta regionsfunksjoner som gir bedriftsøkonomisk lønnsomhet» — «De store volumene gir bærekraft».

14. september (referat 28.9., PBE 201704683-301, 201704677-181)

Aker: Problemet med langtidsopphold i støyutsatte område ser ut til å bli løst først etter offentlig ettersyn. Det ventes innsigelser fra Fylkesmannen (*nå Statsforvalteren*)

Gaustad: HSØ: Det arbeides med mulig samarbeide med UiO om plass i Livsvitenskapsbygget.

29. september (Referat 14.10., PBE 201704683-304, 201704677-186)

Gaustad: For å imøtekomme PBEs krav om et planalternativ med høyder under 42 meter, har HSØ nå planlagt høyere utnyttelse (opp til 8 etasjer) på området som vender mot det

fredete gamle Gaustad sykehus. PBE mener dette «av kulturminnehensyn kan være spesielt utfordrende med tanke på gamle Gaustad.»

13. november (Referat 27.11. , PBE 201704683-317, 201704677-193)

Gaustad: PBE har fortsatt innvendinger mot samlet areal.

OUS ønsker en samlokalisering for samarbeidet med UiO. 30 000 m2 flyttes fra sykehuset til Livsvitenskapsbygget, hvilket reduserer samlet areal for nytt sykehus på Gaustad

Vår bemerkning: Vil dette redusere arealbehov i den sentrale delen av sykehuset, hvor det er mest press på arealene? Videre ses ca mars 2021 at det i praksis bare blir 12 000 m2 til disposisjon for OUS laboratorier.

Arbeidsmøter, dialogmøter, Gaustad

10. juni (Referat 14.8., PBE 201704683-254)

Her er en viktig oversikt over PBEs foreløpige vurdering i 11 punkter. Det blir for langt å referere her, men vi vil peke på noen viktige punkter.

-Planforslaget følger ikke opp kommuneplanen når det gjelder utviklingsrområde langs Ring 3, kulturmiljø, grøntstruktur og støy.

-PBE anbefaler ikke byplangrepet som dominerer kulturmiljøet og landskapet.

-Tomtearealet er for lite i forhold til utnyttelsen.

-Planforslaget har ikke tydeliggjort at man løser et langsiktig sykehusbehov.

-PBE gjør oppmerksom på at eventuelle endringer i planforslaget kan medføre behov for oppdaterte utredninger og undersøkelser før saken legges ut til offentlig ettersyn.

20. august (Referat 31.8, PBE 201704683-285)

PBE spør bl.a. om det blir økt utnyttelse ut over det som var i planprogrammet? Må i så fall redegjøres for og oppdateres i utredninger og undersøkelser. Blir samlet sykehusstørrelse økt eller mer fleksibelt nå? FS (Forslagstiller): Planområdets utnyttelse øker med 10 000 m2. Samlet sykehusstørrelse blir ikke større enn i tidligere forslag. HSØ vil redegjøre for fremtidig sykehusstruktur i planbeskrivelsen til revidert planforslag.

Dette er ikke noe godt svar på PBEs spørsmål. I reguleringsplanforslaget fra mai 2020 står at kartgrunnlaget er fra februar 2019. Dette er fra før HSØs styrevedtak 20.6.19, sak 50, om at funksjoner som er viktige for traume- og akuttberedskap skulle flyttes til Gaustad i fase 1, og lokalsykehusgrunnlaget der skulle økes fra ca 170 000 til ca 200 000. - At konsekvensene av vedtaket 20.6.19 ikke var klarlagt kommer fram i tidligere dokumenter, se spesielt dok 201704683-226, også omtalt s. 10 og s 21 i dette notatet. Vi mener det er viktig å få vurdert om planene som nå legges fram vil dekke behovet både for størrelse og funksjonalitet for sykehuset på Gaustad.

PBE : « Endringene endrer ikke vesentlig på vår tilbakemelding»

PBE minner om realistisk og gjennomførbart alternativ med høyder under 42 meter.

28. september (Referat 26.10, PBE 201704683-294)

PBE fremla generelt: Fremdeles er det mange av PBEs innvendinger som ikke er redegjort for vil bli imøtekommet.

Ang alternativ 1B (høyder under 42 m): 8 etasjers fløyer mot (gamle) Gaustad sykehus er ikke akseptabelt. FS: L-byggene (fløyene mellom Rikshospitalet og Gaustad) er økt med 12 000 m2 ift tidligere 1B. Dette er arealer som de mister ved lavere høyder på de høyeste byggene. Arealer er flyttet mot nord pga støy ved/fra ringveien, men sengeposter lenger mot nord gir dårligere løsning. PBE etterspør realistisk alternativ. L-fløyene virker helt malplassert, og PBE ber FS flytte arealer et annet sted i 1B. *Det ble opplyst i møtet 20. august at planområdets utnyttelse økes med 10 000m2. Det er ikke vist hvor dette skal legges. Dette er ikke de samme 12000 m2 som flyttes fra H-bygget.*

23. oktober (Referat 18.11, PBE 201704683)

PBE er svært skeptisk til høydene/volumene i alternativ 1A (*høyder over 42 m*).

Alternativ 1 B (*høyder under 42 m*): Fløyene mot Gaustad sykehus er redusert fra 8 til 7 etasjer. PBE er fremdeles negative til så mange og høye fløyer her. Forslagsstiller (Rambøll) sier 1B er funksjonelt på grensen av hva som kan aksepteres.

Alle uttalelser som har kommet i saken skal kommenteres av Forslagsstiller (Rambøll) og PBE og følge saken til offentlig ettersyn.

Arbeidsgruppemøter Aker

9. juni (Referat 9.7 , PBE 201704677-158)

PBE mener utnyttelsen går ut over Akers tålegrense. PBE forklarer at utnyttelsen på både Gaustad og Aker er høy uten at det virker som man løser et langsiktig behov. Det må belyses til politisk behandling hvilket behov sykehuset løser, og hvilken pasientbehandling som forventes overført til kommunen. HSØ lurer på hvorfor dette er et tema til høringen i plansaken. De nevner et nytt sykehus i sørøst, og sier at det er samarbeid med kommunen om de pasientene som trenger det mest som er lagt inn i framskrivningsmodellen, ikke forventning om overføring. (*Det er verken planer eller tomt til sykehus i sørøst. Oslo kommune har ikke noen plan for dette samarbeidet.*)

PBE svarer at «det faller inn under vårt byplanfaglige ansvar å tydeliggjøre den helhetlige påvirkningen prosjektet har, og få innsikt i hvor forberedt Oslo kommune er for premissene ved prosjektet.»

PBE er kritisk til at langtidspasienter for psykisk helsevern plasseres mot Ring 3, med støy og støv, men mener forholdene er akseptable for korttidspasienter knyttet til sykehuset og hotellet.

22. juni (Referat 9.7, PBE 201704677-166)

Ang. støy: HSØ ønsker å høre den viste løsningen for psykiatrien og hvordan Fylkesmannen og sektormyndigheter vurderer situasjonen. De vil se på alternative plasseringer, men dette krever mer tid. PBE: Dette kan medføre ny begrenset høring.

14. september (Referat 16.10 , PBE 201704677-179)

PBE peker på at det sannsynligvis vil komme en innsigelse fra Riksantikvaren om høydene sør for bygg 60 (fredet bygning).

1. desember (Referat 2.2.21, PBE 201704677-192) (merk referatdato!)

Ang. Området for psykiatri: «PBE påpeker at forslaget fortsatt strider mot Rikspolitiske retningslinjer for støy (T442) men vi ser at for å vurdere dette nærmere, kan det være riktig å høre forslaget, og dermed få fulgt opp den ev. innsigelsen som kommer der...
Etterskrift PBE: «Vi har ikke tatt stilling til om endringene påvirker vår anbefaling av plasseringen av psykiatri»

Møte PBE -Oslo Legeforening:

14. september (Referat 29.9, PBE 201704683-292, 201704677-182)

Legeforeningen v/ Kristin Hovland er bekymret for kapasiteten, og henviser til Kalnes som har for liten plass. Hun mener også at HSØ ikke har svart godt på pandemiens innvirkning i forhold til byggenes karakter.

Aasmund Bredeli: «Det er ingen informasjon til eller dialog med de ansattes organisasjoner om de nye endringene som nå diskuteres.» Fagmiljøene er bekymret for fragmentering og oppsplitting av funksjoner, og for at man mister de gode helhetlige løsningene.

Hovland mener psykisk helse nedskaleres i forslaget på Aker i forhold til framskrevet behov. Psykiatribyggene bør ikke ligge i rød støysone. Hun er også bekymret for helikopterstøy, og for de nye helikopterene som ikke kan lande på Ullevål sykehus i dag.

Samlet er det betydelig bekymring knyttet til areal/kapasitet og at det ikke finnes reserveareal for videre utbygging.

.....

PBE har bedt om nærmere redegjørelse fra HSØ om hvilke framskrivninger og funksjonelle behov som ligger til grunn for plangrepet, til saken som skal til offentlig ettersyn. PBE vil stille spørsmål om kapasitet og konsekvenser for Oslo kommune ved høringen.

De reviderte Planforslagene ble levert inn til PBE 15.12.20 for Aker og Gaustad.

PBE meldte 14.1 at planforslaget for **Gaustad** ikke er komplett. Blant annet stiller kommunegeologen flere spørsmål om grunnlaget for rapporten «Geologi og grunnforhold». Revidert planforslag etter komplettvurdering er levert 1.2.21.

19.1.21 (PBE 201704677-197) meldte PBE at planforslaget for **Aker** ikke er komplett.
 29.1.21 (PBE 201704677-198-2) skriver PBE: «...konsekvensutredningen av kulturminner **ikke** innfrir kravene i forskriften.....» og må rettes. PBE sier bl.a « «Det er viktig at konsekvenser ikke blir underkommunisert» De henviser til Miljødirektoratets veiledning om konsekvensutredninger: «De mest alvorlige konsekvensene av tiltaket skal komme klart frem, som vil si at en stor virkning ikke kan slås sammen med en mindre virkning og konkludere på middels virkning (PBEs understrekning). Etter ny innsending av revidert planforslag 3.2.21, melder PBE 9.2.21 (PBE 201704677-199) at det fremdeles ikke er komplett.

Planforslagene for Aker og Gaustad ble godtatt som komplette hhv 18.2.2021 og 15.2.2021 og ble lagt ut til offentlig ettersyn 12.4. 2021 med høringsfrist 7.6.2021.

Se Plan- og bygningsetaten, Si din mening.

Direkte link til plankunngjøringen for Gaustad:

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021000505>

Direktelink til plankunngjøringen for Aker:

<https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/main.asp?idnr=2021027924>

Saksdokumenter finnes også i PBEs saksinnsyn; for Gaustad saksnr 201704683; for Aker saksnr 201704677.

Merknader til foreliggende fakta og diskusjon, og om informasjon

Merknader: Samlet inntrykk av forhandlingene PBE/HSØ er at det er meget vanskelig å få plass til funksjonelle sykehus på Gaustad og Aker-tomtene. Det er opplyst fra HSØ i møte 20. august 2020 (201704683-285) at planområdets utnyttelse på Gaustad økes med 10000 m².

Det blir endringer i byggene pga de tillegg av sykehusfunksjoner som følger av fagrapportene fra OUS oktober 2020, tegningene fra mai 2020 må forandres. Det blir også endringer i forutsetningene som lå til grunn for lånegarantien som ble innvilget i statsbudsjettet for 2020.

Se også PBE sak 201704683-309-2, Protokolltilførsel til 8 rapporter, og nedenfor under **styremøte OUS 20.10.2020**

Det er åpenbart behov for å stanse opp og gjøre en risikoanalyse av hele prosjektet, både som byggprosjekt og sykehus.

Om informasjon

Informasjonen fra forhandlingene PBE/HSØ overfor allmennheten er sparsom. Møtereferatene legges ut lang tid (14 dager - 1 måned og mer) etter selve møtedatoen. Det er verd å merke seg at korrespondanse skal legges ut på saksinnsyn hos PBE. Dette omfatter også eventuelle e-poster mellom adm.dir i HSØ og etatsdirektøren i PBE. Et varslet møte 19.6.20 mellom Kielland og Lofthus ses det ikke referat fra i saksinnsyn, heller ikke evt. avlysning av dette.

Det er også avtalt et møte med politisk ledelse/byrådsleder 4.9.20. Dette møtet er det heller ikke referat fra.

Styremøter i OUS og HSØ fra juni 2020 til notatets dato **Styrebehandling og ansattes innspill**

Fra underlagsdrøftinger med ansatte før OUS-møtet 16.6.20:

Det ble avholdt drøftingsmøte mellom ledelsen og tillitsvalgte i OUS 6.mai 2020 om Rokade før rivning og bygging på Rikshospitalet. Tillitsvalgte for alle ansatte mener planleggingsprosessen, omrokering og riving av viktige, moderne bygg går for raskt fram når man ikke vet om reguleringsplanen blir godkjent eller om økonomien holder. Fagfolk som skal delta i planleggingsarbeid er hindret av corona-pandemien. (Vedlegg protokoll drøfting finnes i posten før styredokumentene til OUS 16.6.20).

At PBE ikke anbefaler forslagene til reguleringsplaner nevnes ikke i **dokumentene til OUS styremøte 16. juni**. Styreleder nevnte det heller ikke i møtet, men ansatterepresentantene sa tydelig fra at «PBE anbefaler ikke forslaget». Ansatterepresentantene er tvilende til økonomi og effektiviseringsmuligheter i pågående prosjekt (27). De fremholdt at det er risikabelt å starte et dyrt forprosjekt før reguleringsplanen er godkjent. OUS-styret vedtok mot ansatterepresentantenes stemmer å anbefale oppstart av forprosjekt 1. november (28).

Til **styremøtet i HSØ 25.6.20** ble reguleringsproblemene omtalt svært moderert **(29)**, sak 063-2020. HSØ-styret vedtok forslag om plan om oppstart av forprosjekt 1. november, protokoll **(30)**. Rapportene i OUS med organisering av kirurgi og akuttfunksjoner, og hensyn til smittevern, skal være ferdige til samme dato. *(Rekker man da å evaluere rapportene?)*

Styreleder klaget over at «vi har ingen plan B». Det er HSØs egen skyld. Styremedlem Grimsgaard sa da at plan B må være å fortsette arbeidet på de sykehuslokaliteter man har.

Forprosjektet er stadiet før detaljplanlegging. Det er en omfattende og dyr prosess. HSØ mener forprosjekt og reguleringsprosess kan tilpasses hverandre (skal ha vært praktisert ved tidligere sykehusbygg). *(Opplegget kan bli så «låst» at det blir et press på reguleringsprosessen.)*

I sak HSØ 50/2019 den 20.6.19 var vedtatt overføringer av akuttfunksjoner, og opprettelse av plass for 30 000 pasienter til i lokalsykehusunderlaget i fase 1 på Gaustad. Det er uklart om arealbehovet for overføringen er meldt til PBE, se ovenfor under omtale av møter HSØ/OUS med PBE. Det er også uklart om kostnadene er tatt med i lånesøknaden til statsbudsjettet 2020. I underlaget for styremøtet i HSØ 25.6.20, sak 63 (29) ser det ut som hele usikkerhetsavsetningen i det omsøkte beløpet er tatt vekk. Iflg. tabell er kostnader til tomteerverv trukket ut av styringsrammen, mens det i teksten sies at den er med. Dette reiser tvil om underlaget for lånesøknaden til statsbudsjettet 2020 var korrekt. Se også ovenfor under referat fra dialogmøte Gaustad 20. august 2020 (PBE/HSØ).

I dokumentene til **styremøtet i HSØ 20.8.20** refereres at risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt Nye Oslo universitetssykehus er HØY. Det kom ikke fram noe om problemene i reguleringsaken i møtet 20.8..

Både **HSØ og OUS hadde styremøte 24.9.20**. I dokumentene framkommer lite nytt. Det er laget et tidspress for å vurdere underlagsrapporter om fordeling og oppbygging av Gaustad og Aker samtidig som det store forprosjektet planlegges satt igang 1. november.

OUS styremøte 20.10.2020.

Det legges fram forslag til vedtak om å anbefale HSØ å sette i gang forprosjektfasen for Nye OUS.

Fra underlag til styremøtet :

Innholdet i sak 79/2020: (ansvarlig for teksten er adm dir Bjørnbeth) .

«I denne saken forelegges styret rapporter fra akuttutredningen og fagfordelingsprosjektet, samt rapporter fra andre områder det er arbeidet med i forberedelsene til forprosjekt, blant annet samhandling og medvirkning som forberedelser til forprosjekt. Dette utgjør svar på helseforetakets oppdrag og forhold som er tatt opp i vedtak gjengitt under i punkt 3» *(underlagets pkt 3 Vedtak og oppdrag)* **(33)**

Saken er drøftet og tidligere protokoller er vist til i dokumentet. Avslutningsvis sies noe om oppgaver i den kommende forprosjektfasen. Se **(33)**. - Vedlegg, nye rapporter **(34)**.

Som underlag for forprosjektet legges her altså i tillegg til Konseptfaserapporten fram i alt 8 fagrapporter. Arbeidet med disse var satt igang 5.3.2020, etter vedtak i HSØ-styret I sak 50/2019, juni 2019.

– *Innvendingene mot å starte forprosjektet kommer tydelig fram i sitatene her:*

Ansattes tillitsvalgte fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet leverte til møtet en "Protokolltilførsel til 8 rapporter 12.10.20", se **(34)**, s. 806-14, og/eller PBE sak 201704683-309-2. Her sies bl.a.:

"Etter organisasjonenes syn er det overveiende sannsynlig at løsningsforslagene og arealberegningene i konseptfaserapporten ikke vil kunne dekke de arealkrav som vil oppstå i sykehuset fram til 2035.» **(34)**, s. 812). - Konklusjonen (s. 813) innledes slik: «Den samlede gjennomgangen av de fremlagte rapportene avdekker store mangler i planene for Nye OUS. Det foreligger ikke et endelig gjennomarbeidet forslag til fordeling av virksomheten ved de ulike lokalitetene, og det foreligger ikke modeller for drift av virksomheten....»

Styret gjorde vedtak i i alt 12 punkter **(35)** Det ble vedtatt å anbefale oppstart av forprosjekt med 5 mot 3 stemmer.

De forelagte rapportene ble anbefalt lagt til grunn for videre arbeid i forprosjektet

Ansattes representanter sier i "møtet 20.10. i ny protokolltilførsel, se også **(35)**:

"Styrererepresentantene Urstrømmen, Skjæret-Larsen og Bredeli stemmer imot administrasjonens vedtaksforslag i saken og viser til vårt alternative vedtaksforslag hvor det etterspørres en en helhetlig og samlet fremstilling av de areal -og kostnadmessige konsekvensene av administrerende direktørs tilrådninger.

Det vises til ansatteorganisasjonenes omfattende drøftingsprotokoll av saken datert 12.10.2020 **(34, s. 806-814, Protokolltilførsel til 8 rapporter 12.10.20)**.

Vi registrerer av saksfremlegget at administrasjonen ikke har svart ut helt sentrale og avgjørende spørsmål i saken. De areal- og kostnadmessige konsekvensene er ikke framstilt. Det er derfor uklart for disse representantene hva en ber om tilslutning til ved å vedta oppstart forprosjekt og hvilken ramme en vil anmode eier om for forprosjektet?

I kommende styremøte i Helse Sør-Øst redegjøres det for at det er høy reguleringsrisiko i Gaustad Aker prosjektet, hvordan vurderer administrasjonen i OUS dette i lys av rapportenes tilrådninger, og hvor stor sjanse er det for at investering i et forprosjekt vil være bortkastet? En savner også en framstilling av de økonomiske forutsetningene i hele prosjektet, særlig sett i lys av at OUS går mot et betydelig budsjettunderskudd inneværende år.

Disse representantene vil også påpeke at det ennå ikke er framstilt noen helhetlig og gjennomarbeidet virksomhetsplan for dette prosjektet. Å henlegge medisinske beredskapsmiljø og ortopedi utenfor regionssykehuset fremstår ikke hensiktsmessig, ortopedi er den hyppigst benyttede ressursen i traumesammenheng. Det er også uklart for disse representantene om det er tilstrekkelig areal skissert i utbyggings sakene til å huse virksomheten som planlegges på de ulike tomtene.»

Styremøte i HSØ 22.10.20

Temasak i møtet var "Nye Oslo universitetssykehus. Presentasjon fra styreleder Gunnar Bovim og administrerende direktør Bjørn Atle Bjørnbeth, Oslo universitetssykehus HF"

Her ble lagt fram styrevedtakene fra OUS møte 20.10., inkludert vedtak om å anbefale vedtak av forprosjekt. Ansattererepresentantenes protokolltilførsel ble ikke referert.

Under «Tertialrapport 2. tertial 2020 for regionale byggeprosjekter» finner vi:

- Nye Rikshospitalet og nye Aker (Oslo universitetssykehus HF): «Prosjektet har fortsatt høy reguleringsrisiko og dette vil vedvare inntil det foreligger godkjent reguleringsplan. Prosjektet gjennomfører tiltak for å imøtekomme påpekninger fra Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune, og det er avtalt nye møter i kommende periode.»

Det ble ikke vedtatt i HSØ 22.10. å starte opp forprosjektet, slik det var forventet. Sak om forprosjekt skal forberedes av administrasjonen. Det finnes ikke noe vedtakspunkt eller referert diskusjon om dette. **(36)**

Styremøte HSØ 26.11.2020

Sak 124 Oppstart av forprosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Styreunderlag se referanse **(37)** styreprotokoll se referanse **(38)**

Se også OUS-styremøte 20.10.20, sak 79

BAKGRUNN

Denne saken er en oppfølging av HSØ-styresak 063-2020; Oslo universitetssykehus HF - oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, hvor styret godkjente plan for oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet..... I saken foreslås at oppstart av forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet godkjennes og det legges frem mandat for dette arbeidet. Det orienteres i saken om pågående dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo om eventuell anskaffelse eller leie av lokaler i det planlagte Livsvitenskapsbygget.

Vedtaket punkt 1:

Styret i Helse Sør-Øst RHF viser til vedtak i styret ved Oslo universitetssykehus HF i sak 79/2020 og ber på denne bakgrunn om at følgende rapporter og løsninger legges til grunn i det videre arbeidet i forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet:

- Rapport om konkretisering av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet, inkludert traumevirksomhet, i Nye Oslo universitetssykehus, sett i sammenheng med resultat av fagfordelingsprosjektet
- Rapport om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Rapport om barn og ungdom
- Rapport om smittevern, inkludert erfaringer fra Covid-19 pandemien
- Høysmitteisolater etableres ved Nye Aker
- Trykkammer legges til Nye Rikshospitalet

Her er ikke nevnt at Konseptfaserapportene skal være med som underlag, men de må i følge standard utredningsprosedyre være HSØs hovedgrunnlag for prosjektene. Vi ser i saksunderlaget her i sak 124/2020 at innspillene i fagrapportene brukes.

I pkt **2.17.** i saksunderlaget her i saken står det: "Formålet med forprosjektfasen er å bearbeide det valgte konseptet til et nivå slik at endelig beslutning kan fattes. Det vurderes ikke å foreligge endringer i premissene fra konseptfasen ut over det som er omtalt i saken. De forslagene som er fremkommet gjennom fagrapportene fra Oslo universitetssykehus HF vil bli vurdert og konkretisert i begynnelsen av forprosjektfasen.»

INNSKUDD**Grunnlaget for fagrapportene fra OUS levert oktober 2020- og konsekvenser?.**

I mai 2019 forkastet OUS- ledelsen rapporten til traume- og akutt-teamets fagfolk, og skrev sin egen (23). Dette var viktig i mistilliten mot adm dir Erikstein, som gikk av 24. juni 2019. Ledelsen i OUS hadde forstått at det var alvorlige innvendinger mot organiseringen av traume- og akuttvirksomheten på Gaustad. Med bakgrunn fra styremøte i OUS 5.6.2019 ba styret i HSØ 20.6.2019, i sak 50, om fagrappporter på dette og tilgrensende områder(24). Oppdraget om å skrive disse rapportene ble ikke formidlet til OUS før i foretaksmøte 5.3.2020. Vi ble kjent med at oppdraget var gitt, og formidlet det til PBE. PBE spurte da HSØ om dette ville føre til økt arealbehov?

HSØ svarte via Sykehusbygg 24.4.2020 (PBE 201704683, dok 226):

„Den omtalte utredningen skal gjennomføres innenfor rammene av styrevedtaket, og eventuelle justeringer av virksomhetsmessige forhold vil bli løst innenfor de overleverte reguleringsplanforslagene for Aker og Gaustad“

Våren 2020 leverte HSØ som forslagsstiller forslag til reguleringsplan for Gaustad, som ble antatt som komplett, og skulle legges ut på høring. Men 29.5.2020 ga PBE beskjed til HSØ om at de ikke anbefalte planforslaget.

-Vi antar at informasjonen til PBE om at det ville komme fagrappporter som kunne føre til behov for større arealer bidro til at PBE ikke ville anbefale framlagte reguleringsplanforslag-

HSØ ba da om utsettelse av høringen, og om nye forhandlinger om planene, både for Gaustad og Aker. Se om forhandlingene foran under „Kommunikasjon HSØ/PBE fra 29.5.2020 til notatets dato,“ s. 13.

PBE spurte i dialogmøte for Gaustad 20.8.2020 bl.a.: Bli samlet sykehusstørrelse økt eller mer fleksibelt nå? FS (Forlagsstiller): Planområdets utnyttelse øker med 10 000 m². Samlet sykehusstørrelse blir ikke større enn i tidligere forslag. HSØ vil redegjøre for fremtidig sykehusstruktur i planbeskrivelsen til revidert planforslag.

I november 2020 framkom muligheten for lokaler i UiOs Livsvitenskapsbygg, rett på nedsiden av Ringveien. Det var da snakk om 30 000 m².

I OUS styremøte 26.3.2021 sies at det netto blir ca 12 000 m².

Vi ser ut fra dette at det ikke blir større netto bruksareal på Gaustad i foreliggende planer. - INNSKUDD AVSLUTTET

HSØ sak 124/2020; 26.11.20 forts.: Ansattrepresentantene stemte mot å starte forprosjekt.

Stemmeforklaring fra ansattrepresentantene Grimsgaard og Sølvberg i HSØ følger opp det ansattrepresentantene i OUS-styret uttrykte i møte 20.10.20:

Stemmeforklaring fra medlemmene Grimsgaard og Sølvberg

Disse medlemmene går imot vedtaksforslagene samlet. I sak 50/2019 godkjente styret konseptfaserapporten til Oslo universitetssykehus. I vedtaket ble det gitt en rekke tilleggsbestillinger til sykehuset, som er besvart med rapporter utarbeidet i Oslo universitetssykehus. Her fremstilles en rekke hensyn og behov som må ivaretas i en ny virksomhetsmodell og byggeløsning. Det er i liten grad konkretisert hvilke følger dette har for arealkrav, og det er ikke utarbeidet noen samlet oppdatert framstilling av hvilke areal- og investeringsbehov konseptfasen inklusive tilleggsbestillingene medfører. Det er heller ikke fremlagt oppdatert gevinstberegning eller bærekraftsanalyse.

I sak 115/2018 ble det fremlagt en risikovurdering fra reguleringsmyndigheten i Oslo. Den viste høy reguleringsrisiko for alternativene som ble lagt til grunn i konseptfaserapporten. I saken er det lagt fram helt nye forslag til løsninger på Gaustad-tomten, som vil innebære flytting av

Preklinisk institutt. Det er ikke redegjort for kostnader knyttet til dette tiltaket, og det er ikke fremlagt en oppdatert vurdering av reguleringsrisiko.

Samlet sett vurderer disse medlemmene at mange sentrale forhold stadig er uavklart, at gjennomføringsrisiko stadig er høy, og at det ikke er riktig å igangsette forprosjekt nå. Disse medlemmene vil særskilt bemerke at regulerings spørsmålet stadig er uavklart, og vil minne om vedtakspunkt 5 og 6 i styresak 72-2017;

Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.

Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden

Styremøte OUS 18.12.2020 kl 10-14.55

Sak 94 oppstart forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Saksframlegg (39)

Se også underlaget til Styremøte HSØ 26.11.20, foran, vedtak i sak 124.

Som det fremgår av styrevedtaket til Helse Sør-Øst RHF skal administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF fastsette endelig mandat for forprosjektet. Endelig mandat forelå ikke ved utsendelse av styredokumentene.

Det er i dette møtet 18.12.20 utydelig hvilke rammer som er lagt for forprosjektet.

Vedtak:

1. Styret viser til vedtak i styresak 124-2020 i Helse Sør Øst RHF og ber om at administrerende direktør følger opp forprosjektet Nye Rikshospitalet og Nye Aker.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om prosjektet og totalrisiko i forbindelse med det.

FORETAKSMØTE HSØ/OUS 18.12.2020 KL 15

Fra Protokoll (40)

Sak 3: Endring av vedtekter: Medlemmene skal ikke representere politiske organisasjoner eller andre interessegrupper....

Sak 5: Oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 26. november 2020 oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet (jf. HSØ styresak 124-2020).

Foretaksmøtet viste til konseptrapport for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, godkjent ved behandling av styresakene 006-2019 og 050-2019, samt rammene for forprosjektet, jf. styresakene 063-2020 og 124-2020.

Konseptrapporten nevnes bare på dette punkt i foretaksmøtereferatet.

OUS har i forprosjektet ansvar for å avklare sentrale føringer, og et stort spekter av oppgaver innenfor de rammene som er satt. Se videre i Protokoll fra foretaksmøte, referanse **(40)**.

Inkludert er forutsetninger som følger av fagutredningene gjennomført i 2020.

Vedtakspunkt 1 fra HSØ sak 124/2020, se foran, er fortsatt med, «...følgende rapporter og løsninger legges til grunn i arbeidet i forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet» - her opplistes fagutredningene fra oktober 2020.

Ansattes representanter i møtet gjentar sin stemmeforklaring til OUS styresak 79/2020, se vår tekst under møtet 20.10.20, og ref **(34)** og **(35)**

Det må bemerkes at tidspunktet for foretaksmøtet er underlig, det er lagt til kl 15 den 18.12.20, etter at OUS-styret hadde hatt møte fram til kl 14.55 og diskutert sak 94/2020, Oppstart av forprosjekt.

Det er vanskelig for utenforstående å skjelle hvem som nå har ansvar for hva i OUS organisasjon. «Nye Oslo universitetssykehus er fellesnavnet på de seks bygge- og utviklingsprogrammene i sykehuset» og har egen prosjektorganisasjon.

- *I Nye OUS underlagsdokumenter inngår ikke fagutredningene fra okt. 2020, men det nevnes i arbeidsdokumenter at de brukes i arbeidet.*

Styremøte OUS 19.2.21

Sak 6 /2021 Oppdrag i forbindelse med forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Underlag er oppdrag fra foretaksmøtet 18.12.20, to måneder tidligere.

Oppdrag i foretaksmøte 18.12., se Protokoll **(40)** og omtale ovenfor.

.....

Foreslått vedtakspunkt 3 og 4 til styret fra (Nye OUS) Direktør til dette møtet, med oppdragspunkter fra foretaksmøtet med HSØ 18.12.20, er strøket fra vedtaket, men kommer inn som ramme i oppdrag til administrerende direktør i nytt første punkt. Vedtaket er i samarbeid i styret redusert til de to første punktene. Ansattrepresentantene var motvillige mot å ta til etterretning at de oppsatte detaljerte rammene fra HSØ skal gjelde.

Det er opprettet et stort antall arbeidsgrupper for planlegging av nytt sykehus. Det er opprettet 38 medvirkningsgrupper, som vil være funksjonsorientert. Ca 670 medarbeidere er engasjert i utviklingsarbeidet

Det fremgår av foretaksmøteprotokollen fra 18. desember 2020 at en viktig oppgave Oslo universitetssykehus skal bidra med til forprosjekt er å:

«Konkretisere samlet gevinstrealiseringsplan som gir nødvendig bærekraft i prosjektene, og oppdatere sin økonomiske langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå»

Klinikkene er derfor bedt om å konkretisere økonomiske gevinster som kan gjennomføres for perioden 2022 til 2030, før nye sykehusbygg på Aker og Rikshospitalet tas i bruk.

OUS har hatt gjennomgående problemer med å oppnå ønsket effektivisering.

Forprosjektoppgavene virker mye konsentrert om å realisere gevinster fram til flytting.

Det synes for oss som fulgte møtet at det er en motvilje mot detaljstyring fra HSØ i hele styret.

Vedtak i sak 6/2021:

1. Styret tar vedtak i protokoll fra foretaksmøte 18. desember 2020 til etterretning og ber administrerende direktør gjennomføre dette som beskrevet i saksframlegget.
2. Styret tar prosjektmandat **(41)** godkjent 6. januar 2021 og gitt til prosjektstyret til orientering.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen, Bjørn Wølsted-Knudsen og Anne Marit Wang Førland ønsket følgende stemmeforklaring ført til protokollen i sak 6/2021: "Gjennom å ta vedtaket i foretaksmøtet i HSØ, sak 4, 18.12.2020, til etterretning vil OUS HF etter vårt syn være låst til å finne løsninger innenfor rammebetingelsene for både areal, tidsplan og økonomi. Dette vil kunne fremtvinge uheldige virksomhetsmessige tilpasninger, og undertegnede styrerepresentanter ønsker å vise til protokolltilførsel til styresak 79/2020 fra styremøte i OUS HF 20.10.2020 og vedlegger denne" (se sitat foran under styresak OUS 79/2020; 20.10.20, eller protokoll styresak 79/2020) (35)).

Fra vedlagte mandat for forprosjektet (41) datert 6. JANUAR 2021

Med basis i konseptrapport datert 16. november 2018 er samfunns mål og effektmål definert for prosjektet.

4. Omfang 4.1. Grunnlagsdokumenter

Følgende dokumenter skal legges til grunn for arbeidet i forprosjektet:

- Konseptrapport, videreutvikling av Aker og Gaustad, datert 16. november 2018
- Konseptrapport barn, føde og gynekologi, videreutvikling Aker og Gaustad, datert 23. mai 2019

-Planforslag og reguleringsbestemmelser I tillegg gjelder styresaker med godkjent styreprotokoll og saksunderlag, slik det er beskrevet i kapittel 2 i dette mandatet.

Det gjelder bl a HSØ sak 124-2020 og OUS-sak 79/2020. I disse inngår alle fagrapportene.

Det er viktig at HSØ mener at fagrapportene ikke forandrer på noe i grunnlaget, det er de ansatte helt uenig i, se protokolltilførsel fra ansattrepresentanter til vedtak i sak 79/2020 over, eller (35); og Protokoll tilførsel til 8 rapporter, PBE sak 201704683, dok 309-2: „Samlet drøftingsinnspill til rapportene fra Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet og Legeforeningen 12.oktober 2020.“

Framdriftsplanen i mandatet har sammenfallende tidspunkt for avslutning av forprosjektet og godkjenning av reguleringsplanen, juni 2022.

Sak 7/2021 Status Livsvitenskapsbygget (42)

Et inntrykk er problemer med tilpassing av lokaler mhp både tid og rom. Krav til laboratorielokaler er spesielle. Komplisert utstyr skal inn i passende lokaler, hvilket utstyr må Universitetet og OUS forhandle om. I mellomtiden bygges det.

Det er bestemt nå at Statsbygg skal eie bygget, og både OUS og Universitetet leie. Prosessen konseptfaseutredes.

Styremøte OUS 26.3.2021 Referanse <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/styret/styremoter-i-ous-alle-saksdokumenter> - også betegnet (43) i

Referanselisten. Oppslag i saksunderlag fra styremøtet 26.3.2021 bør gjøres via denne linken til **alle saksdokumenter i OUS**, derfra inn i angitt enkeltsak

Se saksunderlag sak 2021-20-00 og -01 Funksjoner som foreslås plassert i Livsvitenskapsbygget

- Se også omtale i sak 7/2021 ovenfor -

Det pågår en konseptfaseutredning med bred deltakelse. Det er problemer med å få plass til det OUS ønsker i Livsvitenskapsbygget, og KLM (Klinikk for laboratoriemedisin) arbeider med hvor avdelingene skal plasseres. Det er forhandlinger med Statsbygg og Universitetet.

I en orientering i møtet sa OUS utviklingsleder at det er lite plass til OUS. Mye av de omtalte 30 000 m2 virker det som er fellesareal, for store instrumenter, kantine mm. Vi forsto det som det bare 12 000 m2 til rådighet.

Sak 2021-21 Nye Oslo universitetssykehus – risikostyring per mars

Fra **Innledning** til saken, 2021-21-00:

Nye Oslo universitetssykehus følger Helse Sør-Øst sin risikostyringsprosess for prosjekter, og har utarbeidet et utkast til plan for risikostyring. Risikoplanen er en del av Nye Oslo universitetssykehus sine styrende dokumenter.

.....

Det arbeides videre med å skape felles forståelse rundt begreper, metodikk og prinsipper for risikobeskrivelser, og for å utarbeide en konkret og tydelig prosessbeskrivelse for arbeidet med risiko opp mot en fast rapporteringscyklus. I

dette ligger også behovet for å drøfte videre en felles forståelse av på hvilken måte, og etter hvilke kriterier, risiko skal eskaleres....

Felles kommentarer under styresak 2021-21.

Risikobilde Livsvitenskapsbygget, LVB, fra saksunderlag 2021-21-04

- Se også ovenfor under sak 7/2021 og sak 2021-20-00 og -01, og referanse **(43)**

Bakgrunn: Interim programstyre for LVB er konstituert og første møte avholdt 4. mars 2021.

Leder er klinikkleder A. Matussek.

Sitert: OUS prosess er i Konseptfase og skal flytte inn som leietaker i et bygg som allerede er i detaljfase og skal starte byggearbeider i april. Det gir en del utfordringer da OUS må tilpasse seg byggets forutsetninger og har mindre muligheter for endringer. I utgangspunktet skulle hele Klinikk for laboratoriemedisin (KLM), minus de kliniske funksjonsgruppene, flyttes samlet til LVB, men det er vanskelig da arealbehovet ser ut til å være større enn tidligere anslått pga. nødvendig støtteareal.

Det er laget en Risikoplan som ble presentert for interim programstyret på første møte. Konkretisering av usikkerheter i gang

Den interne prosessen med virksomhetsavklaringer i KLM har vært konstruktiv, og det leveres et gjennomarbeidet forslag med hvilke avdelinger og forskningsgrupper som bør flyttes til LVB, til Statsbygg 08.03.2021. Medvirkningen i prosessen har vært god internt i KLM.

Risikobilde Nye Rikshospitalet, fra saksunderlag 2021-21-03 ((43)), (se også foran i innledning til saken, 2021-21-00; og i OUS underlag 2021-21-01 om Radiumhospitalet, om gamle bygg)

(s.1) En fagrapport utarbeidet av OUS har tydeliggjort hvilke tiltak som må på plass, og nye sykehusbygg planlegges nå med en flerdobling av antall isolater i døgnområdene.

Dette må da kreve mer plass?

(s. 2) Risiko #3: HSØ har manglende forståelse for å se potensialet i å vurdere fremtidig bruk av eksisterende arealer i sammenheng med bygging av nye arealer

HSØ PO har et stort fokus på de nye sykehusbyggene, mens vi har en viktig oppgave å få de eksisterende byggene til å henge godt sammen med nye bygg. Når Nye Rikshospitalet står ferdig, vil om lag 40% av det nye sykehuset være nybygg. I denne fasen er det derfor svært viktig å vurdere fremtidig bruk av eksisterende arealer i sammenheng med bygging av nye arealer.

(s. 3) Risiko #4: I rokadeprojektet mangler erstatningsarealer for aktivitet i C1 når arealene skal rives. - En del av dagens sykehus, C1, må rives for å få på plass et nytt sykehusbygg. Dette bygget inneholder i dag både akuttmottak, hjerteovervåkning og døgnområder. Sykehuset må finne erstatningsareal for dette før byggeprosessen kan startes. Dette er et nitid arbeid som krever at HSØ PO og OUS arbeider tett sammen. Det vurderes om en del av nybyggene kan ferdigstilles før C1 rives. Alternativt jobber OUS med å finne rokalearer innenfor eksisterende områder. Det vurderes også å bygge på eksisterende sykehus i nord.

Tiltak: Kartlegge muligheter for tidlig ibruktage av deler av bygget. Bidra til at HSØ PO og rokadeprojektet (OUS) samarbeider tett fremover.

Det er meget kritikkverdig at OUS på dette tidspunktet i planleggingen ikke har bedre oversikt over mulige rokalearer for så viktige sykehusfunksjoner.

Det er et «Rokadeprosjekt» for rivning av bygg C1 på Rikshospitalet, som legger fram Konseptfaserapport og Prosjektforslag 1.12.2020. (En utsendelse til porteføljestyre 24.11.20 ved Catherine Bjerke.) – Noen dokumenter finnes i PBE sak 201704683-340. Se også nedenfor under Risikobilde Nye Rikshospitalet fra saksunderlag 2021-31-04; ref (43).

Det kan bemerkes at det oppstår store problemer i forberedende rokader, som å ta i bruk Gaustad sykehus Velferdsbygg til ansatte og studenter ved Medisinsk fakultet. Dette vil gå ut over pasienter og ansatte ved Gaustad sykehus, og ansatte har protestert sterkt.

Risikobilde Nye Aker, fra saksunderlag 2021-21-03 ((43) se også foran i innledning til saken)
 ”Nye Aker ber om å få komme tilbake med et mer komplett risikobilde etter hvert som prosjektet utvikler seg og vi har skaffet oss bedre oversikt og innsikt i utfordringsbildet.

Vi har påbegynt et arbeid med å peke ut noen mulige risikoområder som kan medføre en medvirkningsprosess av lavere kvalitet, eller som kan resultere til en forsinkelse i fremdriften av prosjektet.”

VEDTAK OUS STYREMØTE 26.3.:

1. Styret tar sak om risikostyring for Nye Oslo universitetssykehus og status per mars 2021 til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør orientere om programavklaringer i forbindelse med Nye Oslo universitetssykehus i kommende styremøte.

Kommentarer til sak 2021-21:

Fra Saksframlegg HSØ sak 124, 26.11.20

Fra 2.8 Status for organisasjonsutviklingsprosjektet ved Oslo universitetssykehus HF:

«Nye Oslo universitetssykehus er etablert som et program for organisasjonsutvikling med sikte på å utvikle og tilpasse landets største helseforetak til framtidens behov, muligheter og økonomiske rammer,...»

-Vi ser det legges tydelig vekt på oppgaven gevinstrealisering, å få ned omkostningene i det eksisterende OUS.-

Nye OUS har mange oppgaver. Det synes i risikobildet for Nye Rikshospitalet som kommunikasjonen med HSØs prosjekt for utbyggingen (ledet av Siri Hatlen) er for dårlig. Så vil vi bemerke at på dette nivå bør man vite forskjell på å «eskalere» som brukes i teksten om risiko, og å «skalere» som sannsynligvis er ment. La oss håpe at ytterligere eskalering av risiko unngås!

Styremøte HSØ 22. april 2021

Sak 043-2021 Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner.

Saksunderlag (44)

De lokale helseforetakene skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022.

Grunnlag skal være Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, vedtatt av styret i sak 148-2020 (46) (Merknad: Veilederen kan ikke ses å være datert på noe punkt i dokumentet, men må tidfestes som vedlegg i saken 17.12.20) , og HSØs Regionale utviklingsplan .

Sitater fra saksunderlag (44):

I foretaksmøter med Helse- og omsorgsdepartementet HOD (14.1.20 og 14.1.21, med et års mellomrom) er det ”....bedt om at Helse Sør Øst RHF stiller krav til helseforetakene om at de i sin neste utviklingsplan skal prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefelleskapene.

Foretaksrådet pekte dessuten på at helseforetakene må gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak, samt gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Det ble videre pekt på behovet for å fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.

Et sentralt tema er hvordan bedre og mer systematisk bruk av teknologi kan bedre kvalitet og pasientsikkerhet eller gi redusert ressursbruk. Veilederen slår fast at digitalisering vil være en grunnleggende forutsetning for realisering av målbildet som presenteres i Nasjonal helse- og sykehusplan.”

Om ”Helsefellesskap:

Regjeringen vil etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene og etablerte samarbeidsstrukturer, jf. forslag i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Regjeringen vil at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Helseforetak og kommuner skal i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivåene. Helseforetakene skal innrette sin samhandling med kommunene i tråd med dette. Medvirkning fra ansatte og brukere skal ivaretas.”

- - -

Veilederen slår fast at digitalisering vil være en grunnleggende forutsetning for realisering av målbildet som presenteres i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Helsefellesskapene og utviklingsplaner.

Helsefellesskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner sammen planlegger og utvikler mer sammenhengende, helhetlige og bærekraftig helse- og omsorgstjenester for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helseog omsorgstjenesten. Både utviklingsplanene og den kommunale planleggingen må avspeile forventninger til gjensidig, felles (vår understreking) planlegging innen aktuelle områder. Helseforetakene og kommunene har også felles ansvar for forebygging, og utviklingsplanen skal omtale helseforetakenes bidrag til felles ansvaret for å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade. Dette ansvaret bør gjenspeiles i de kommunale planene, for å sikre at helheten ivaretas i tråd med nasjonale føringer.

Framskrivning

I veilederen vises det til at Helse- og omsorgsdepartementet stiller følgende krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger: Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell. Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig. Veilederen slår fast at datagrunnlaget i størst mulig grad skal være nasjonalt

Kommentar: Dette er gode og høye ambisjoner.

Men det ble stilt spørsmål fra Kirsten Brubakk (styremedlem som representerer sykepleierne) om i hvilken grad man vil se effekten av planen og om hvilket konkret arbeid som settes i gang. Det ble også påpekt fra leder i brukerutvalget Nina Roland at de hadde erfaring fra at det ofte svikter i overgangene, og at det var viktig med presisering a.v samarbeid på tvers.

Det er kjent at har det vært store vansker med å få igang det praktiske samarbeid sykehus/kommune ved overføring av pasienter som måtte etableres ved samhandlingsreformen. På foran nevnte grunnlag, og fordi vi vet hvor lite av oppgavene som er konkretisert og utprøvd til nå, er det betenkelig å forutsette at det trengs mindre sykehuskapasitet, som det gjøres i sykehusene som bygges i HSØ, inkludert nye OUS. HSØs tall for forventet behov for sykehuskapasitet i Oslo sykehusområde finnes ikke tilgjengelig. – Se også vårt avsnitt om Kapasitet.... s 31.

Videre fra styremøte 22. april: I administrerende direktørs orienteringer var reguleringssakene såvidt berørt, nærmest ved å si at de gjenværende problemer med reguleringene på Gaustad og Aker skulle kunne løses. PBEs uttalelse om at «Planforslaget er i strid med føringer om blant annet støy og landskapstilpasning i kommunen» ble ikke nevnt. Styrerepresentant Limi spurte når styret ville få seg forelagt en sak om dette. Ellers ble bemerket fra styret at reguleringsprosessen kom til å ta lang tid.

Styremøte i OUS 30. april 2021

Saksunderlag til de enkelte saker i kan finnes i ref **(43)**, Styremøter i OUS alle saksdokumenter. Vi refererer fra saksunderlaget og styrets diskusjoner, og kommenterer, da protokollen ikke inneholder momenter av betydning.

Sak 2021-30-00 Programavklaringer forprosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet Just Ebbesen, direktør for Nye OUS, gikk gjennom hva man var kommet fram til.

Med programavklaringer menes i denne sammenheng en konkretisering av innspill, forslag og forventninger fra fagrapportene. Dette innebærer blant annet å tallfeste konsekvensene for areal- og kostnadsramme for prosjektet.

Styret fikk en beskrivelse av resultatet av programavklaringene.

Han snakket om justering av konseptfasen, og at en må få innspill fra fagfolk hva som skal prioriteres, eksempel samling av barn og ungdomsmedisin som skal tilpasses arealrammen og kostnadsrammen. Hvis dette ikke går, blir det premissendring, evt henvendelse til eier om det er mulig å utvide rammene - eller om en må prioritere blant de ønskete innspillene.

Anne Marit Wang Førland (styremedlem fra legenes organisasjoner) klaget over at Ebbesen la fram Programavklaringene uten å ha med at det er innvendinger, hun nevnte en bekymringsmelding (*som vi er blitt kjent med i etterhånd, gjelder både Gaustad og Aker*)

I det hele var hun misfornøyd med at problemer ikke kommer fram i saksdokumentene.

-Også Nina T. Grønvold var inne på det samme. Konsekvensene av tiltakene må legges fram.

Det er et problem om de som har tillegg og er uenige i saksframlegget må bruke sin taletid på å forklare hvorfor, og derfor stemples som konstant misfornøyd.

- Det er uenighet om HSØs bestilling.

«Vi er forpliktet til å si fra om de byggene vi får er tilstrekkelige.»

Førland og Grønvold fikk medhold av Tore Eriksen, at alle sider av en sak bør komme fram i saksunderlaget, men Anne Kari L.Hasle var ikke enig. Hun var forbauset over forventningene til hva OUS-styret kan gjøre.

Ebbesen: det er delt syn på programendring, holder ikke å peke på områder der det er uenighet. Vi må se på mulighetsrammene.

Styreleder: „vi har de rammene.Vi skal ikke være sten i skoen på våre mandat.“

Bjørnbeth: Hvem har ansvar for at det blir bra nok - mitt ansvar, men ikke alene. Det er utfordring i informasjonen. Klinikklederne følger med på sine områder.

Ebbesen bemerket at alt materiale ligger på nett, men er ikke det da Intranett?

Styreleder Bovim framholdt at sykehusbyggene må ha fleksibilitet for framtidige funksjoner og rombehov.

Her kommer fram problemer med bestemmelsesrett, medbestemmelse, ansvar og kommunikasjon som vi tar opp i avsnittet „Oppsummerende merknader til styrebehandling...“ nedenfor.

Sak 2021-31-00 Risikostyring i Nye OUS 2021.04.30

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling:

Arbeid med risikostyring i byggeprogrammene er etablert og i bruk. Tilpasninger og forbedringer gjøres underveis for å sikre at risikoer blir fanget opp og tiltak satt inn.

Det foreslås at styret tar saken til orientering.

Sak 2021-31-01 Risikostyring Nye Radiumhospitalet

Fra saksunderlaget:

-Manglende helhetsfokus – HSØ prosjekt fokuserer på nybyggene. De skal fungere i en helhet på syv bygg der de nye byggene utgjør to av syv bygg.

- Tilstand på eksisterende bygg A, B og C er dårlig og vil kreve betydelige investeringer for å oppgraderes til dagens standard.

- Innsparinger i prosjektet som for eksempel valg av dårligere kvalitet på løsninger, kan gi økte drifts-/ vedlikeholdsutgifter. Det er en risiko for at byggherre (HSØ) velger billigere løsninger som på sikt gir dyrere driftsutgifter. Dette gjelder flere områder. OUS spiller inn krav til funksjoner og kvaliteter, særlig på bygningsmessige materialer, men valget er ikke vårt.

Det ses at risikobildet for Nye Aker (sak 2021-31-03) og Nye Rikshospitalet (sak 2021-31-04) er lite endret fra styremøtet 26.3.21.

For **sak 2021-31-04 Risikostyring Nye Rikshospitalet** er den vesentlige # Risiko 3 fortsatt uforandret, at det mangler erstatningsareal for bygg C1 i Rikshospitalet, som skal rives.

Det registreres for **sak 2021-31-03 Risikostyring Nye Aker** at risiko # 68 er økt:

”# 68:Forsinkelse av fremdrift av forprosjekt, grunnet revitalisering av omkamper av vedtatte beslutninger. - Ebbesen beklaget i møtet bruken av ordet omkamp.

Risikoeier Nye OUS Beskrivelse: Medvirkningsgruppene kan oppfattes som en arena for å diskutere beslutninger tatt i andre fora, fordi de utgjør grunnlaget for gruppens mandat. Dersom gruppen ikke har mandat/fullmakt for å kunne endre beslutninger, er det en risiko for at gruppen bruker møtetiden uheldig i forhold til å svare ut det egentlige oppdraget.

Tiltak Tiltakseier: Vise til beslutninger og vedtak, men samtidig være lydhør for reelle bekymringer”

I **risikomatriksen for Livsvitenskapsbygget, sak 2021-31-05** er kommet inn et rødt risikomoment: “Risiko: #2344 Usikkerhet om gevinstrealiseringen for KLM seksjoner kan realiseres hvis ikke alle planlagte funksjoner kan flyttes til LVB.”

Dette risikomomentet er ikke med under Nye Rikshospitalet

Bjørnbeth uttalte I møtet at LVB-prosjektet måtte ha bærekraft om det skulle gjennomføres, «vi kan ikke konkludere ennå.»

Se også om forhold ved Livsvitenskapsbygget, og risikostyring, i referat foran fra de foregående styremøtene i 2021.

Merknader til styrebehandling og tilhørende dokumentasjon i OUS og HSØ juni 2020 til notatets dato

Det er vanskelig for utenforstående å skjelve hvem som nå har ansvar for hva i OUS og HSØs organisasjon.

Fra OUSs nettsider:

Nye OUS er fellesnavnet på de seks bygge- og utviklingsprogrammene i sykehuset; Nye Radiumhospitalet Nye Aker, Nye Rikshospitalet, Ny sikkerhetspsykiatri, Storbylegevakten og et program for OUS i Livsvitenskapsbygget. HSØ eier og leder de fire første av programmene. Storbylegevakten og OUS i Livsvitenskapsbygget tilhører hhv. Oslo kommune og Universitetet i Oslo.

For hvert av de lokale prosjektene er det et programstyre. **OUS** har også et porteføljestyre som beslutter i «saker eller problemstillinger som omhandler flere av byggeprosjektene eller der det oppstår interessekonflikter mellom dem.» OUS har også prosjektorganisasjonen Nye OUS, der Just Ebbesen er leder.

Fra mandatet til forprosjektet **(41)**, pkt. 6:

HSØ har ansvaret for å gi oppdrag til OUS og til Sykehusbygg. De har et prosjektstyre, ledet av Siri Hatlen, som har ansvar for å gjennomføre forprosjektet, ivareta byggherreansvaret og følge opp reguleringsprosessen. De skal også påse at det er et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid mellom OUS og prosjektet, og påse at løsninger i prosjektet ivaretar hensiktsmessig integrering med eksisterende virksomhet.

HSØ «skal behandle eventuelle vesentlige premissendringer som skal være behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF og fremmet av prosjektstyret til Helse Sør-Øst HF.» (vår understreking).

OUS har ansvaret for å beslutte virksomhetsinnhold og fagfordeling og avklare faglige avhengigheter, herunder integrering med eksisterende virksomhet. De skal «konkretisere samlet gevinstrealiseringsplan som gir nødvendig bærekraft i prosjektet.» De skal planlegge og beslutte løsninger for drift av de deler av virksomheten som blir berørt av utbyggingen, og ha ansvaret for å etablere midlertidige løsninger for drift (Rokadeprojektet).

Kommentarer

Se også noen kommentarer under enkeltsaker i styremøtene.

Det virker som samarbeidet mellom HSØ og OUS ikke fungerer så godt. Se referat fra styremøtene foran (juni 2020 til april 2021), og kommentarer.

Ett eksempel på meget dårlig kommunikasjon er at foretaksmøtet HSØ/OUS som skulle vært holdt primo desember for å formalisere HSØs vedtak om igangsetting av forprosjekt overfor OUS-styret, ikke ble avholdt før 18.12.20, og da ETTER OUS styremøte samme dag med Sak 94 oppstart forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet. OUS-styret fikk ikke foretaksmøtoreferatet til behandling før 19.2.21.

Det virker som OUS-styret er satt til side.

Ebbesen sier i møtet i OUS 30.4. bl.a. at hvis det ikke går å innplasere barnesykehuset som planlagt blir det premissendring, evt henvendelse til eier om det er mulig å utvide rammene - eller om en må prioritere blant de ønskete innspillene.

Hvem har ansvaret for å si fra om man ser at det som er planlagt i sykehuset ikke vil fungere? Vi er enige med deler av OUS-styret som 30.4. mener det må være OUS, og at dokumenterte innvendinger må legges ved styredokumentene.

Ebbesen: det er delt syn på programendring, holder ikke å peke på områder der det er uenighet. Vi må se på mulighetsrammene.

Styreleder: „Vi har de rammene. Vi skal ikke være sten i skoen på våre mandat“.

Bjørnbeth: Hvem har ansvar for at det blir bra nok - mitt ansvar, men ikke alene. Det er utfordring i informasjonen. Klinikklederne følger med på sine områder.
 Styreleder er ikke på linje med direktøren – eller med styremedlemmene som taler for de ansatte.

Vi henviser til risikovurderingene for alle byggeprogrammene, framlagt i saksunderlaget til sakene 2021-21 og 2021-31 (43). - Det er tydelige risiki. Gjennomgående problem på Gaustad er at det er for trangt. Om det trengs mer plass til en funksjon må den tas fra andre funksjoner. Nokså gjennomgående både på Rikshospitalet og Radiumhospitalet er at det anmerkes at byggherre (HSØ, prosjektet) ikke bryr seg om de eksisterende byggene som skal samkjøres med de nye.

En stor enkeltrisiko er rokadeprojektet for riving av blokk C1 på Rikshospitalet. Det er ennå ikke funnet erstatningslokale for virksomheten.

Det er tydelig at HSØ bestemmer og tar avgjørelsene, uansett fornuftige protester, se under risikosaken for Radiumhospitalet, 2021-31-01

Men det er prosjektstyret i HSØ som skal «behandle evt behov for premissendringer» og oversende til HSØ for behandling etter at det er behandlet i OUSs styre.

Styremedlemmenes holdninger

En iakttakelse er at de fleste offentlig oppnevnte styremedlemmene i HSØ- og OUS-styrene godtar administrasjonens vinklede saksframlegg uten videre uten å søke kunnskap annet sted. Et hederlig unntak i HSØ-møtet 22.10.20 var Bushra Ishaq, som sa hun ikke forsto hvordan man kunne fortsette i prosjektet med den motstanden som er blant de ansatte.

I 2018 hadde Riksrevisjonen en Undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Der sies bl.a.:

«Styrer i helseforetakene er for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer, som er nødvendig for å kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig og jobber systematisk med kvalitetsforbedring.»

Møteoffentlighet i HSØ og OUS

Styremøtene i HSØ 25.6. og 1.7.20 skulle være offentlig tilgjengelig via telefonlinje.

Lyden var så dårlig at det var umulig å følge møtene tilfredsstillende.

Vi klaget til Sivilombudsmannen. 20.8. ble styremøtet i HSØ streamet tilfredsstillende over YouTube. 22.10. var det igjen dårlig lydgjengivelse.

Styremøtet i OUS 20.10 ble streamet over YouTube, men med flere, til dels lange, avbrudd i streamingen.

Styremøtene både i HSØ og OUS streames nå stort sett tilfredsstillende.

- Videoer fra HSØ og OUS-styremøter blir fjernet straks etter styremøtene –

Kapasiteten ved utbygging etter „målbildet“

Se også OLF-notatet (1) s. 10 –11, bl.a.:

«.....De fremlagte planene for utvikling av Oslo-sykehusene vil ikke være tilstrekkelig til å håndtere oppgaveveksten ifølge ekstern kvalitetssikrer Opak og Metier»

HSØs Regional utviklingsplan 2035 ble vedtatt i sak 114-2018; 13.12.18 (46,47,48,49) På s. 59 i planen er det en tabell med et tall for liggedøgn i Oslo sykehusområde beregnet ut fra SSBs

midlere antakelse for befolkningsutvikling 2017 til 2035. Dette står til sammenligning med et tall korrigert etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak.

De endringsfaktorene som er brukt er: sykdomsutvikling, samhandling med primærhelse-tjenesten, overføring fra døgn til dag, og poliklinikk og effektivisering (s. 57). Det kom da frem en differanse på ca 120 000 liggedøgn som man da antok at kommunene får hovedansvar for.

I siste del av utviklingsplanen er det beskrevet hvordan man tenker seg et fremtidig helsevesen, hvor liggedøgn på sykehus reduseres sterkt, og med sterkt økt digitalisering, bruk av ny teknologi, hjemmesykehus og «samarbeid om de som trenger det mest.»

I Den Norske Legeforenings høringsuttalelse (datert 18.10.18, finnes under Høringer på HSØs nettside) til Regional utviklingsplan 2035 (48) står det:

«Utviklingsplanene beskriver en til dels urealistisk teknologioptimisme, og burde ha en større grad av nøkternhet og synliggjøre den risiko innføring av nye teknologier medfører.» (s. 1).

Ang. Samarbeide med kommunene (s. 4):

«I utkastene ser det ut til at sykehussektoren ensidig definerer hva slags oppgaver kommunene skal overta, og omfanget av disse oppgavene. Dette mener Legeforeningen er svært uheldig, det er ikke et uttrykk for god og reell dialog og samhandling mellom likeverdige parter, men ser ut til å være motivert ut fra et ønske om å holde egne budsjetter. Den demografiske utviklingen tilsier at veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester i fremtiden vil være høyere for kommunehelsetjenesten enn spesialist-helsetjenesten. Legeforeningen mener det ikke er realistisk at kommunene både skal håndtere sin egen vekst i tjenestebehov og i tillegg få nye oppgaver og ansvaret for sykere og sykere pasienter fra sykehusene. Forslagene til ensidig overføring av oppgaver møter også motstand hos noen av kommunene (for eksempel Oslo). Utkastene til utviklingsplaner ser etter Legeforeningens syn ikke ut til å ta innover seg behovet for helhetstenkning og bærekraft på tvers av omsorgsnivå.»

«I alle framskrivningene er det en vridning vekk fra døgnbehandling, til dag og poliklinikk. Legeforeningen vil påpeke at denne utviklingen har vært markert over flere ti-år, men at tendensen har vært noe avtagende de senere årene.» (s. 6) (vår understreking).

Logisk sett må andelen pasienter som kan behandles poliklinisk og med dagkirurgi nå en grense.

Legeforeningens uttalelse fra 18.10.18 er fremdeles høyst aktuell.

I en presentasjon som HSØs viseadm dir. Frich hadde for Helse- og sosialutvalget i Oslo kommune 4.2.21 sa han at hjemmesykepleie, dagkirurgi, poliklinikk og bedre oppfølging av kronisk syke gir 48 000 somatiske liggedøgn fra sykehus pr år som kommunen skal ta ansvar for og ikke 140 000. Han sa at tallet 140 000 refererer seg til en tabell i utviklingsplanen (tabellen omtalt ovenfor, de 120 000?) som bygger på eldre forutsetninger som nå er forlatt. På direkte spørsmål om hvor mye OUS tenkte at kommunen skulle ta ansvaret for, svarte Frich unnvikende. Han sa det dreide seg ikke om innleggelser, men om samarbeide med OUS, uten mer presisering.

En rapport «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» (Sykehusbygg september 2018) viser framskrivningene for aktivitet og kapasitet for å fastslå et framtidig dimensjoneringsgrunnlag for de nye sykehusene på Gaustad og Aker. Framskrivningene går til 2035.

HSØ regner nå i sin framskriving av kapasitet frem til 2035 med disse faktorene:

Samhandling, effektivisering, overføring til Diakonhjemmet og Lovisenberg og ingen framskriving av «aktivitet som ikke er i bevegelse»(se definisjon nedenfor). Denne

forandringen gir et fremtidig behov som er betydelig mindre enn det som følger av HSØs regionale utviklingsplan.

I de nåværende OUS-sykehusplanene, «målbilde»-planen, er det satt av plass til etappe 2, i den etappen er Grorud og Stovner bydeler planlagt flyttet til OUS. Etappen er planlagt avsluttet i 2035, tomtene er da utnyttet maksimalt. Rammene er dermed gitt - uten at kapasitetsbehovet ved ferdigstilling av etappe 2 i 2035 er framskrevet og klarlagt. «Pasienter bosatt i bydelene Grorud og Stovner behandles ved Ahus, overføres på et senere tidspunkt og framskrives ikke her»(s. 11).

Dette er da en tåkelegging av virkeligheten?

Endringsfaktorene i framskrivningene i rapporten er forandret i forhold til tidligere beregninger, og gir et vesentlig mindre behov for sykehussenger, men grunnlaget for disse endringsfaktorene er etter fagfolks mening svært usikkert. Det er derfor reell fare for at kapasiteten vil være for liten når sykehusene står ferdige.

Overføring til kommunen skal være på ca 15% av behovet for lokalsykehustjenester (Frichs 48 000?) Presentasjonen 4.2. var uklar, se ovenfor.

Om sin egen virksomhet sier OUS:

«OUS har en ambisjon om at 30 % av de tjenester vi leverer i 2030 er i form av avstandsoppfølging gjennom telefon- eller videokonsultasjoner eller spesialhelsetjenester der vi kommer hjem til pasienten istedenfor at pasienten kommer til poliklinikk/dagbehandling eller er inneliggende.» «Nye sykehus i Oslo vil styrke behandlingstilbudet i hele landet» (Artikkel på OUS Facebook-side 11.4.21) Det planlegges altså med at en større del av behandlingen skal være i hjemmesykehus.

Selv om det settes som forutsetning at helseforetaket tar utgiftene til den spesialmedisinske oppfølgingen i hjemmesykehus, vil det også belaste kommunene, både økonomisk og personellmessig. Det må ofte være behov for hjemmesykepleie i tillegg, samarbeid må da etableres. Det er uklart hvordan HSØ tenker at hjemmesykehus skal fungere for aleneboende, i trange små leiligheter - og ved behov for tilpasning i hjemmet. Det er også flere som ikke har tilgang på eller kapasitet til å bruke internett. Hvem skal være ansvarlig, økonomisk og personellmessig?

Med intern effektivisering menes redusert liggetid. Dette beregnes til 10 % av liggetid. (s. 18 i rapporten nevnt over). Liggetiden i norske sykehus er blitt kraftig redusert de siste årene, og det er tvilsomt om det er mulig å redusere den ytterligere.

Den største reduksjonen fremkommer ved overføring av lokalsykehustjenester til Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Pasientene som tilhører disse sykehusene er tatt ut fra framskrivningene. De diakonale sykehusene må ha større dekningsgrad av omsorgen for pasientene i "sine" bydeler.

Med «aktivitet i bevegelse» menes aktivitet som er i bevegelse mellom sykehusene. Det er heller ikke regnet med behov for å framskrive dagens aktivitet ved Rikshospitalet. (s. 10). HSØ legger også til grunn at pasienter fra øvrige sykehus i regionen og i landet forøvrig vil benytte tjenester ved OUS i mindre grad, uten at dette er begrunnet nærmere. *En må jo regne med at behovet for sykehustjenester også vil øke der.*

Det framskrevne behovet blir da mye mindre enn det som fremkommer i HSØs Regional utviklingsplan 2035. Det er stor usikkerhet om forutsetningene for denne reduksjonen i behovet. *(vår understreking).* Det er dermed stor fare for Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil bygges med for liten kapasitet.

Det er vanskelig å finne tall for hvor mange liggedøgn (årlig) det beregnes behov for i 2035 i Oslo sykehusområde, eller hvor mange liggedøgn OUS mener å ta ansvar for. Antall liggedøgn er visstnok et foreldet begrep for å beskrive kapasitet pga nye måter å arbeide på.

I saksframlegg og diskusjon i sak **043-2021 i HSØs styremøte 22.4.21**; Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner; ble omtalt hvordan Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.

Her vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc.

Det skal opprettes "Helsefellesskap:

Regjeringen vil etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene og etablerte samarbeidsstrukturer, jf. forslag i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023...."

Slike samarbeidsstrukturer er de fleste enige i at trengs. Dette er gode og høye ambisjoner.

Men- det ble stilt spørsmål fra Kirsten Brubakk (styremedlem som representerer sykepleierne) om i hvilken grad man vil se effekten av planen og om hvilket konkret arbeid som settes i gang. Det ble også påpekt fra leder i brukerutvalget Nina Roland at de hadde erfaring fra at det ofte sviktet i overgangene, og at det var viktig med presisering av samarbeid på tvers.

Det er kjent at det har vært store vansker med å få igang det praktiske samarbeid sykehus/kommune ved overføring av pasienter som måtte etableres ved samhandlingsreformen. Med de nevnte forutsetningene om framskrivning og om Helsefellesskap, og når vi vet hvor lite av oppgavene som er konkretisert og utprøvd til nå, er det betenkelig å forutsette at det trengs mindre sykehuskapasitet, som det gjøres i sykehusene som bygges i HSØ, inkludert nye OUS. HSØs reelle tall for forventet behov for sykehuskapasitet i Oslo sykehusområde finnes ikke tilgjengelig.

Se også mer om saken i **HSØ styremøte 22.4.21** (ovenfor s 26 o flg)

Viseadm. dir Frich understreket i styremøtet 22.4. flere ganger at dette er et langsiktig utviklingsprosjekt. Han forventer at disse premissene vil prege det lokale arbeidet mer enn tidligere planer.

MEN når dette arbeidet med et forandret helsevesen er så langsiktig og mye er usikkert, og lite utprøvet - er det da ikke for tidlig å legge disse premissene til grunn for planlegging av nye sykehus idaq og komme med tall for hvor mye det vil påvirke kapasiteten i sykehusene i framtiden? I hvert fall må en da ta med muligheten for at denne forandringen av helsevesenet ikke vil få så stor virkning som man håper, og planlegge med mulighet for utvidelse av hvert sykehus for økt kapasitet, og ikke ved løse planer om enda et nytt sykehus.

5. mai i år kom det en rapport: «SYKEHUSUTBYGGINGER I OSLO— Konsekvenser for innbyggerne og kommunens helse-, pleie og omsorgstjenester», Kommunekonsult Rapport nr. 1, 2021. Forfattere: Bjarne Jensen og Lars Nestaas. **(51)**

Her beregnes økningen i behov for omsorgstjenester i Oslo kommune frem til 2050. Det påvises at sammen med tillegg av tjenester som planlegges overført fra OUS til Oslo kommune vil det bli en for stor belastning for kommunen.

Rapporten viser også at det planlegges med 225 senger for lite på Aker og Gaustad, når en regner med de nye kriteriene for fremskriving (se fra Sykehusbygg rapport, 2018 ovenfor). Det påvises at disse kriteriene er svært usikre. Rapporten konkluderer med at det er

“overveiende sannsynlig at det vil oppstå en underdekning for sykehustjenester i Oslo på 200-400 senger, lik et stort akuttsykehus.”

Bystyre og byråd i Oslo – holdninger og vedtak

Byrådet i Oslo holder på at alle Groruddalsbydelene skal til Aker i første utbyggingsfase. Dette går ikke med HSØs „målbilde“plan, de planlegger med to bydeler for lite. - Se også under **Vedtak og saksbehandling fra april 2015 og ut året**, foran her s. 7 OG **Utredning og saksbehandling des-2015 fram mot målbildevedtak 16.6.16 s. 7.**

Bystyret vedtok 24.10.18 å godta HSØs Utviklingsplan, av det følger at Stovner og Grorud ikke kommer til Aker før i fase 2.

-Byrådets holdning, spesielt til nedleggelsen av Ullevål, er uforståelig for de fleste Oslo-folk.

Bystyreflertallet er nå endret, de gjorde følgende vedtak 29.1.20:

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.

Det har vært komitebehandling og debatt i Stortinget av Representantforslag 8:72 S (2019-2020) om å respektere lokaldemokratiet og utrede fortsatt sykehusdrift på Ullevål i tråd med Oslo bystyres vilje.

I forslaget går det fram at ideskissen Parksykehuset (**8**) ønskes som underlag for ny utredning av planer for OUS. Dette mener også bystyreflertallet.

Representantforslaget ble debattert 19.5.20, det ble ikke vedtatt.

Bystyret vedtok 17.6.20 likelydende interpellasjon, med anmodning til regjeringen og HSØ. „Oslo bystyre ber Regjeringen/Helse Sør-Øst gjennomgå de foreliggende planene for endret sykehusstruktur i hovedstadsområdet for å avklare om smittevern hensyn er ivarettatt 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.....“

(Full tekst, se protokoll fra bystyrets møte 17.6.20.)

Det ventes at Oslo bystyre vil forkaste begge reguleringsplanene når de kommer til politisk behandling, tidspunkt er nå usikkert. Dette ble bekreftet I NRK nyheter Oslo og Viken 15.4.21.

Statlig regulering på Gaustad vil være et overgrep mot byen og det politiske systemet.

Staten kan også gripe inn i reguleringssaken tidligere, men statlig regulering må også følge plan- og bygningsloven

Riks- og byantikvar ventes å komme med innsigelse, men blir det statlig regulering er det ikke rett til klage eller innsigelse.

OUS-utbyggings-saken i Stortinget

Representantforslag

Det har vært flere godt begrunnede representantforslag i Stortinget, med komitebehandling og debatt. Disse kan finnes på Stortingets sider under Saker - Representantforslag:

8: 83 S (2014 - 2015)

8: 8 S (2018 - 2019)

8: 186 S (2018 2019)

8: 72 S (2019 - 2020) , se ovenfor

8: 72 S (2020 - 2021)

De fire første forlagene er nedstemt.

Vedtatt i det siste forslaget (**8:72 S (2020-2021)**): 20.4. 2021:

“Enstemmig vedtak: Stortinget ber regjeringen sikre at Aker sykehus snarest blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen. - Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo”.

I tillegg vedtok Stortinget - mot stemmene til Høyre, Venstre og KrF – “å be regjeringen ikke tillate salg av sykehustomta på Ullevål, og avvente en eventuell salgsbeslutning til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus”.

Stortingets lånegaranti til OUS-utbyggingen

Stortinget innvilget i statsbudsjettet 2020 en lånegaranti på nær 30 mrd. til OUS-planenes fase 1. Beløp i størrelsesorden 100 mill er godkjent for utbetaling til forarbeider, både i 2020 og 2021.

Stortinget har IKKE behandlet OUS-utbyggingssaken. Det har ikke godkjent annet enn lånegarantien. Påstander fra OUS-ledelsen om at Stortinget har godkjent planene, OG bevilget midler, er ikke riktige.

Økonomien i «målbilde»-prosjektet er tvilsom

se OLF-notatet **(1)** s. 11 flg. Noen momenter:

- Det skal effektiviseres mye mer enn OUS har klart de senere år, se OUS årsberetninger. - Det er også planlagt effektivisering under byggeperioden.

- Kvalitetssikrer PWC, som også er HSØs revisorfirma, uttaler til Konseptrapporten at grunnlaget for gevinstberegningene ved å flytte til nye bygg ikke er sporbart**(26)**.

- Det ble gitt tilsagn for en låneramme på nær 30 mrd kroner i statsbudsjettet for 2020, og bevilget et beløp på 100 mill for 2020.

-Lånegarantien må revurderes og fjernes pga endringer i utbyggingsplanene og dermed i forutsetningene, og fordi de fleste ansatte er imot planene.

- Det er tvil om konsekvensene av utvidelses- og endringsvedtak i sak 50/2019 er lagt inn i grunnlaget for lånesøknaden til statsbudsjettet 2020 **(27)**.

- Det opplyses i bakgrunns materialet til statsbudsjettet for 2020 at fase 2 av OUS-utbyggingen skal finansieres med salg av Ullevål-tomten.

- Reguleringsbestemmelsene for tomten på Ullevål, og Spesialsykehuset for epilepsi i Bærum, som OUS vil selge, har betydning for den pris man kan få.

- Juridisk bindende arealdel av Oslos kommuneplan 2018 er fremdeles ikke vedtatt av kommunestyret i Oslo, så 2015-planens bestemmelser gjelder. Fra **(17)**, vedlegg 2, brev fra PBE av 12.4.19, s 5, siteres om Ullevål-tomten: «Området er regulert til Tomt for offentlig bygning i S-2255 vedtatt 28.7.77. S-2255 er opphevet av Kommuneplan 2015. Formålet Tomt for offentlig bygning er ikke opphevet, men bestemmelsene er opphevet.»

Bærum kommune ønsker å beholde SSE og arbeidsplassene der, og er ikke interessert i tomten for annen bruk (personlig meddelelse fra reguleringsansvarlig).

Det blir endringer i forutsetningene som lå til grunn for lånegarantien som ble innvilget i statsbudsjettet for 2020. Vårt innspill til Stortingets helse- og sosialkomite i forbindelse med statsbudsjettet 2021 var at lånegarantien må trekkes tilbake.

Vi henviser til rapporten: «**Sykehusplaner for Oslo**» Rev.1. 19. november 2020, som ligger på hovedsiden til Oslo Legeforening.

Rapporten er skrevet av økonomene E. Holte, B. Jensen, P. H. Christiansen og sykehusarkitekt Tor Winsnes. De viser bl a at fortsatt utvikling av Ullevål sykehus vil bli 20 milliarder kroner billigere enn «målbildet» og at det vil sikre bedre økonomi i Helse Sør-Øst.

Fra omtalen av rapporten:

«Vi mener at risikoen knyttet til OUS' økonomiske beregninger er betydelig økt det siste året. Økonomien i OUS er i dag ikke robust nok til å bære den store investeringen som prosjektet innebærer. Analysen av ØLP 2021 – 2024 viser at OUS i en årrekke ikke har maktet å nå egne måltall og at lånebevilgningen til Nye OUS var basert på sviktende estimater og beheftet med større risiko enn det som ble opplyst til Stortinget. De endringene som er gjort i prosjektet i løpet av det siste året får direkte betydning for planlagte effektiviseringsgevinster. Hvis prosjektet blir dyrere enn planlagt, må OUS enten redusere pasientbehandlingen eller HSØ må utsette andre planlagte byggeprosjekter i regionen.»

Informasjon, kommunikasjon, konklusjon

Informasjonen fra HSØ- og OUS-ledelsen er svak, som vi ser av beskrivelsene foran.

Problemerkene med reguleringsplanene for Rikshospitalet/Gaustad og Aker omtales minst mulig. Oppgitt tidsramme for framdrift er for optimistisk.

Man leser på HSØs hovedside om de store byggeprosjektene:

«Aker sykehus skal være et akuttsykehus med lokal, - område- og regionsfunksjoner for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB), samt ha lokalsykehusfunksjoner innen somatikk. Rikshospitalet skal videreutvikles slik at regionale og nasjonale spesialiserte funksjoner samles i ett komplett regionsykehus.»

Det stemmer ikke, regionfunksjonene må deles mellom Gaustad og Aker, for det er ikke plass på Rikshospital-tomta på Gaustad. Traumefunksjonen deles opp og svekkes. Det blir ikke ETT komplett regionsykehus.

Vi har ikke adgang til informasjonen som sendes ut over OUS intranett. Etter det vi får se er informasjonen tilpasset HSØ/OUS-ledelsens holdning til målbildeplanene, og det drives en skjønning av prosessen. Et åpent tilgjengelig eksempel er å finne på OUSs hovedside - Nye Oslo universitetssykehus - magasinet: «Bli med på reisen til Nye Oslo universitetssykehus»

HSØs informasjonssider har vært mangelfulle, og til dels meget dårlig oppdatert. Dette på tross av store informasjonsavdelinger i både HSØ og OUS.

Det var også mangelfull informasjon i arbeidet med reguleringssakene, se under **Reguleringssaker på Gaustad og Aker**, avsnittet **Merknader til foreliggende fakta og diskusjon, og om informasjon**, s 17. Dessuten tas dette opp i vedlagt notat "Trek fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019" (45).

I dette avsnittet behandler vi ikke den manipuleringen som er gjort av HSØ/OUS versus motparter, som Oslo kommune og PBE. Den dokumenteres flere steder i dette notatet, og i vedlagt notat „Trek fra reguleringsprosessen...“ (45).

I **Prosjektmandat til forprosjektfasen** (versjon 1.0, 6. januar 2021) (41), som ble lagt frem på styremøtet i OUS 19.2.21, side 15 under 12.2. finnes skjemaet "**Framdriftsoppfølging**", som viser framdriften for forprosjektet og reguleringen. Det er verd å merke seg at styrebehandling av forprosjektet i OUS og HSØ beregnes ferdig akkurat samtidig som vedtak om reguleringsplan etter politisk behandling - i juni 2022.

De ansattes fagkyndige representanter har svært sjelden i prosessen fått gjennomslag for sine argumenter. Det ses nå i arbeidet med Forprosjektet at det er enda vanskeligere, spesielt om argumentene går på tvers av «målbildet».

Det ses nå protester fra fagmiljøene i OUS i pressen, for de ser hvor umulig og trangt det blir.

Kommunikasjonen mellom HSØs administrasjon og HSØs (for)prosjekt på en side og OUS organisasjon og styre på den andre synes dårlig strukturert, se også vårt referat fra OUS styremøte 30.4. i år, s. 28, og våre „**Merknader til styrebehandling og tilhørende dokumentasjon i OUS og HSØ juni 2020 til notatets dato**“ s. 30.

Det sies at “lånerammen for hele prosjektet er 29,1 mrd...” bevilget i des-2019. Men dette skal bare dekke fase 1. Det skal lånes 70% av kostnadene, resten skal finansieres ved overskudd i OUS drift. Man ser av OUS årsregnskaper at de klarer ikke drive med overskudd for å betjene lån og renter. Planlagt effektivisering kan man etter tillitsvalgtes mening ikke oppnå.

Fase 2 skal finansieres ved salg av Ullevål tomte (opplysninger oktober 2019 i bakgrunns materialet til statsbudsjettet for 2020).

I avsnittet foran om **Kapasiteten ved utbygging etter målbildet** ser vi at det er vanskelig å få tak i konkrete tall for hvilken kapasitet HSØ mener OUS må ha. Man får mistanke om at kapasitetsbehovet tilpasses.

6. mai i år holdt Oslo Helse- og sosialutvalg høring om Ullevål sykehus. – Her hørte vi opplysende dokumentasjon fra OUS-ansatte og andre fagfolk. Arkitekt Tor Winsnes redegjorde spesielt om Gaustad-prosjektet. De vanlige tilpassede argumenter kom fra HSØ ved leder Svein Gjedrem. Helsebyråd Robert Steen beskrev byrådets holdning, som følger HSØ slavisk. Dette er i full konfrontasjon med bystyreflertallet, som nå vil bevare og bygge ut Ullevål. - Kommune-TV opptak: <https://oslo.kommunetv.no/archive/784> (50).

Mangelfull, ikke oppdatert og til dels tilbakeholdt informasjon har gått igjen gjennom hele planleggingsprosessen.

Når det er informasjon av denne kvalitet som tilbys ansatte og publikum, og som folk flest antar er til å stole på, kan man forstå at det ikke er større skepsis til planene.

Det viser seg dessverre vanskelig å nå gjennom til HSØs overordnede, Helse- og omsorgsdepartementet; og til Stortinget og representantene, med informasjon om feil og mangler ved “målbilde” prosjektet.

Oppdatert og revidert 20. mai 2021

Bente Odner,

arkitekt MNAL, e-post knu-od@online.no

Randi Werner-Erichsen

cand. pharm, cand. mag., e-post randiwernererichsen@gmail.com

Fra reguleringsprosessen for Oslo universitetssykehus, delprosjekt Gaustad/Nye Rikshospitalet, fra desember 2011 til februar 2019.

Spesielt om mulighet for utbygging sør for Ringveien, og om lokk eller bro over Ringveien . Om kommunikasjonen mellom HSØ/OUS, PBE og SVV

Våre rene kommentarer skrives i kursiv

Innledning

«Målbildet» for nye OUS er å bygge ut sykehus på Gaustad og Aker, å flytte fra og legge ned Ullevål og selge tomta.

Det er store problemer med å få plass på de trange tomtene, spesielt på Gaustad. Prosessen har vært og er vanskelig. Det er også vanskelig å forstå at den har fått dette forløpet.

Mye informasjon finnes i PBEs saksinnsyn, saksnr. 201116727, Universitetssykehusene, og 201704683, reguleringssak Gaustad. (Aker 201704677)

Dette notatet er supplement til vårt «Underlagsnotat om planleggingen av OUS», her i hovedsak på området reguleringsprosess for nye Rikshospitalet på Gaustad fra 2011 fram til fastsatt planprogram 21.2.2019. Dette notatet kan også leses uavhengig av Underlagsnotatet.

Forkortelser:

Oslo universitetssykehus – OUS

Helse Sør-øst – HSØ

Oslo Plan- og bygningsetat – PBE

Oslo kommune -OK

Statens Vegvesen – SVV, dels avd. Øst, SVRØ

SINTEF (etablert betegnelse. Institutt for industriell og teknisk forskning)

Forslagsstiller- kan være både HSØ og fagansvarlig Rambøll

Fra Tidslinjen for arbeidet med OUS utbygging på Gaustad 2011-2019.

Her med kommentarer

Det utfyllende underlaget kan sendes om det ønskes.

Planlegging av nye bygg for OUS startet etter samlingen av OUS i 2009.

Arealutviklingsplanen var ferdigstilt 12.12.2012.

PBE anbefalte desember 2011 å gå videre med foreslått utbyggingsalternativ sør for Rikshospitalet, men var spørrende til behov for Ringveien i tunell med lokk eller bro over. De sier også at det vil bli vanskelige trafikkforhold ved en stor utbygging på Gaustad.

Campus Oslo- idfaseutredningen, utarbeidet 2012-2014, ble stoppet av kritisk høring sist i 2014. OUS anbefalte løsningen Gaustad Sør med Ringveien lagt i tunell under Rikshospitalet så nåværende Ringveitrase kunne overbygges. Alternativ Gaustad sør med lokk over Ringveien ble med videre (uten tunell).

I alle idfaseforslagene fra OUS legges det opp til å utnytte en antatt mulighet for å bygge sykehus også sør for Ringveien. Forbindelsen over Ringveien ønskes som et bredt parklokk. Bredde foreslås til mellom 100 og 250 m.

OUS ledelse la i april 2015 fram tre forslag til utbygging
-0-alternativet.

2-Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.

3-Delvis samling Gaustad sør med lokalsykehus utenfor hovedsykehuset (i praksis Aker)

OUS-styret anbefalte 28.1.16, mot de ansattes stemmer, alternativ 3.

Det er usikkert om styret da var kjent med SVVs brev av 12. og 19.1.16..

De var ikke i underlagsdokumentene for styret 28.1..

SVV framholdt 12. og 19.1.16, spesielt i brev av 19.1.16, (SVV 15/258304-4) etter møte sammen med OUS/HSØ i Vegdirektoratet, at lokk over Ringveien er meget vanskelig. SVV har ansvaret for trafikkavviklingen over tid.

Oslo kommune foretrakk i uttalelse av 21.1.16 alternativ 3 (uten å være kjent med SVVs uttalelser).

OUS hadde altså fra tidligere idefaser planer for utbygging på Gaustad også sør for Ringveien, og lokk over. OK var fornøyd med at det skulle bli sammenhengende turveidrag over Ring 3, og så fordelen med tomt også syd for Ringveien. Fagetaten PBE mente det siste var helt nødvendig for å få plass til ønsket bygningsmasse. Riksantikvar og byantikvar er gjennomgående skeptiske til utbyggingen på Gaustad. F.eks. ses i PBE dok 201116727-33-5, s.2, fra Byantikvaren 2.5.2016: «Prosjektet slik det nå er presentert er tyngre enn det omgivelsene tåler»

Det er flere brev og møtereferater OUS/PBE fra første halvår 2016 i PBE sak 201116727, også om utformingen av lokk. I ett av møtene, 17.3.16, (PBE 201116727-32) redegjorde Norconsult fylldig for mulig gjennomføring av utbyggingen av kulvert/lokk. I samme møte deltok SVV. De viste til sitt brev av 19.1.16 (se også foran) etter møtet i Vegdirektoratet. Det må planlegges med omkjøringsvei ved slike tiltak på riksvei. Det kan godtas bro på opp til 50 m. PBE og OUS har utfordret SVV og planlagt med lokk, helst opp mot 150 m. Det er ikke funnet dokumentasjon på mer formell kontakt OUS/SVV mellom 19.1. og 30.6.16.

Mai 2016: PBE sier i Foreløpig vurdering (PBE 201116727-33-2, innsyn gitt) bl.a.: «I arbeidet i 2016 har OUS' opprettholdt behovet for bruksareal på Gaustad. Behovet for nybygg på Gaustad er stipulert til 220 – 230.000m² BRA. Bruksarealet vil gi betydelige utfordringer i forhold til tomtens størrelse og de hensyn som må tas til landskap og kulturminner.»

OUS har altså fram til vedtaket av «målbildet» holdt på at lokk (evt 50 m bro) måtte etableres for å få nytt areal på nedsiden av Ringveien.

PBE ser at det trengs areal på nedsiden for å få et forsvarlig tomteareal, og har holdt på det så lenge som mulig. . På grunn av OUS holdning våren 2016 er det ikke sterke advarsler fra PBE i disse møtene om for mye utbygget areal i forhold til tomten.

10.6.16 (PBE 201116727-2) skriver Oslo byråd til OUS en foreløpig planfaglig vurdering, på grunnlag av PBEs vurderinger. Bl.a. sies «Utbygging av Gaustad sydover fra Rikshospitalet med «grønt» lokk over Ring 3 vil styrke forbindelse mellom grønnstruktur på Blindernområdet og mot Marka». Det tenkes et bredt parklokk på 150-200 m som bygges i første fase.

16.6.16 vedtas «målbildet», utbygging på Gaustad og Aker, av HSØ-styret. Det ble deretter stadfestet av helseministeren 24.6.16.

HSØ overtok overordnet ansvar for OUS-utbyggingen.

Lokket over Ring 3 er ikke verken godtatt eller eliminert i styrevedtak i HSØ sak 53/2016, men i underlagsdokumentene står:

(s 6) «OUS har hatt møter med PBE og SVV om blant annet reguleringsmessige forhold, bro over Ring 3 og sammenhengende grøntarealer. Verneforhold på Gaustad og Aker har også vært diskutert. OUS vurderer på grunnlag av dette at usikkerheten knyttet til alternativ 3 er redusert.» *Dette er ikke tilfelle, se over under Mai 2016 Foreløpig vurdering, og det følgende avsnitt.*

(s. 8) «Samlet arealbehov, sett opp mot hvilken bygningsmessig kapasitet som kan etableres nord for Ringveien, må også vurderes i det videre arbeidet, men det legges som en foreløpig premiss at utviklingen av regionsykehuset på Gaustad skjer nord for Ringveien».

HSØ har her begynt å eliminere utbygging sør for Ringveien.

Vi finner ikke dokumentasjon på at PBE er underrettet om at HSØ har endret standpunktet - som OUS holdt på første halvår 2016- til at nytt sykehus må bygges nord for Ringveien. Dette fremkommer altså i saksunderlaget til sak 53/2016, men IKKE i protokollen.

Det kan bemerkes at for å illustrere utbyggingen på Gaustad bruker Forslagsstiller i to nye dokumenter i 2017 og 2018 en tegning av det som skulle bygges på Gaustad i opprinnelig OUS-alternativ 2, Delt løsning Gaustad-Ullevål. Da ville utbyggingen på Gaustad blitt mindre, og bare på nordsiden. Overgang over Ringveien er her tegnet som en bro.

Fra 2.11.2017 er konfronteringen om lokk over Ringveien og bruk av områdene på sydsiden mellom PBE og HSØ i gang. I PBEs område - og prosessavklaring til oppstartsmøtet (PBE sak 201704683-15-2) kommer det tydelig fram:

PBE vil at planområdet også skal omfatte område sør for Ring 3.

(s.18) Notat fra Forslagsstiller (HSØ) «Alternativ med lokk er valgt bort på grunn av kompleksiteten i tiltaket.» «HSØ understreker betydningen av en trinnvis utvikling av Gaustadområdet basert på at byggingen av et regionsykehus skal skje nord for Ringveien»

HSØ foretrekker utbygging i nordøst

(s. 19) HSØ argumenterer selv mot utbygging i sør på Gaustad: «Riving i et så stort omfang i et trangt og presset område fremstår som miljømessig

betenkelig og komplisert å gjennomføre i en situasjon med full drift av Rikshospitalet og i universitetsarealene Domus Medica.»

Her beskrives et foreløpig arealbehov på ca 90 000 m² for en første utbygging på Gaustad. OUS trenger maks tilgjengelig utbyggingsareal på Gaustad.

(s. 20) 3.1.3. PBEs kommentar: «På den ene siden ønsker Helse Sør-Øst å begrense planen og utredninger til nord for Ring 3. På den andre siden er de opptatt av «maks tilgjengelig utbyggingsareal på Gaustad slik at fremtidig utvidelsesbehov kan inkluderes i den forestående planprosessen.» - PBE peker på en illustrasjon fra idefasen med 230 000 m² nybygg på Gaustad, med lokk, og bygging på sydsiden.

(s. 21) 4.1.1. PBE: «Vi mener at å begrense arealet til nord for Ring 3 gir uheldige begrensninger i planprogrammet og konsekvens-utredningen.» - «Planforslaget må regulere fullt volum-potensiale innenfor områdets tålegrense.»

Denne konfrontasjonen fortsetter.

PBE og OK vil ikke kunne fremme HSØs nevnte forslag om utbygging i nordøst. Riksantikvar vurderer innsigelse til prosjektet. Også byantikvar er negativ til utbyggingen.

Planprogrammet legges ut til første gangs høring 5.2. til 19.3.18

PBE og Forslagsstiller bekrefter sine standpunkter.

Som høringsinnspill kom brev av 19.3.18 fra SVV til Rambøll/HSØ (SVV sak 18/240917-4):

«SVV minner om møte 19.1.2016 (samt brev av samme dato, også nevnt foran i dette notatet), der det ble inngått avtale mellom HSØ og Statens vegvesen ved vegdirektøren. SVV anbefalte bred bro (inntil 50 meter) som kan tilrettelegges for vegetasjon. Det vil være konfliktfylt å gå videre med planforslag som inneholder lokk. Vi støtter forslagsstiller i ønsket om at lokk over Ring 3 ikke kan være et premiss for planarbeidet.»

«Alle konsekvenser av et lokk må synliggjøres, samt risiko og sårbarhet for vegsystemet må utredes».

SVV kommer her tilbake i mars 2018 med referanse til møte OUS/HSØ med Vegdirektøren 19.1.2016. OUS holdt overfor PBE på lokk over Ringveien og bygging på sydsiden i første halvår 2016, mens HSØ i «målbildevedtaket» 16.6.16 går bort fra dette, uten å meddele endringen i standpunkt til PBE eller SVV. Se også foran.

Andre uttalelser til første gangs høring av planprogram

Universitetet mener at planprogrammet er i strid med deres langsiktige interesser. De mener seg ikke involvert, trass i at de har representanter i styringsgruppen for prosjektet.

Forskningsrådet er grunneier til områdene sør for Ring 3 innenfor planområdet. Iflg. Stortingsvedtak fra 1952 skal disse områdene benyttes til forskningsformål. Skal disse arealene benyttes til sykehusformål forutsettes tilrettelegging for erstatningsarealer i samme område. Det er det ikke lagt opp til, og Forskningsrådet er dermed negative til å omfatte arealene sør for Ring 3 i området.

SINTEF: SINTEF går sterkt imot at arealer sør for Ring 3 skal avsettes til sykehusarealer. De har utvidelsesplaner.

Treteknisk institutt har en tilsvarende høringsuttalelse.

Forslagsstillers kommentar til SINTEF og Treteknisk institutt:
Forslagsstiller foreslår å ta arealene sør for Ring 3 ut av planområdet.

PBEs kommentar til SINTEF og Treteknisk institutt: PBE mener arealene sør for Ring 3 skal opprettholdes i planalternativene. Bruken som sykehus og/eller forskning vil avklares når man ser resultatet av volumstudier mm i konseptfasen og videre planarbeid.

1.6.2018 Brev fra HSØ, OUS, UiO, og SINTEF til Oslo kommune v/byrådsleder Raymond Johansen:

Felles erklæring vedrørende pågående regulering av Gaustadområdet.
(PBE sak 201704683-51)

«Det er for partene verken nødvendig eller ønskelig at reguleringsområdet for pågående reguleringssak for sykehusbygging på Gaustad omfatter områder sør for Ring 3».

14.6.18 HSØ styresak 53/2018: Bruttoareal for etappe 1 på Gaustad beregnes til 80 000 m² og det skal anvises hvordan ytterligere utbygging i størrelsesorden 60.000 m² kan løses. HSØ ber om at planområdet begrenses til å omfatte området nord for Ringveien. Bakgrunnen for dette sies å være at det er utviklet utbyggingsalternativer som viser at det skal være mulig å realisere forutsatte utbyggingsbehov både i etappe 1 og 2 nord for Ring 3 (*høyhus?*)

30.8.18 legges planprogrammet ut på andre gangs høring.

PBE fastholder sitt standpunkt, at det også bygges på sørsiden av Ringveien.

11.10. 2018 Nytt brev fra SVV til PBE (SVV sak 18/24091-5) **Uttalelse til 2. gangs offentlig ettersyn...**

«Vi opprettholder poengene i vår tidligere uttalelse i brev datert 19.3.2018.

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 kan tilrettelegges for vegetasjon.» (*uthevet skrift i brevet*).

18.11. 2018 Etter dette avholdes 3. gangs tidsbegrenset offentlig ettersyn til 1.12.18 (Dokumentene vanskelig tilgjengelig)

28.11. 2018 Brev fra PBE til Rambøll, kopi HSØ, om **Overordnet vurdering av reguleringsrisiko** (PBE sak 201704683-104):

For skisseprosjekt KAM, (*som er det som er ført videre i planene*) angir PBE **svært høy reguleringsrisiko** for at planlagt byggeområde er for lite i forhold til utnyttelse; for høyder og for bevaringshensyn. Riksantikvaren har uttalt at de vil vurdere innsigelse.

PBE angir **høy risiko** for landskap/blågrønn struktur, og byrom og bymessig sammenheng.

27.2. 2019 Brev fra PBE til HSØ: Underretning om fastsatt planprogram.
(PBE sak 201704683-140)

Innsendt planalternativ angir et omfang på ca. 160 000 m² nybygg innenfor sykehusområdet på Gaustad.

Her oppsummeres endringer etter 3. gangs tidsbegrenset offentlig ettersyn: Løkk over Ring 3 endres til parkbro. Planalternativene 2A (PBEs forslag) og 2B (Byantikvarens forslag) endres. I 2A: Arealene sør for Ring 3 er endret til: eksisterende bebyggelse videreføres. I 2B: opprettholder mulig sykehus bebyggelse sør for Ring 3.

Saken kan følges videre i PBEs saksinnsyn, sak 201704683.

HSØ synes ikke å ha oppfattet PBEs advarsel i Overordnet orientering om reguleringsrisiko 28.11.18.. PBE bekreftet 17.4.20 at de har mottatt komplett planforslag, men varslet 29.5.2020 at de ikke anbefaler planforslaget. Det har etter dette vært forhandlinger mellom PBE og HSØ/OUS.

*Ifølge Planbeskrivelse som hører til Komplette planforslag innsendt 9.2.21, PBE 201704683-331-2, synes det som summen av eksisterende bebyggelse + ny bebyggelse er for stor i forhold til angitt tillatt utnyttelse. **(3.1.2.)***

I skrivende stund er status at et komplett reguleringsplanforslag bestemt lagt ut til offentlig høring, dato antakelig 12.april.

8. april 2021

Bente Odner, arkitekt MNAL

Randi Werner-Erichsen, cand. pharm., cand. mag.

REFRERANSELISTE TIL UNDERLAGSNOTAT OM OUS-PLANLEGGING

Her er linker til kilder som kan finnes via nett.

Notatet «Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019» vedlegges.

Noen dokumenter som ikke kan finnes via nett nevnes også i referanselisten. Fås hos forfatterne.

Innsyn i Oslos byrådsavdelingers og Rådhusets forvaltningstjenestes postjournal før 1.1.20: link <https://byrjournal.pj.360online.com/>

Byrådets postjournal fra 1.1.20 finnes på e-innsyn via Oslo kommunes sider

Dokumenter i Oslo Plan- og bygningsetats (PBEs) Saksinnsyn vises til i selve notatet med saks- og dokumentnr.

PBEs saksinnsyn finnes ved direkte oppslag på nett.

Vi tar forbehold om feil og mangler. -Oppdatert 18. mai 2021.

- 1) «OLF-notatet» <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2019/sykehusplanene-i-oslo-kort-fortalt/>
- 2) <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/10/25/vil-bygge-campus-oslo-over-ny-tunnel/>
- 3) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/Juridisk-vurdering-av-beslutningsgrunnlag-for-nye-Oslo-Universitetssykehus/>
- 4) NB Sak 53 Protokoll, HSØ styremøte 16.6.2016
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2016/Godkjente%20protokoll%20styrem%C3%B8te%2016%20%20juni%202016.pdf>
- 5) Protokoll fra foretaksmøte HSØ 24.6.16; kan fås hos forfatterne
- 6) OUS styremøte 28.1.16, protokoll. Se sak 8, protokolltilførsel ansattrepresentanter, og vedtaket <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202016/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202016-01-28.pdf>
- 7) OUS styremøte 9.4.15, protokoll (obs trykkfeil,-14) Mest aktuell: Sak 20
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202015/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202015-04-09.pdf>
- 8) Parksykehuset
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/oslo-legeforening/nyheter/2020/sykehus-i-oslo-et-barekraftig-alternativ-framtidsrettet-fleksibelt-og-gront/>
- 9) OUS styremøte 24.6.19 samlefil <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8te%202019/Styrem%C3%B8te%202019-06-24%20Styresaker%20samlefil.pdf>
- 10) OUS styremøte 24.6.19 protokoll <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202019/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202019-06-24.pdf>

- 11) Drøftingsprotokoll 3.6.19 Konseptfase Aker og Gaustad <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202019/Styrem%C3%B8te%202019-06-05%20Styresak%202019-39-06%20Dr%C3%B8ftingsprotokoll%203.6.2019%20Konseptfase%20Aker%20og%20Gautstad%2020190605.pdf>
- 12) OUS styremøte 17.12.12, sak 85, Idefasemandat OUS <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202012/Styrem%C3%B8te%202012-12-17.pdf>
- 13) Campus Oslo Idefaserapport 1.0 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gautstad-byggeprosjekter/Documents/2014%20Idefase%20OUS%20v.%201.0.pdf>
- 14) Mail fra direksjonssekretær Jansen av 25.11.19 «SV: Høringsliste Campus Oslo»; NB med korrespondanse OUS/SVV 1.1.2013 til 30.6.2016. Kan fås hos forfatterne.
- 15) Framtidens OUS Idefaserapport 2.0 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gautstad-byggeprosjekter/Documents/2015%20Idefase%20OUS%20v.%202.0.pdf>
- 16) Notat MANGLENDE UTREDNING AV ULLEVÅL SYKEHUS I IDEFASEN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS. VURDERING AV RISIKO VED BYGGING PÅ GAUSTAD KONTRA ULLEVÅL. Kan fås hos forfatterne.
- 17) Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad 28.5.19 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/OUS/Aker%20Gautstad/Rapport%20om%20Ullev%C3%A5l%20Mai%202019.pdf>
- 18) Framtidens OUS Idefase Konkretisering etter høring 28.1.16 Versjon 1.0 <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Idefase%20sluttrapport%20Framtidens%20OUS%2020162801.pdf>
- 19) Ekstern kvalitetssikring av Idefase – Framtidens OUS. Opak AS Metier AS 11.2.16 <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetsikring%20av%20id%C3%A9fasen%2020161102.pdf>
- 20) OUS-styremøte 28.4.16 sak 28, vedlegg 1. Side 183 – 248 Framtidens OUS ROS-analyse i idefase April 2016 Rapport Høiland og Jordanger. Firma WSP <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202016/Styrem%C3%B8te%202016-04-28%20Samlefil.pdf>
- 21) OUS-utbyggingen-Målbilde, manipulering og maktmisbruk. BO/RWE 23.4.19 Dagsvisen Nye Meninger <https://www.dagsavisen.no/debatt/ous-utbyggingen-malbilde-manipulering-og-maktmisbruk-1.1469683>
- 22) Videreføring av planer for utvikling av OUS Avklaring av videre arbeid med utbygging på Aker og Gaustad Versjon 2.0.; 6.6.17 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/OUS/Aker%20Gautstad/Suppl>

- [erende%20analyser%20Aker%20og%20Gaustad-
versjon%202.0%2006.06.2017.pdf](#)
- 23) OUS styremøte 5.6., sak 39/2019 – Underlagsdokumenter. Arbeidsgruppes rapport side 259-290. - Ledelsens «Modell for driftskonsept for traume og akuttmedisin i OUS» s. 243-258. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202019/Styrem%C3%B8te%202019-06-05%20Samlefil.pdf>
- 23B) OUS styremøte 5.6.2019. Protokoll, sak 39/2019 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202019/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202019-06-05.pdf>
- 24) HSØ styremøte 20.6.2019. Protokoll, sak 50/2019 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2019/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2020.%20juni%202019.pdf>
- 25) Referat foretaksmøte OUS 5.3.20, s. 185-188, sak 31 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202020/Styrem%C3%B8te%202020-03-27%20styresaker.pdf>
- 26) Ekstern kvalitetssikring KSK Videreutvikling Aker og Gaustad, Sluttrapport, versjon 1.0; 19. november 2018, PWC https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8te%202018-12-06/Styrem%C3%B8te%202018-12-06%20Styresak%202018-77-02%20Ekstern%20kvalitetssikring%20KSK_Videreutvikling%20av%20Aker%20og%20Gaustad.pdf
- 27) OUS møte 16.6.2020 Styredokumenter <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202020/Styrem%C3%B8te%202020-06-16%20styresaker.pdf>
- 28) Protokoll OUS styremøte 16.6.2020 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202020/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202020-06-16.pdf>
- 29) Styredokumenter HSØ møte 25.6.20, sak 63-2020 <https://www.helse-sorost.no/arrangementer/styremote-25-juni-2020-2020-06-25>
- 30) Protokoll, HSØ styremøte 25.6.2020. sak 63-2020 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2020/>

- [%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2025.%20juni%202020.pdf](#)
- 31) Styredokumenter HSØ møte 1.7.20 (lite aktuelt) <https://www.helse-sorost.no/arrangementer/styremote-1-juli-2020>
- 32) Protokoll HSØ styremøte 1.7.20 (lite aktuelt) [https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente protokoller/2020/- Godkjent protokoll fra styremøte HSØ 1. juli 2020.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2020/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%201.%20juli%202020.pdf)
- 33) OUS styremøte 20.10.2020 OUS Styresak 79/2020 https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202020/2020_10_20/Styrem%C3%B8te%202020-10-20%20saksdokumenter.pdf
- 34) OUS Styresak 79/2020, 20.10.2020 Vedlegg https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202020/2020_10_20/Styrem%C3%B8te%202020-10-20%20vedlegg%20sak%2079-2020.pdf
- 35) OUS styremøte 20.10.20 Protokoll <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202020/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202020-10-20.pdf>
- 36) HSØ styremøte 22.10.20 Protokoll [https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente protokoller/2020/- Godkjent protokoll fra styremøte 22. oktober 2020.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2020/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2022.%20oktober%202020.pdf)
- 37) 26.11.20 Saksframlegg HSØ sak 124/2020 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1126/124-2020%20OUS%20-%20oppstart%20forprosjekt%20Nye%20Aker%20og%20Nye%20Rikshospitalet.pdf>
- 38) 26.11.20 Protokoll styremøte HSØ [https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2020/- %20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2026.%20november%202020.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2020/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2026.%20november%202020.pdf)
- 39) 18.12.20 Saksframlegg OUS sak 94/2020 https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202020/2020_12_18/Styresak%202020-94-00%20Oppstart%20av%20forprosjektet%20Nye%20Rikshospitalet%20og%20Nye%20Aker%2020201218.pdf
- 40) Protokoll foretaksmøte HSØ/OUS 18.12.20 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Foretaksm%C3%B8teprotokoller/Protokoll%20foretaksm%C3%B8te%20OUS%20HF%202020-12-18.pdf>
- 41) Mandat forprosjekt Nye Aker og nye Rikshospitalet <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202021/2021-02-19/Styresak%202021-06-02%20HS%20Mandat%20forprosjekt%20Nye%20Aker%20og%20Nye%20Rikshospitalet%2020210219%20%E2%80%93%20Kopi.pdf>
- 42) OUS styremøte 19.2.21; Sak 7/2021 Status Livsvitenskapsbygget

<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202021/2021-02-19/Styresak%202021-07-00%20Status%20Livsvitenskapsbygget%2020210219%20%E2%80%93%20Kopi.pdf>

43) STYREDOKUMENTER I OUS-ALLE SAKSDOKUMENTER- altså felles-

<https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/styret/styremoter-i-ous-alle-saksdokumenter>

44) Styredokumenter til HSØ møte 22.4.21 sak 43-2021

[https://www.helse-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/043-2021%20Premisser%20og%20f%C3%B8ringer%20for%20arbeidet%20med%20lokale%20utviklingsplaner.pdf)

[sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/043-2021%20Premisser%20og%20f%C3%B8ringer%20for%20arbeidet%20med%20lokale%20utviklingsplaner.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/043-2021%20Premisser%20og%20f%C3%B8ringer%20for%20arbeidet%20med%20lokale%20utviklingsplaner.pdf)

45) Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad fra 2011 -2019. Notat april 2021, Bente Odner/Randi Werner-Erichsen

Vedlegges

46) HSØ styremøte 22.4.21 sak 43-2021 Vedlegg-Revidert Veileder for arbeidet med utviklingsplaner [https://www.helse-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf)

[sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf)

[%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf)

47) Underlag HSØ styremøte 13.12.18 sak 114-2018 Regional utviklingsplan for HSØ [https://www.helse-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Saksframlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035%20for%20HS%C3%98.pdf)

[sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Saksframlegg%20-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Saksframlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035%20for%20HS%C3%98.pdf)

[%20Regional%20utviklingsplan%202035%20for%20HS%C3%98.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Saksframlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035%20for%20HS%C3%98.pdf)

48) Dokumentet regional utviklingsplan i styredokumenter HSØ sak 114-2018, dato 13.12.18 [https://www.helse-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Vedlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035.pdf)

[sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Vedlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2018/20181213/114-2018%20Vedlegg%20-%20Regional%20utviklingsplan%202035.pdf)

49) Protokoll styremøte HSØ 13.12.18, se sak 114 [https://www.helse-](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2018/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2013.%20desember%202018.pdf)

[sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2018/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2013.%20desember%202018.pdf](https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/2018/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2013.%20desember%202018.pdf)

50) Høring i Oslo Helse- og sosialutvalg Ullevål sykehus 6. mai 2021

<https://oslo.kommunetv.no/archive/784>

51) Rapporten Sykehusutbygginger i Oslo, Kommunekonsult mai 2021

<https://www.kommunekonsult.no/utgitte-rapporter/>

Fra: randiwernererichsen@gmail.com
Sendt: tirsdag 29. juni 2021 17.24
Til: PBE Postmottak
Kopi: Gro Jensen Vig; Astrid Solli; 'Bente Odner'
Emne: Samfunnssikkerhet og beredskap-videresendt korrespondanse, kommentarer
Vedlegg: Automatisk tilbakemelding fra DSB - To nye sykehus i Oslo - betydning for samfunnssikkerhet og beredskap.pdf; Til Statsforvalteren ad OUS-planene-om samfunnssikkerhet og støy.docx
Kategorier: Haster

Til Plan- og bygningsetaten
postmottak@pbe.oslo.kommune.no
saksnr 201704683 og 201704677
kopi gro.vig@pbe.oslo.kommune.no; astrid.solli@pbe.oslo.kommune.no

Vedlagt er «Automatisk tilbakemelding» fra DSB 4.6.21, følgetekst nederst. Dette er svar på vår henvendelse 31.5. om DSB og ansvar for å bedømme samfunnssikkerhet og beredskap i plansakene for Gaustad og Aker sykehusområder.

7. 6. svarte vi DSB tilbake og framholdt at disse store planene må komme inn under DSBs ansvarsområde. (7.6. var fristen for høringsuttalelser til plansakene, og ganske travel).

I vedlagte «Automatisk tilbakemelding...» fra DSB så vi at:
«Det er Statsforvalteren som skal følge opp at hensynet til samfunnssikkerhet er ivaretatt i plansaker....». Derfor sendte vi vedlagte henvendelse til Statsforvalteren, med emner Samfunnssikkerhet og beredskap, og Støy. Vi tok også opp de sterke protestene som ansatte i Klinikken for psykisk helse og avhengighet da nylig hadde lagt fram mot både støyforhold og utforming av planlagt avdeling for deres virksomhet på Aker, der støyforholdene er en del av problematikken.

Det er i svaret fra DSB regnet opp fire områder hvor de har innsigelseskompetanse, og hvor dette er ivaretatt av statsforvalteren. Dette gjelder for vanlige plansaker. Vi mener at i denne saken - som involverer to store akuttsykehus med delt traumeavdeling - må det være en overordnet vurdering av samfunnssikkerhet og beredskap. Den må også gå inn på trafikken mellom sykehusene på Ring 3, som er sårbar i krisesituasjoner. Vi viser til Redd Ullevåls hoved-høringsuttalelse (PBE 201704683 – 539) som tar opp behovet for en overordnet vurdering.

Foreløpig opplever vi det som ingen har tatt ansvaret for å belyse samfunnssikkerhet og beredskap i plansakene for Gaustad og Aker.

Vi forutsetter at PBE tar dette problemområdet inn i bedømmelsen av planene

Som oversikt kan vi vise til vårt Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen, versjon 200521, det finnes som PBE-dokument 201704683-559-3.

Vennlig hilsen

Bente Odner, arkitekt MNAL e-post knu-od@online.no

Randi Werner-Erichsen, cand. pharm., e-post randiwernererichsen@gmail.com

Vår saksbehandler
Ajeen Arvesen, tlf. +47 33 41 28 41

Dokumentdato
04.06.2021
Deres dato

Vår referanse
2021/19 ARAJ
Deres referanse

Uavhengig gruppe av sykehusaksjonister i Oslo

randiwernererichsen@gmail.com

Automatisk tilbakemelding fra DSB - To nye sykehus i Oslo - betydning for samfunnssikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) viser til plansaken som dere har sendt på høring. DSB har dessverre ikke kapasitet til å gå inn i alle mottatte plansaker og sender derfor automatisk ut dette generelle svaret på slike saker.

Det er Statsforvalteren som skal følge opp at hensynet til samfunnssikkerhet er ivaretatt i plansaker. Statsforvalteren har også et ansvar for samordning av statlige innsigelser til kommunale planer.

DSB har innsigelseskompetanse etter plan- og bygningsloven i plansaker som berører følgende områder:

- Virksomheter som håndterer farlige stoffer herunder storulykkevirksomheter
- Transport av farlig gods
- Brannsikkerhet herunder tunneller og underjordiske anlegg
- Tilfluktsrom (sivilforsvarsdistriktene)

Siden Statsforvalteren har et overordnet ansvar for å følge opp samfunnssikkerhet i planer, vil også disse områdene kunne inngå som en del av Statsforvalterens oppfølging. DSB samarbeider med Statsforvalteren og vil gi faglig innspill til Statsforvalteren dersom det er nødvendig.

Hvis det likevel er behov for direkte involvering av DSB i plansaken, bes det om at høringen sendes inn til DSB på nytt med tydelig angivelse av hvilket forhold det bes om DSBs uttalelse til.

Vi viser for øvrig til www.dsb.no for DSBs veileder om samfunnssikkerhet i kommunens arealplanlegging og veileder om sikkerheten rundt storulykkevirksomheter.

Med hilsen
for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Arkiv

Helle Nielsen
seksjonssjef

Ajeen Arvesen
førstekonsulent

Dokumentet er godkjent elektronisk og sendes derfor uten underskrift.

Postadresse
Direktoratet for
samfunnssikkerhet og beredskap

Postboks 2014
3103 Tønsberg

Kontoradresse
Rambergveien 9
3115 Tønsberg

E-post
postmottak@dsb.no

Telefon
33 41 25 00

Internett
www.dsb.no

Telefaks
33 31 06 60

Organisasjonsnummer
974 760 983

Om samfunnssikkerhet og beredskap i planene for nye OUS

Støyproblemer

Problemer med utforming av Klinikk for psykisk helse og avhengighet på Aker

Vi viser til pågående høringsprosess med reguleringsplanene for nye Oslo universitetssykehus (OUS) på Gaustad; se Plan- og bygningsetaten (Oslo), PBE sak 201704683, og Aker, PBE sak 201704677.

Statsforvalteren har inngitt uttalelse til Gaustad sykehusområde (PBE saksinnsyn 201704683 – 498).

Vi er kjent med at dere er i ferd med å avgi uttalelse til Aker sykehusområde.

Om samfunnssikkerhet og beredskap

Dette viktige området er nå tatt opp av høringsinstanser, men det er ikke med i plansakene. I et svar på spørsmål til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) fikk vi 4.6.21 opplyst at « Det er Statsforvalteren som skal følge opp at hensynet til samfunnssikkerhet er ivaretatt i plansaker....»

I den uttalelsen Statsforvalteren har gitt til høringen av Gaustadplanen (PBE 201704683 - 498) blir ikke samfunnssikkerhet og beredskap tatt opp. Vi vet ikke om og i hvor stor utstrekning dette vil bli tatt opp i uttalelsen til Aker-planen.

Vi vil få gjengi fra noen vesentlige høringsuttalelser om dette til planene for Gaustad.

I foreningen Redd Ullevåls hoved-høringsuttalelse, PBEs saksinnsyn 201704683-539-2, dokumenteres at Plan- og bygningsloven (planloven) brytes. Spesielt tar foreningen opp at **det ikke er utført overordnet ROS-analyse etter planlovens § 4.3**, her kreves blant annet: «Ved utarbeidelse av planer for utbygging skal planmyndigheten påse at risiko- og sårbarhetsanalyse gjennomføres for planområdet, eller selv foreta slik analyse. Analysen skal vise alle risiko- og sårbarhetsforhold som har betydning for om arealet er egnet til utbyggingsformål, og eventuelle endringer i slike forhold som følge av planlagt utbygging». Samfunnsmessig sikkerhet og beredskap er ikke vurdert i reguleringsplanene. Planforslagenes ROS-analyser gjøres på området innenfor tomtegrensene i Gaustad- og Aker-prosjektene. Trafikkproblemer, som full stans på Ring 3; og muligheten for terroranslag, er ikke vurdert.

Det ses i utførte ROS-analyser utsettelse av tiltak, og utsettelse av vurdering av tiltak i planleggingen, til senere i prosessen. Dette er brudd på planloven. Slike tiltak som ønskes gjennomført senere kan tvinge fram provisorier. - (Vi gjør oppmerksom på at foreningen Redd Ullevål har godt kvalifisert juridisk bistand, og selv har høy kompetanse på bygg og arkitektur).

Eirik Jacobsen har flere kvalifiserte uttalelser om midlertidig plassering av helikopterplattform som ikke er tatt med i planforslaget for Gaustad, selv om det regnes med en anleggstid på 10-15 år. Det er behandlet som et eget prosjekt, men det er ingen henvisning til dette i planforslaget.

Se f.eks. PBE sak 201704683, dokument 406, (20.5.21), og dokument 496 (6.6.21): **Ny informasjon om den midlertidige landingsplattformen** - her viser han hvor landings«tårnet» er planlagt, like ved barneavdelingen. - Sykehusbygg har vært med og arbeidet fram den midlertidige helikopterplanen i NAWSAR. Sykehusbygg har også arbeidet med Gaustad-planforslaget, men det er ikke kommunisert at planen om midlertidig plattformplassering må vurderes innenfor planforslaget, og er kritisk for gjennomføringen.

Nils Oddvar Skaga, overlege i traumatologi, og Torsten Eken, overlege i anesthesiologi, begge OUS, trekker fram den samfunnsmessige beredskapen (PBE 201704683 - 546). De to sykehusområdene er plassert slik at trafikken til dem, og også mellom dem, blokkeres helt (Gaustad) og delvis (Aker) av trafikkstans på Ring 3. Gaustadområdet har bare en ordinær adkomst.

Ullevål-området har derimot adkomst fra nord, øst og sør.

Støyproblemer

Statsforvalteren uttaler til Gaustad-planen (PBE 201704683 – 498) at det kan tillates støyfølsomme rom i støysonen (med forebyggende tiltak), men i minst mulig grad. Er plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen like ved siden av barne- og nyfødtavdelingen vurdert? (PBE 201704- 496).

I dokument PBE 201704677 - 209-1, Planforslag til offentlig ettersyn,Aker sykehusområde, pkt 1.2, ber PBE om særlig tilbakemelding på bl.a. området Støy:

«Støy: fra Statsforvalteren (tidl. Fylkesmannen) i Oslo og Viken og Statens vegvesen for vurdering av forslagsstillers støyrapport (vedlagt) og Plan- og bygningsetatens vurdering av støysituasjonen i kapittel 5.1.5.»

Dette gjelder særlig uttalelse til støybelastningen for den planlagte samlingen av psykiatri- og avhengighetsbehandling på Aker langs Ringveien.

Problemer med utforming av Klinikk for psykisk helse og avhengighet på Aker

Foruten støyproblemene her er planlagte bygg og uteområdene lite egnet for psykiatriske pasienter.

I det ene alternativet er byggene fire etasjer høye. Gårdsrommene blir for små, med lite sol. I det andre alternativet er byggene lavere, men uteområdene er mer støyutsatt. Det er langt til Marka og turområder, som behandlere ønsker å ha lett tilgjengelig for turer og samtaler.

I PBE saksinnsyn 201704677-316-7 ligger UTKAST til uttalelse fra hovedtillitsvalgte i KPHA, (Klinikk for psykisk helse og avhengighet, OUS) med konklusjon og alternativer:

«Hovedtillitsvalgte i KPHA mener summen av poengene over gjør konklusjonen om Aker som tomt for det aller meste av psykiatri, rus- og avhengighetsbehandling og barne- og ungdomspsykiatri i framtida klar. Vi svarer nei. Vi mener Aker ikke egner seg. (Vår *understreking*) For at Oslo sin befolkning skal få et fullverdig, framtidsrettet og godt tilbud i framtida bør man se til andre tomter i Oslo. Det er nærliggende å peke til Ullevåltomta eller områdene omkring gamle Gaustad sykehus....”

Ledermøtet i KPHA vedtok 14. juni: «**Konklusjon og vedtak:** Klinikk psykisk helse og avhengighet anbefaler ikke at klinikkens aktiviteter etableres på Nye OUS Aker.»

-Det er ukjent hvordan HSØs OUS-prosjekt, HSØs styre og ledelse, og OUS styre og ledelse vil forholde seg til disse sterke vedtak og uttalelser fra ledelse og tillitsvalgte i KPHA. -

Som underlag for bedømmelse av planene for Gaustad og Aker sykehusområder henviser vi til mange gode høringsuttalelser i PBEs saker 201704683 og 201704677. Det er også andre kritiske uttalelser, som mest er kommet fram i fagpressen i de senere årene. De fleste avisene har de siste (tre) årene vært tilbakeholdne med publisering av stoff fra motstandere av OUS-planene.

Vårt «Underlagsnotat om planleggingen av OUS-utbyggingen, versjon 210521», og notatet «Trekk fra reguleringsprosessen for OUS på Gaustad 2011-2019» finnes vedlagt vår høringsuttalelse til Gaustad-planen, PBE 201704683-559, og vedlagt uttalelsen til Aker-planen, PBE 201704677-305.

Konklusjoner

-Vi ber Statsforvalteren få klarlagt risikoen for samfunnssikkerhet og beredskap ved OUS-planene.

-Vi ber Statsforvalteren bedømme støyforhold og de planlagte byggenes egnethet for øvrig for klinikk for psykiatri og avhengighet på Aker sykehusområde.

Vennlig hilsen

Bente Odner, arkitekt MNAL, e-post knu-od@online.no

Randi Werner-Erichsen, cand. pharm., cand. mag., e-post randiwernererichsen@gmail.com

Kopi til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
postmottak@dsb.no

Høringsinnspill til plansak 201704683 fra Gaustadveien Borettslag

Trafikksituasjonen

Det er planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak for Nye Rikshospitalet. Eneste alternative adkomst for ambulanser når både Ring 3 og Klaus Torgårds vei er blokkert av kø, er via Nordbergveien/Gaustadveien; dette er ikke konsekvensutredet.

Planforslaget legger bare opp til at ambulanser skal kjøre opp på turvei B1 nedenfor Domus Medica, når det er kø på Klaus Torgårds vei: *«I 1A og 1B legges turvei B1 om noe og breddeutvides. På denne måten vil den fungere som en alternativ adkomst til akuttmottaket for ambulanser i situasjoner hvor det oppstår hindringer langs Klaus Torgårds vei. (Fagrapport Avkjøring, internlogistikk og renovasjonsløsninger, side 16)»* Dette vil ikke fungere i rushtiden.

Nordbergveien/Gaustadveien er smale små veier som krysser barnas skolevei og ligger inntil 3 barnehager, flere hundre kolonihager og flere tusen boliger.

Det er alltid kø på Ring 3 og Klaus Torgårds vei i rushtrafikken, og det fungerer ekstra dårlig med ambulansetrafikk på Gaustadveien i rushtiden grunnet henting/levering i barnehagene.

Den opptelling av trafikk som har funnet sted i rundkjøringene nede ved Ring 3 er svært mangelfull. Det burde ha vært opptelt trafikk i tillegg på Gaustadalléen, i krysset Gaustadalléen/Klaus Torgårds vei, i rundkjøringen oppe ved Rikshospitalet, på Sognsvannsveien, på Ring 3 i begge retninger, og på Sognsveien ned mot Klaus Torgårds vei. På den måten kunne man beregnet hvor ofte Klaus Torgårds vei og Ring 3 vil bli blokkert av kø.

Man burde også tatt med i betraktning den økningen av trikketrafikk som kommer. Helse Sør-Øst ønsker å styre over mer av trafikken på Gaustadalléen: *«Etter hvert som trafikken blir stor i etappe 2, vil det bli en gradvis overføring av trafikk til Gaustadalléen. Dette skyldes at det vil være bedre framkommelighet her noe som vil balansere ut veksten i Klaus Torgårds vei. ÅDT beregnet over på 10 500 biler i Klaus Torgårds vei vil stagnere eller bli noe redusert. (Fagrapport Trafikkanalyse, side 32.)»*

Fremkommeligheten for ambulanser og annen veitrafikk på Gaustadalléen vil bli svært lav helt fra etappe 1, fordi trikken krysser veibanen på 3 steder, og veien vil krysses av trikk minst annenhver minutt.

Midlertidig helikopterplattform

Vi er negative til at plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen, vest for sykehuset ved nyfødttintensiven og fødestuene, ikke er referert til i plansaken. Den er tiltenkt bruk i +-10 år. Støy, skumslokking, vindforhold, og forurensing fra flybensle er enda ikke konsekvensutredet selv om det snart er byggestart for plattformen. Vi ønsker at den saken skal refereres til i denne plansaken, og at man vurderer alternative plasseringer som er øst for sykehuset - langt vekk fra sykehusets nyfødte. Dette verner Gaustadskogen, som er definert som *Stille område* i gjeldene kommuneplan, mot støy. Helikopterstøyen kommer til å være i størrelsesorden 95-130 db på fasadene ved nyfødttintensiven (*Notat 102010975-2 (ny støyberegning)*), med den tiltenkte plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen. Dette strider mot konklusjonene i gjeldene plansak, der de fremhever at Gaustadskogen blir skjermet mot ulemper i byggetiden.

Konklusjon:

Trafikksituasjonen er overhodet ikke konsekvensutredet godt nok. Den vil føre til stor økning av veitrafikk for lokalbeboerne langs Gaustadveien/Nordbergveien/Sognsvannsveien, og vil krysse barnas skolevei. Veiene er for smale for å kunne håndtere den økte trafikken.

Den midlertidige helikopterplattformen vil rasere Gaustadskogen støymessig og sikkerhetsmessig. Den burde vært referert til i denne plansaken.

Vi mener at det har vært saksbehandlingsfeil etter Forvaltningsloven §17.

Vi ønsker derfor at planforslaget blir avvist, og at man utreder reguleringsplan for tomten for Ullevål Sykehus som et fullverdig alternativ.

Høringsinnspill til plansak 201704683 fra Solvang Kolonihager Avd 3

Trafikksituasjonen

Det er planlagt en svært sårbar adkomst for ambulanser fra Ring 3 og inn mot planlagt akuttmottak for Nye Rikshospitalet. Eneste alternative adkomst for ambulanser når både Ring 3 og Klaus Torgårds vei er blokkert av kø, er via Nordbergveien/Gaustadveien; dette er ikke konsekvensutredet.

Planforslaget legger bare opp til at ambulanser skal kjøre opp på turvei B1 nedenfor Domus Medica, når det er kø på Klaus Torgårds vei: «I 1A og 1B legges turvei B1 om noe og breddeutvides. På denne måten vil den fungere som en alternativ adkomst til akuttmottaket for ambulanser i situasjoner hvor det oppstår hindringer langs Klaus Torgårds vei. (Fagrapport Avkjøring, internlogistikk og renovasjonsløsninger, side 16)» Dette vil ikke fungere i rushtiden.

Nordbergveien/Gaustadveien er smale små veier som krysser barnas skolevei og ligger inntil 3 barnehager, flere hundre kolonihager og flere tusen boliger.

Det er alltid kø på Ring 3 og Klaus Torgårds vei i rushtrafikken, og det fungerer ekstra dårlig med ambulansetrafikk på Gaustadveien i rushtiden grunnet henting/levering i barnehagene.

Den opptelling av trafikk som har funnet sted i rundkjøringene nede ved Ring 3 er svært mangelfull. Det burde ha vært opptelt trafikk i tillegg på Gaustadalléen, i krysset Gaustadalléen/Klaus Torgårds vei, i rundkjøringen oppe ved Rikshospitalet, på Sognsvannsveien, på Ring 3 i begge retninger, og på Sognsveien ned mot Klaus Torgårds vei. På den måten kunne man beregnet hvor ofte Klaus Torgårds vei og Ring 3 vil bli blokkert av kø.

Man burde også tatt med i betraktning den økningen av trikketrafikk som kommer. Helse Sør-Øst ønsker å styre over mer av trafikken på Gaustadalléen: «Etter hvert som trafikken blir stor i etappe 2, vil det bli en gradvis overføring av trafikk til Gaustadalléen. Dette skyldes at det vil være bedre framkommelighet her noe som vil balansere ut veksten i Klaus Torgårds vei. ÅDT beregnet over på 10 500 biler i Klaus Torgårds vei vil stagnere eller bli noe redusert. (Fagrapport Trafikkanalyse, side 32.)»

Fremkommeligheten for ambulanser og annen veitrafikk på Gaustadalléen vil bli svært lav helt fra etappe 1, fordi trikken krysser veibanen på 3 steder, og veien vil krysses av trikk minst annenhver minutt.

Midlertidig helikopterplattform

Vi er negative til at plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen, vest for sykehuset ved nyfødtintensiven og fødestuene, ikke er referert til i plansaken. Den er tiltenkt bruk i +-10 år. Støy, skumsløkking, vindforhold, og forurensing fra flybrensele er enda ikke konsekvensutredet selv om det snart er byggestart for plattformen. Vi ønsker at den saken skal refereres til i denne plansaken, og at man vurderer alternative plasseringer som er øst for sykehuset - langt vekk fra sykehusets nyfødte. Dette verner Gaustadskogen, som er definert som *Stille område* i gjeldene kommuneplan, mot støy. Helikopterstøyen kommer til å være i størrelsesorden 95-130 db på fasadene ved nyfødtintensiven (*Notat 102010975-2 (ny støyberegning)*), med den tiltenkte plasseringen av den midlertidige helikopterplattformen. Dette strider mot konklusjonene i gjeldene plansak, der de fremhever at Gaustadskogen blir skjermet mot ulemper i byggetiden.

Konklusjon:

Trafikksituasjonen er overhodet ikke konsekvensutredet godt nok. Den vil føre til stor økning av veitrafikk for lokalbeboerne langs Gaustadveien/Nordbergveien/Sognsvannsveien, og vil krysse barnas skolevei. Veiene er for smale for å kunne håndtere den økte trafikken.

Den midlertidige helikopterplattformen vil rasere Gaustadskogen støymessig og sikkerhetsmessig. Den burde vært referert til i denne plansaken.

Vi mener at det har vært saksbehandlingsfeil etter Forvaltningsloven §17.

Vi ønsker derfor at planforslaget blir avvist, og at man utreder reguleringsplan for tomten for Ullevål Sykehus som et fullverdig alternativ.

Hilsen,

Geir Knutsen
Styreleder

Fra: Eivind Riise <eivind.riise@yahoo.no>
Sendt: mandag 7. juni 2021 23.50
Til: PBE Postmottak
Emne: Høringsuttalelse Gaustad sykehusområde

Kategorier: Haster

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Saksnummer 201704683 - Reguleringssak

HØRINGSUTTALELSE

Gaustad sykehusområde kan ikke sees løsrevet fra resten av sykehusplanene i Helse Sør Øst. Jeg mener at hele sykehusplanen må gjøres om.

Det har fremkommet at det nye sykehuset på Kalnes utenfor Sarpsborg dekker hele det gamle Østfold pluss Vestby kommune. Jeg trodde at det bare dekket Sarpsborg og Fredrikstad. Neste store sykehus nordover er Ahus i Lørenskog.

Det fremstår som en stor feil at sykehusplanen ikke dekker behovet for sykehus i mellom Kalnes og Ahus. Det bør komme et sykehus i området Oslo Syd / Follo et sted. Her sogner det minst 300.000 innbyggere.

Ahus var designet for 340.000 innbyggere, men dekker nå områder som har 550.000 innbyggere. Bare de 3 sydlige bydelene i Oslo har alene 143.000 innbyggere. Så kommer Nordre Follo kommune med over 60.000 innbyggere.

Et Oslo Syd / Follo sykehus vil endre kabalen. Nærhet til sykehus er viktig.

Jeg ønsker at Rikshospitalet ikke påbygges. Heller ikke Gaustad sykehus. Men Aker utvikles. Dog uten å bruke noe tomt nære motorveier. Tomtearealene nære motorvei må ikke brukes til sykehus.

Ullevål utvikles som sykehus også. Ullevål må ikke under noen omstendighet selges. Sykehusdrift er også helt andre beløp enn kapitalkostnader for tomter og bygg. Drift er mye større beløp. Derfor må vi holde på viktige sykehuseiendommer.

Med nytt sykehus i Oslo Syd / Follo, og utvikling av Aker og Ullevål har vi mer enn nok mht. nybyggingsfronten.

Ingen blir statsminister i Norge høsten 2021 uten å gå for prinsippet om en helt ny sykehusplan. Om Solberg eller Gahr Støre forsøker å selge Ullevål sykehus, blir de ikke statsminister noen av de. Dette må avklares før valget. De nåværende planene kan ikke brukes. Et enormt flertall av folket er kraftig imot foreliggende planer.

Vi kan få en fin balanse i det hele med en sykehusplan som skissert her.

Med vennlig hilsen

Eivind Riise

Oslo, 7.6.2021

Uttalelse til forslag til detaljregulering med konsekvensutredning av Gaustadalleen 34, Gaustad sykehusområde, til sykehus. Saksnummer 201704683.

Overordnet vil vi på vegne av alle beboere i Sameiet Trosterudveien 21 a og b, trekke frem at planforslaget er i strid med viktige føringer i gjeldende kommuneplan, slik som bygningsmessige volumer og støykonskvenser for områder avsatt til stille områder. Det vises til kommuneplanens bestemmelser om at ny og vesentlig utvidelse av støyende virksomhet skal gjøres slik at støypåvirkning i stille områder forblir uendret eller dempes. Tiltaket innebærer også andre negative påvirkninger på viktige områder avsatt til natur og friluftsliv. Planforslaget er i tillegg mangelfullt utredet på viktige temaer, og medvirkning med berørte er ikke godt nok ivaretatt.

Planforslaget gir negative konsekvenser for landskap, byrom, kulturmiljø og arkitektoniske kvaliteter. Tomten er for liten til de formålene som Helse Sørøst vil presse inn der. Vi stiller oss kritiske til at et alt for stort bygningsvolum skal presses inn på et lite areal der det er små muligheter for utvidelser. Dagens sykehus er godt tilpasset landskap og byrom og fremstår som et arkitektonisk vakkert sykehus til stor glede for alle berørte. Likeledes er sykehuset godt tilpasset de fredete anleggene på Gaustad sykehus. Planforslaget vil sterkt forringe den estetiske opplevelsen av landskapet og de byromsmessige og arkitektoniske kvalitetene. Vi er i tillegg sterkt kritiske til planforslagets miljø- og klimamessige konsekvenser av å rive eksisterende nyere bebyggelse.

Det er flere viktige problemstillinger som ikke er belyst godt nok i konsekvensutredningene eller skyves på til senere faser med detaljprosjektering og anleggsfasen. Vi mener dette ikke er i tråd med forskrift om konsekvensutredning som sier at alle konsekvenser, også av midlertidig karakter, skal utredes og inngå i beslutningsgrunnlaget. Av viktige konsekvenser som ikke er utredet, vil vi blant annet peke på terrorberedskap, pandemi, konsekvenser for sykehus som er i drift og konsekvenser på helse, trivsel, friluftsliv og dyreliv av en anleggsfase på inntil 15 år. Nærområdene er svært populære og brukes flittig av barn og unge som bor i nabolaget og av skoler, barnehager etc. I løpet av 15 år vil nye generasjoner barn vokse opp, og deres tap av leke og friområder må synliggjøres og inngå i beslutningsgrunnlaget.

Vi bor i et nabolag nordvest for Rikshospitalet, som allerede i dag er plaget av støy fra sykehusets helikoptertrafikk. Området inngår i planforslagets influensområde for støy (gul støysone). Vi mener at konsekvensene for støy ikke beskriver den reelle helseutfordringen som vil oppstå som følge av tiltaket. Dagens støyproblem forstår vi vil øke betraktelig når akuttmottaket flyttes til Rikshospitalet fordi dette vil innebære mer helikoptertrafikk og flere store og mer støyende helikoptre. Vi er kritiske til at den eksakte plasseringen av de to permanente helikopterlandingsplassene ikke er avklart i reguleringsforslaget, fordi dette har betydning for de reelle støykonskvensene. Vi mener at fagrapporten for helikopterstøy med tilhørende konsekvensutredning ikke møter kravene i retningslinje T-1442, M-158 (veileder til retningslinje T-1442) og overskridelser av maksimalstøy natt. Det er uakseptabelt at støy fra midlertidig landingsplass for helikopter i inntil 10 år (anleggsfasen), med påfølgende negativ påvirkning på helse og trivsel ikke er tilstrekkelig utredet.

Selv om vårt sameie ikke inngår i selve planområdet, bor vi som nevnt i influensområdet for støy. Det er derfor kritikkverdig at vi ikke er blitt kontaktet av tiltakshaver i forbindelse med planleggingen. Gaustadskogen er vår nærskog. Vi setter stor pris på og er flittige brukere av natur- og friområdene ved Rikshospitalet (avsatt til stille område i kommuneplanen), og vi ferdes via Rikshospitalet i våre daglige reiser med kollektiv, sykkel og gange. Vi er derfor i aller høyeste grad berørt av planforslaget i anleggsfasen og på permanent basis og burde ha vært invitert inn.

Med hilsen

Sameiet Trosterudveien 21 a og b

Signe Høeg, Hans Kristian Voldstad, Eirin Heier, Øivind Heier, Jeanette Grendahl, Katja Maria Hyde, Ragnhild Kaurin, Michael Kaurin, Lisbeth Garder Wolther og Atle Garder



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 08.06.2021 kl.11:12
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RGCZ
Innsendt av: Harald Nustad
E-postadresse: hnustad@gmail.com
Mobilnummer: 90536077

Saksnr: 201704683

Uttalelse - Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde

Uttalelse Bevar Ullevål sykehus med landets beste medisinske akutt-kompetanse.

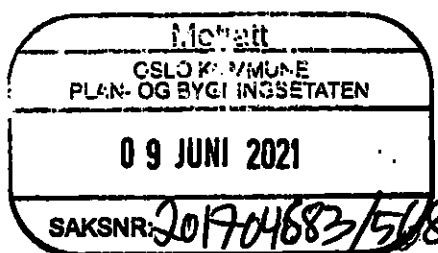
Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

TIL PLAN OG BYGNINGSETATEN

SAKSNUMMER: 201704683

Sykehusbygg på Gaustad



Tomten er for liten, meningsløst å rive noe av Rikshospitalet, Sykehushotellet og Domus Medica for å få plass til et gigantsykehus på Gaustad. Hva da med landsfunksjonen til Rikshospitalet? Å bygge et høyhus på 52 meter vil være helt ødleggende for miljøet og hvordan tenker man at dette skal fungere i forhold til pandemier. Det bør bygges mindre og isolerte enheter.

Hva med helikopterplassen, hvor skal den ligge?

Trafikk: Sognsvannsveien skal flyttes nærmere Gaustad sykehus, grøntanlegget blir borte og for meg ser det ut til at den flotte alleen opp til Gaustad forsvinner. Skal det bare være en vei opp til det nye sykehuset fra ring 3 eller tenker man å lage en kommunikasjon også fra nord. Hvor skal den veien gå, blir det Nordbergveien og gjennom kolonihaven? Det vil eventuelt bli

ødleggende for Solvang kolonihave. Hva med all trafikken på ring 3 hvis det blir en ulykke der.

Planene om å flytte de sårbare psykiatriske pasientene fra naturskjønne Gaustad til et bygg på Aker sykehus som skal ligge ved Sinsenkrysset er en elendig ide.

Hvorfor bruker man ikke tomten på Ullevål sykehus, den er mer enn stor nok. Flere av bygningene er forholdsvis nye og i full brukbar stand. Her kan man bygge nytt sykehus i den nordre delen og pasientene kan flytte inn fra de andre avdelingene når det står ferdig. Så kan man rive de gamle bygningene. En mye rimeligere løsning enn å bygge på Gaustad.

Hvorfor hører ikke Helse Sør Øst på helseorganisasjonene som alle er imot å bygge på Gaustad? De er ikke for sent å snu.

Mimi Bing Overlie
Mimi Bing Overlie

Klaus Torgårdsvei 12 A 0372 Oslo



Si din mening

Innsendt tidspunkt: 08.06.2021 kl.21:18
Mottaker: Plan og bygningsetaten
Referansenummer: PBE-D319-RGGZ
Innsendt av: Alain Marc Charles Ferber
E-postadresse: alain.ferber@sintef.no
Mobilnummer: 93027274

Saksnr: 201704683

Gaustadalléen 34, Gaustad sykehusområde - Forslag til detaljregulering med konsekvensutredning

Uttalelse

Uttalelse Planforslaget vil forårsake en betydelig forringelse av aksessen til Gaustadskogen og marka og være til kraftig nedsettelse av livskvaliteten for beboerne som vil bli omringet av anleggsmaskiner med følgende støy, støv og usikkerhet for barna.
Med vennlig hilsen,
Alain Ferber

Last opp eventuelle vedlegg Vedlegg til uttalelse (Uttalelse til planforslaget.pdf)

Innsender

Hvem er det som uttaler seg? Meg selv som privatperson

Uttalelse til planforslaget

Sykehusprosjektet på Gaustad planlegger å ofre Gaustadskogen til fordel for brakkerigg, tungtrafikk og landingsplass for helikopter.

Gaustadskogens korridoren er en hoved inngangsport til marka gjennom hele året. Den benyttes av veldig mange mennesker fra områdene på sør-siden av Ring 3, men også av ansatte i forskningsparkene og studenter ved UiO. Byggingarbeidet som vil gå over mange år vil forvolde en signifikant forringelse av aksessen gjennom Gaustad skogen. Dette står i stek kontrast til Oslo kommuneplan «Oslo mot 2030 – Smart, Trygg og Grønn»

<https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/1374699-1599727170/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Politikk/Kommuneplan/Tidligere%20kommuneplandokumenter/Kommuneplan%202015%2C%20del%201%3A%20Samfunnsdel%20og%20byutviklingsstrategi.pdf>

Der det står at kommunen skal styrke Oslos blågrønne preg med følgende punkter:

Satsing 1: Oslos biologiske mangfold skal forvaltes på en bærekraftig måte og kulturlandskap og kulturminner skal sikres for ettertiden.

Satsing 2: Oslo skal verne om Marka: «Tilgjengelighet til Marka skal bedres gjennom videreutvikling av skiløyper, gang-, sykkel- og turveinettet».

Satsing 3 Byens blågrønne struktur skal videreutvikles

Satsing 4 Det skal være god tilgang til grøntområder og anlegg for idrett, rekreasjon og fysisk aktivitet

Satsing 5 Innbyggerne skal sikres luft og vann av god kvalitet og stille områder

Jeg ser at ingen av disse punktene er ivaretatt med den planlagte utbyggingen på Gaustad. Det som kanskje er mest opprørende er at dette lett kunne være unngått ved å velge alternativ utbygging på Ullevål. Der er det er nok med plass.

Med vennlig hilsen,

Alain Ferber

Alain Ferber
alain.ferber@sintef.no
Senior Scientist
SINTEF-Digital
Oslo

Fra: Trygve Børge Grøvdal <trygve.grovdal@gmail.com>
Sendt: 7. juni 2021 09:34
Til: Postmottak BYR - Byrådsavdelingene
Kopi: roar bamle; Astrid Rosenberg
Emne: Høringsuttalelse til reguleringsplan Gaustadalleen 34 (Gaustad sykehusområde) Saksnummer 20170468
Vedlegg: Høringsuttalelse på nye Rikshospitalet - ØSBL_948984431.docx

Kategorier: Ragnhild

Vi legger ved høringsuttalelse fra Øvre Sogn Borettslag

mvh for styreleder Roar Bamle

Trygve B Grøvdal
Gaustadveien 179
0372 Oslo
Tlf 918 27148

Byrådsavdeling for byutvikling
Rådhuset
0037 Oslo

postmottak@byr.oslo.kommune.no

Oslo 7.6.2021

Til: Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune

Fra: Styret for Øvre Sogn Borettslag v/ Roar Bamle, Gaustadveien 173, O372 Oslo

Høringsuttalelse til reguleringsplan Gaustadalleen 34 (Gaustad sykehusområde)
Saksnummer 20170468

I Gaustadveien/Sognsvannsveien, nord for det prosjekterte anleggsområdet, bor det anslagsvis 2500 mennesker i bortimot 1000 husstander. Mer enn 300 av dem er barn. I det følgende vil vi redegjøre for hvordan vi mener ett av boligområdene – Øvre Sogn borettslag (ØSBL) - vil bli berørt av utbyggingsplanene.

De omliggende boligområdene er knapt nevnt verken i planforslaget, i Rambølls fagrapport om anleggsfasen (Rambøll 2020) eller i andre beskrivelser av hvordan planene skal gjennomføres. Dette til tross for at forslagene vil skape støy, forurensning, trafikale og beredskapsmessige problemer i en byggefase som vil kunne vare i minst 10-15 år. Noen av virkningene vil være permanente for oss som forutsettes å bo og leve i tett naboskap med Nord-Europas største sykehus.

Om avsender

ØSBL er et borettslag som består av 32 lave trehus i rekke med til sammen 118 leiligheter. Det er lokalisert tett opp til arealene som forslaget til reguleringsplanen omfatter i nord. Borettslagets sørside har grense mot jordbruksareal (42/171) der riggområdet foreslås etablert i anleggsperioden. Et lite skogholt eiet av Oslo kommune (sjekk) ligger mellom ØSBL og Gaustad sykehus (42/204), der byggene R og S planlegges.

Borettslagets adresser er Gaustadveien 35 til 265. I nord-vest går Gaustadveien over i Nordbergveien, men passasjen er p.t stengt for biltrafikk, blant annet for å beskytte myke trafikanter. Mange barn og ungdommer som går på Kringsjå barneskole og Nordberg ungdomsskole krysser denne veien på vei til skolene som er lokalisert mindre enn en kilometer nord for området. For kjørende til/fra ØSBL er Gaustadveien, Sognsvannsveien over Universitetskrysset til Ring 3 eneste adkomst.

Den nærmeste kollektivforbindelser til ØSBL er en buss (buss 40) som har rute opp Sognsvannsveien og Gaustadveien (endestopp Øvre Sogn). Beboerne kan også benytte buss 25 som har holdeplass i Sognsveien. De eldre foretrekker imidlertid buss 40.

Interessekonflikter

Oppsummert vil følgende elementer i planene skape interessekonflikter:

- Støy og rystelser i forbindelse med at en ny parkeringskjeller sprenges ut under parkområdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus samt byggegrøper for høyhusene.
- Støy i forbindelse med helikoptertrafikk, både under anleggsperioden og permanent.

- Trafikale problemer, ved at anlegg vil sperre eneste, nåværende atkomst til ØSBL med bil.
- Manglende sikkerhet/beredskap ved hendelser på Ring 3.
- Sol/ skyggeforhold i forbindelse med mulige høyhus nær ØSBL.
- Problemer for kollektivtransporten.
- Ødeleggelse av kulturminnet Gaustad sykehus med parkområde.

Trafikk, parkering og kollektivtransport

Adkomsten for ansatte og pasienter til det planlagte sykehusbygget foreslås løst ved utstrakt bruk av kollektiv- og sykkelvei-løsninger. Likevel vil nok mange flere ansatte bruke bil enn tilfelle er ved for eksempel Ullevål sykehus. Gaustad er ikke et kollektivknutepunkt. Ifølge forslaget vil det bli behov for 2456 parkeringsplasser knyttet til det nye sykehuset. I dag er det 1800 plasser i parkeringshus som imidlertid etter planen skal bygges om til blant annet varemottak. En ny parkeringskjeller skal etter planen bygges under parkområdet mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus, som skal romme 1000 biloppstillingsplasser.

Vi støtter PBEs etterlysning av tilrettelegging for myke trafikanter i en større skala enn kun ivaretagelse av ansatte/studenter og pasienter/pårørende (s 178). Det er ikke nevnt hvordan veiforbindelsen til områdene nord for sykehuset er tenkt løst i anleggsfasen. En mulig løsning vil måtte bli å åpne opp for kjøring via Nordbergveien. Dette har vært vurdert i forbindelse med flere utbyggingsprosjekter (blant annet vanntunell) men det er forkastet da nåværende trase er for smal og løsninger for skolevei ikke mulige å finne.

Følger i utbyggingsfasen:

- Støy og rystelser i forbindelse med sprengning av den store underjordiske parkeringskjelleren vil bli svært stor.
- Tungtrafikken og frakt av masse vil forurense mye.
- Det er beregnet at 2000 biler kjører inn/ut av Gaustadveien via Sognsvannsveien daglig, blant annet til ØSBL. Det er ingen planer for alternative kjøremønstre i anleggsfasen mens parkeringskjelleren graves ut.
- Bussrute 40 Øvre Sogn vil måtte legges ned i anleggstiden.

Permanente følger:

- Trafikken gjennom Universitetskrysset vil bli svært stor og det vil lett oppstå kork for inn og utkjøring i området samt på Ring 3. Dette vil være en stor risiko i forhold til utrykningskjøretøy.
- Det regnes en dobling av virksomheten, men en relativt mindre vekst i biltrafikken. Hvis anslaget om behov på 2456 biler ikke holder, vil det bli mye villparkering i omkringliggende områder.

Støy og helikoptertrafikk

I anleggsfasen planlegger HSØ en midlertidig landingsplass for helikopter på bakken. Denne skal benyttes de 10-15 årene utbyggingen tar. Først gikk prosjektledelsen inn for etablering av landingsplassen ved Slemdalsveien. Stor motstand fra naboer og det at området var uegnet flymessig, gjorde at dette alternativet ble forlatt.

Det eneste området som nå gjenstår, og som teknisk sett kan benyttes som landingsområde på bakken i anleggsperioden, er området nord for Rikshospitalet. Et område som ligger 3-400 meter i luftlinje fra borettslaget. Alle problemene som vil oppstå for de 2500 personene som bor i området i

forbindelse med helikoptertrafikken holdes imidlertid utenfor selve plansaken og unndras fra konsekvensutredningen.

Like sør for den midlertidige flyplassen på bakken planlegges det permanente Helipader, hvor all helikoptertrafikk fra Ullevål sykehus og Rikshospitalet skal samles. De som bor i nærheten, vil oppleve dette som å bo på en flyplass. De nye redningshelikoptrene (SAR Queen), som vil utgjøre 15-30 prosent av trafikken, støyer betydelig mer enn dagens helikoptre, og lufttrykket fra disse er så stort at det kan bli snakk om oppholdsforbud i Gaustadskogen når SAR Queen skal lande eller ta av fra midlertidig landingsplass, slik det nå er ved St Olavs hospital der deler av sykehusområdet stenges av vektere når Sar Queen-helikoptre skal lande og ta av fra landingsområdet (nrk.no 18. mai 2021). Landingsområder for denne typen helikopter må legges flere hundre meter fra boliger, og privat og offentlig ferdsel. Kraftige rotorblader med løfteevne på opp mot 20 tonn, vil gi lufttrykk og lavfrekvente pulserende lydsvingninger som kan gi plager i en stor omkrets og gi alvorlige helseskader. Lydklassifisering av bygninger, ifølge norsk standard NS 8175, fastslår en maksgrænse på 45 dB(A) på soverom målt med lukkede dører og åpne ventiler. Rambøll har i sin fagutredning beregnet at det vil være 3000 flybevegelser per år og at 650 av disse flybevegelsene vil være om natta. Det er ikke foretatt noen konsekvensutredning av hva dette vil bety av støy for de 2500 personene som bor i området. Hva betyr det for barn og voksne å bli vekket opp om natta? Hva betyr det for barn og lekeområder? I fagutredningen er det skissert opp både inn- og utflygingsmønster for helikoptrene. En rute går like over borettslaget. Støysonen rundt landingsplassene er ikke definert. Hvor mange beboere fra området som lander i gule/røde støysoner vet vi ikke. I Trondheim ved St. Olavs hospital, som har tilsvarende trafikk, er rød støyson 250 meter i radius. HSØ prøver bevisst å fremstille støyvirkninger så lave som mulig og har så langt ikke vært villige til å opplyse hvor store maksverdiene er (selv om veilederen krever dette). Her er det behov for en uavhengig konsekvensutredning.

Riggområde under byggeperioden

Av planforslaget framgår det at riggene i stor grad skal plasseres innenfor anleggsområdet, unntagen noen rigger som er planlagt på en tomt som ØSBL grenser til. Dette er et jorde som er eid av Oslo kommune og regulert til friluftsområde. Det er gravd ned høyspentledninger under jordet, og i likhet med Gaustadtunet Boligsameie forutsetter vi at avgjørelsen om mulig bebyggelse her vil bli håndtert av kommunens helsefaglige myndigheter. Området er rett og slett ikke mulig å bruke som overnattingssted. Gaustadtunet Boligsameie har krevd å få erstatningsboliger. Også for ØSBL vil riggområdet være en konstant belastning over lang tid, skjemme utsikten for og være med på å skape støy i området. Blomsterengene vil bli ødelagt og rådyrstammen som holder til i Gaustadskogen vil skremmes bort. Friområdene både der flyplassen og riggområdet planlegges er lekeområder for barn.

Gjennomgangstrafikk

Foreløpig er det bare planlagt en innkjøringsvei til Rikshospitalet. Både sikkerhet og beredskap tilsier at det vil bli krevd flere innkjørslr. (Til sammenlikning har Ullevål sykehus tre innkjørslr.) Vi frykter at Gaustadveien vil bli åpnet for gjennomgangstrafikk. En kvalitet med området nord for Rikshospitalet har vært at det er trafiksikkert for barn. Det foreligger også planer om at akuttmottaket på sykehuset planlegges lagt på vestsiden av Rikshospitalet. Sykebilene skal kjøre inn nordfra og kjøre ned langs Gaustadbekken til akuttmottaket. Vi kan altså risikere sirener og blålys som kan sees fra borettslaget. Konsekvensene for naturmiljøet langs Gaustadbekken trues også.

For liten tomt

Generelt vil vi peke på at tomten som sykehuset er plassert på, ikke har fremtidige utvidelsesmuligheter, slik at det kan utvides for å dekke behov hos den voksende befolkningen i Oslo. Da er det fare for 1) at vernet av Gaustad sykehusområde oppheves på sikt eller 2) at gjenværende naturområder reduseres enda mer enn allerede beskrevet i planene.

Lite hensyn til kulturminneverdier og manglende stedstilpasning

Ved å planlegge store bygningsvolumer tett på Gaustad sykehus og bygge ned den grønne omramningen som karakteriserer det eldre sykehusanlegget, forringes kulturminneverdiene i området kraftig. De nye høye byggene vil framstå som en mur rundt Gaustad, som har som ett av sine fremste kjennetegn at det er et frittliggende sykehus. Av den grunn frarådet byantikvaren det forrige planalternativ sterkt, og vi anser at disse kommentarene ikke er mindre gyldige for de nye planforslagene. Med sin lave arkitektur ble nåværende Rikshospitalet bygget stedstilpasset Gaustad sykehus, helt konkret ved at fløyene på det gamle sykehuset med hjørnetårn peker mot tilsvarende fløyer på det nye sykehuset. Rikshospitalet som er foreslått oppført på gul liste, tilfører nærmiljøet store kvaliteter i samspill med gressplener og trær. Å delvis rive, bygge rundt og oppå dette sykehuset framstår som et sterkt brudd mot alle intensjoner om arkitekturvern.

Nye bygg på Gaustad sykehus-område?

To bygg (Bygg S og R) er tegnet inn i de fleste alternativene i planforslaget, rett nord for nåværende bygg 19 og 20 på Gaustad sykehusområde. Denne delen av plane er imidlertid svakt belyst i forslaget. Det nevnes at de er tegnet inn «kun (..) som fremtidige byggearealer uten konkrete planer» (s 41). For oss som nærmeste naboer er det vanskelig å forholde oss/ uttale oss på grunnlag av så svake beskrivelser. Vi minner likevel om at temakart T5 (s 17) viser kulturminner som er registrert innenfor planområdet. I alle fall ett av disse byggene (planlagt ovenfor Gaustad sykehus bygg nr 20) er plassert på et areal som er merket kulturminner på T5. Beholdes ideen om å bygge på dette området, vil Riksantikvaren gi meget sterke føringer. Riksantikvaren har tidligere kun godtatt en lav, oppdelt bebyggelse som ikke danner en «vegg» nord for Gaustad sykehus. Vi tilslutter oss dette prinsippet. Beholdes ideen om å bygge på dette området, vil Riksantikvarens føringer bli tilsidesatt. Vi forutsetter at ØSBL vil få anledning til å uttale seg om sol/ skyggeforhold i forbindelse med disse mulige byggene.



Ill fra reguleringsplanen: Mulige bygg

Beboerinvolvering vanskeligjøres

Vi vil til slutt påpeke at å involvere seg i dette prosjektet vanskeligjøres ved at mange forhold er uklart beskrevet i planene, tvetydige og blir lagt fram stykkevis. Dette planforslaget er Helse Sør-Øst sitt andre forsøk på å få vedtatt en reguleringsplan. Foretaket la fram en reguleringsplan for Nye OUS på Rikshospitalet for ett år siden, men trakk den fordi Plan- og bygningsetaten i Oslo ikke kunne anbefale den. Også forsøk 2 mangler viktige elementer, for eksempel knyttet til konsekvensutredning av støy, trafikk og andre konsekvenser for nærmiljøet. At det legges fram to alternativer med to ulike høyder gjør det enda mer forvirrende.

Foreløpig er det igangsatt en rekke aktiviteter og forprosjekter i helseforetaket på grunnlag av et "mål-bilde" for Nye OUS. For eksempel bygges det bygg på Aker sykehus som forutsetter at resterende elementer i «Nye OUS» faller på plass, blant annet bygging av nytt rikshospital på Gaustad. Aktiviteter tjener som begrunnelse for nye aktiviteter, slik at igangsetting etter foreliggende planer til slutt framstår som eneste farbare vei. Dette er ikke i tråd med god, demokratisk involvering.

Fra: Bjørn Jensen <bjorn.jensen10@getmail.no>
Sendt: mandag 7. juni 2021 16.18
Til: PBE Postmottak
Emne: høringsrunde Gaustad sykehusområde juni 2021
Vedlegg: Aksjon Redd Ullevål sykehus.docx

Hei,
i anledning høringsrunden for Gaustad sykehusområde vil vi berømme Plan- og bygningsetagen for å stå imot det utilbørlige presset fra Helse Sør-Øst for å få godkjent sine mange urealistiske planer for utvidelsen av Rikshospitalet. Gigantprosjektet har fra starten av vært et luftslott basert på tesen om at jo større sykehuset ble, desto mer rasjonelt kunne det drives, med besparelser i milliardklassen -årlig. for oss på grasrota virket det som Staten trodde de kunne tre hele prosjektet over hodet på lokalmiljøet uten videre, og totalt overkjøre kommunale myndigheter uansett hvilke motforestillinger som ble reist. riksantikvarens bekymringer for det fredede gamle Gaustad sykehus/asyl ble oversett i første omgang, og betydningen av friarealene utenfor de gamle bygningene i neste runde. restriksjonene på byggehøyder ble det ikke tatt hensyn til før HSØ/OUS forsto at 72 m høye bygg var helt uakseptabelt for Oslo v/PBE. de senere krumspring for å omgå byggekravene er ikke gjort kjent for almenheten på en skikkelig måte så det har vært krevende å følge med i de senere planinnspill. De siste årene har Aksjon redd Ullevål sykehus sørget for at de politiske partiene i Oslo har våknet opp og forstått sakens alvor med det resultat at Oslo nå står sammen om å begrense utbyggingen på Gaustad kombinert med fortsatt drift av Ullevål sykehus og gjenoppbygging av Aker sykehus. som det følger av vedlagte innspill til aksjon redd Ullevål sykehus støtter vi disse planene fullt ut, og håper at Helseministeren selv setter seg inn i hele sakskomplekset i stedet for å kun overlate avgjørelser til styret i Helse Sør-Øst. Denne saken er altfor viktig ikke bare Oslo, men hele landet, til at politisk prestisje hindrer en fornuftig løsning for alle sykehusene i Oslo.

vennlig hilsen
Bjørn Jensen
tlf 99 21 15 18

bjorn.jensen10@gmail.no

Aksjon Redd Ullevål sykehus

Som beboer i området mellom Rikshospitalet på Gaustad og Ullevål sykehus har vi med stor interesse fulgt med i debatten om fremtidens Oslo-sykehus de siste 5 årene og med stigende uro registrert myndighetenes arrogante holdning til meningsmotstandere. Faglige argumenter fra kompetent medisinsk hold innen sykehusets egne ansatte blir oversett, og alternative løsninger blir avvist og nærmest stemplet som useriøse av OUS ledelse og styre. Den opprinnelige kongstanken om et stort sykehus på Gaustad som det mest rasjonelle og driftsøkonomisk lønnsomme alternativet tok ikke hensyn til omgivelsene – ikke minst kravene til byggehøyder og bevaring/ fredning av gamle Gaustad sykehus. Planene om å bygge over Ring 3 måtte skrinlegges da Statens Vegvesen sa blankt nei da de fikk høre om byggeprosjektet som ikke var forelagt Vegvesenet.

Forslaget om å bygge ut Ullevål sykehus i stedet for Rikshospitalet ville innebære en besparelse på ca. kr 20 milliarder som man skulle tro ville være meget interessant for HSØ - Helse Sør-øst. Utrolig nok var reaksjonen kun negativ, og besvart med at Ullevål alternativet ville bli mye dyrere -12/13 milliarder – med påstand at grunnforholdene ville vanskeliggjøre nybygging samt at de gamle byggene var utslitte og nærmest ubrukelige. Dessuten ville hele sykehusprosjektet bli mange år forsinket, i stedet for fremskutt som Ullevål alternativet selv hevdet kunne stå ferdig i 2027. problemet har vært at HSØ ikke har vært villig til å vurdere løsningen på Ullevål seriøst, men i stedet bevisst mistenkeliggjort hele prosjektet for å sikre sitt eget opplegg. Påstanden om at det blir mye dyrere å drive 3 sykehus – Ullevål og Aker i tillegg til RH enn å samle sykehusene på Gaustad, var muligens riktig for 15 år siden da ideen ble lansert, men fremstår som meget tvilsom i dag.

Det er spesielt et område -sårbarhet – som er lite vektlagt i sykehusdebatten. Adkomsten til RH er begrenset til en vei og det er ingen rømningsvei. Det er meget betenkelig hvis det oppstår brann eller en annen større ulykke, og desto mer alvorlig ved en terrorhendelse. Disse risikomomenter gjør seg også gjeldene jo høyere sykehus blir (70 m -42 m??)

Vi stiller oss fullt og helt bak aksjonen Redd Ullevål sykehus planer for fornyelse av sykehuset sammen med Aker sykehus som lokalsykehus for Groruddalen, Gaustad sykehus utvikling som moderne spesialsykehus for psykisk helsevern, samt opprettholdelse av Rikshospitalet som spesialsykehus

Vennlig hilsen

Liv og Bjørn Jensen

Tyrihansveien 23 /0851 Oslo

Fra: Postmottak BYR - Byrådsavdelingene
Sendt: tirsdag 8. juni 2021 11.58
Til: PBE Postmottak
Emne: FW: MERKNADER TIL SAK 201704683-321 FORSLAG TIL
REGULERINGSPLAN FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Viktighet: Høy

From: Johan Pillgram-Larsen <pillgram@hotmail.com>
Sent: Sunday, June 6, 2021 6:34 PM
To: Postmottak Oslo Kommune <postmottak@oslo.kommune.no>
Subject: MERKNADER TIL SAK 201704683-321 FORSLAG TIL REGULERINGSPLAN FOR OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS
Importance: High

Oslo Kommune,
Plan- og bygningsetaten

MERKNADER TIL SAK 201704683-321 FORSLAG TIL REGULERINGSPLAN FOR OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS

Helse Sør Østs plan for ny sykehusstruktur i Oslo diskuteres. Den har fordeler og ulemper.

Min bakgrunn er som overlege i thoraxkirurgi ved Ullevål Sykehus og seksjonsoverlege i traumatologi. Jeg har vært heldig å få være instrumentell i oppbyggingen av Ullevål til et traumesenter. Modellen har vært inspirert av de amerikansk traumesentra. Jeg har hatt flere studieopphold ved slike. Behandlingsresultatene ved Ullevål er dokumentert gode i internasjonal sammenheng.

Når man etablerer en ny organisasjon for avansert behandling, som mottak av alvorlig skadede, tar det mange år før man ser bedring i resultatene. Regelmessig mottak av et betydelig antall traumepasienter er nødvendig for å oppnå ekspertise (øvelse gjør mester). Det er viktig at personell som behandler skadepasienter ser hele skalaen fra moderate skader til akutt livstruende. Tiden arbeider mot den kritisk skadede pasient. Man har ofte ikke tid til spesialundersøkelser, men må basere utredningen på klinisk erfaring. Antall traumepasienter som innlegges på Ullevål er i dag stort nok til å kunne sikre at rutinene blir vedlikeholdt, men for lite til å splittes opp.

Rikshospitalet fungerer som sykehus for avansert behandling av spesielle lidelser. Det medfører øyeblikkelig hjelp beredskap for hele landet, som for eksempel i transplantasjonskirurgien. At sykehuset har kunnet konsentrere seg om dette uten å være forstyrret av traumemottak, har vært en velfungerende modell man ikke bør rokke ved.

Den omfattende byggevirkomheten som planlegges vil forstyrre driften ved Rikshospitalet i alvorlig grad. Omorganiseringer distraherer det faglige arbeid. Å klemme svære bygninger inn på

en trang tomt og å ikke benytte seg av utbyggingsmulighetene på Ullevål, er en tungvint måte å møte Oslos sykehusutfordringer på.

En ikke direkte faglig innvending er at nybygget på Gaustad vil bli et fremmedgjørende monstertykehus, slik jeg har sett i utenlandske storbyer. Det er bare trist. At by-silhuetten blir ødelagt for generasjoner fremover, bør tas med i vurderingen. Det nye Rikshospitalet slik det ligger nå, gir med sin utforming et vennlig inntrykk. Med sitt vide inngangsparti ønsker det velkommen. Det planlagte bygget blir en frastøtende fabrikkbygning. Den psykiske effekten av å måtte innlegges på en slik institusjon, må ikke undervurderes.

Jeg har sett at høye bygninger gir utfordringer i det daglige arbeide med forflytning av personell og pasienter. Lengre avstander i samme plan er bedre. Ellers er adkomsten til Rikshospitalet ikke gunstig der det ligger i skogkanten med én adkomstvei. Et traumesykehus skal ligge sentralt.

Nedleggelse av Ullevål Sykehus og nedskalering av Rikshospitalets landsfunksjon og med deling av traumesenterfunksjonen til Rikshospitalet og Aker, er en dårlig plan. Den planlagte løsningen av Oslos sykehusutfordringer innebærer faglig risiko for traumebehandlingen. Den risikoen bør man ikke ta, da det finnes alternativ løsning.

Johan Pillgram-Larsen

Seksjonsoverlege i thoraxkirurgi og i traumatologi, Ullevål (P)

Forsvarets overlege i kirurgi (P)

Fra: Hans Erik Heier <heheier@online.no>
Sendt: lørdag 5. juni 2021 12.17
Til: PBE Postmottak
Emne: VS: Uttalelse til sak 201704683-321 Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalléen 34
Vedlegg: MinSak 020621.docx

Fra: Hans Erik Heier <heheier@online.no>
Sendt: 5. juni 2021 12:05
Til: 'mailto:postmottak@pbe.oslo.kommune.no' <mailto:postmottak@pbe.oslo.kommune.no>
Emne: Uttalelse til sak 201704683-321 Forslag til reguleringsplan for Oslo Universitetssykehus, Gaustadalléen 34

Vedlagte sak ble lagt ut på MinSak.no 2.juni. I dag, 5.juni, har den fått 722 underskrifter. Jeg er klar over at den inneholder en feil. Høyden er angitt til 72 meter, men skal være 57 meter. Feilen skyldes en misforståelse hos meg. Jeg ber om at uttalelsen blir lagt ved nevnte sak.

Mvh Hans Erik Heier
Leder Redd Rikshospitalet – Rikshospitalets Venner

Rikshospitalet er et unikt sykehusbygg bygd som det humanistiske sykehus.

Sykehus er signalbygg. Måten de utformes på, forteller om hvordan samfunnet tenker om mennesker som har behov for helsehjelp. Arkitektene som skapte RH på Gaustad kalte utkaste sitt «Det humanistiske sykehuset». De «ville skape fysiske omgivelser som inngir tillit og trygghet for de mennesker som bruker sykehuset --- et miljø formet av mennesker for mennesker, som en levende og vakker "by", ikke en behandlingsmaskin". Professor Ole Fyrand oppsummerte: "Det skulle således ikke være teknikken, men humanismen som skulle gi arkitekturen dens uttrykk" (Fyrand 2001).

Rikshospitalet er et arkitektonisk mesterverk. Det "kryper" inn i terrenget, omgitt av grønne lunger og mye lys. Det balanserer perfekt mot de lave byggene på Gaustad sykehus på på andre siden av Sognsvannsveien. Rikshospitalet hilser pasientene velkomne med statuen ved innkjørselen: den uttrykker at medisin er mer enn naturvitenskap, økonomi og effektivitet; medisin er også omsorg, varme og kunst.

Helse Sør-Øst planlegger å rive viktige deler av sykehuset og å sette opp bygg midt inne i det eksisterende sykehuset.

Vi krever at dette prosjektet stoppes så raskt som mulig.

I planene for det som kalles Nye Rikshospitalet er teknologien i sentrum. De nye byggene skal bygges i høyden og vil anta et brutalt «Ovenfra-og-nedad»-uttrykk. Den arkitektoniske grunnideen for RH blir ødelagt. Høyeste gesims, inkludert helikopter og takoppbygg skal være 72 meter, det vil si tilsvarende en klassisk boligblokk på 20 etasjer. Høyblokkene blir dessuten bygd på et høydedrag, i strid med Oslos høyhusstrategi.

Vi ber om Oslo bystyre behandle saken og vedta følgende:

- Oslo bystyre ber byantikvaren så raskt som mulig igangsette tiltak for å verne byggene på Rikshospitalet
- Oslo bystyre vil ikke godkjenne riving av bygg på Rikshospitalet før de antikvariske myndighetene har behandlet henstillingen om vern av Rikshospitalet