Høringsinnspill til Plan og bygningsetaten, Oslo kommune fra arbeidstakerorganisasjonene ved OUS vedrørende:

Trondheimsveien 235, Aker sykehusområde

Saksnr:
201704677

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 tomta 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 tomta på Gaustad kunne utvides vesentlig ved at Ringveien ble plassert i tunnel. Det ble laget skisser for en fullstendig samling på Gaustad-tomta, 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 tomta på Ullevål. En skisserte at denne virksomheten kunne fordeles på en mindre utbygging på Gaustad-tomta 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 tomta 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 akuttsykehus. Sentrale behandlings- og beredskapsoppgaver innenfor kirurgiske og medisinske fag er samlokalisert i sykehuset. I tillegg til lokale og regionale akuttfunksjoner 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 ser 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 akuttsykehuset 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 akuttfunksjoner 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 akuttfunksjonene. 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

[1] http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf

usikkert om dette vil la seg realisere, og videre om det er hensiktsmessig å ha dette som 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 (hhv. 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, ventearealer 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.

- **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 rokadeareal anses som en vesentlig svakhet. Framtidig rehabiliteringsbehov i sykehusanleggene vil bli krevende og kostbart.

- **Medvirkningsgruppene**

Tillitsvalgte uttrykker gjennomgående manglende reell medvirkning. Prosjektenes 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

<u>Særskilte emner</u>

- **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 (Chemial, 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 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 uhensiktsmessig 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.

- **Psykisk helsevern**

Ansattes organisasjoner anser at det er tvilsomt om det planlagte arealet vil være tilstrekkelig til å ivareta behovet. Det er lagt til grunn effektivisering og 25 prosent redusert behov for døgnopphold. Det er ikke godtgjort at nye behandlingstiltak vil medføre redusert behov for døgnplasser, og det er ikke beskrevet hvordan kommunene skal kunne ivareta flere pasienter med akutt psykisk sykdom.

I detaljeringen av løsningene i medvirkningsarbeidet pekes på behov for areal til pasientbehandlingen og støttefunksjoner, men det gis ikke anledning til å øke arealrammen. I stedet erfarer ansatte en rekke tilfeller som reduserer det tildelte arealet. Det er ikke avsatt areal til forskningsfunksjoner.

Fagmiljøene og ansattes organisasjoner er også kritiske til om plasseringen på Aker vil kunne ivareta behandling av psykisk syke pasienter på en tilfredsstillende måte. Aker-tomtens beliggenhet tett opp i Sinsenkrysset er ikke egnet for god behandling og ivaretakelse av denne pasientgruppen.

Pasientene har behov for god og lett tilgang til rolige utendørsarealer og avskjermede rekreasjonsområder. Dette bidrar til bedre behandlingseffekt og reduksjon av risiko for vold. På Aker lar ikke dette seg løse. De planlagte utendørsarealenes plassering er også uegnet for å ivareta konfidensialitet. Ansatte, somatiske pasienter og pårørende skal bruke samme parkanlegg. Beregninger viser utfordringer med både i hageanlegg, atrier og takhager. Disposisjon av sengeposter, personalarealer og aktivitetsrom gir ikke gode nok løsninger for pasienter og ansatte. I tillegg gir arealbegrensning generelt trange løsninger, noe som øker risiko for vold og utagering blant pasientene, men også mot ansatte. Fagfeltets behandlingsformer gir behov for cellekontorer. Det viser manglende forståelse å likevel planlegge med felleskontorer.

Det planlegges med gjenbruk av gammel bygningsmasse på Aker for å komme opp i tilstrekkelig antall senger for å dekke minimumsbehovet. Det er ikke lagt planer for ombygging og tilpasninger av disse byggene. Tidlig i planleggingen ble disse byggene betegnet som teknisk dårlige, med de omtales nå som «egnede» av prosjektet.

Høy utnyttelsesgrad gir nærmest ingen utvidelsesmuligheter ved fremtidig behovsøkning.

- **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.

- **Radiologi nye Aker**

  Det uttrykkes sterk tvil om det planlagte sykehusbygget vil ha stor nok kapasitet for den planlagte radiologiske aktiviteten i 2030 og i 2035 og dekke sørge for ansvaret for befolkningsgrunnlaget tilhørende nye Aker.

- Ut fra nøkterne beregninger med dagens radiologiforbruk vil man ved oppstart ha en til to MR-maskiner og en CT-maskin for lite på nye Aker. Når nye Aker overtar Grorud og Stovner bydeler trenger man ytterligere en MR og en CT.
- Flere fagområder som psykisk helsevern, forskning og høysmitte-isolatet har meldt behov for økt radiologi som det ikke er tatt høyde for.
- Det er ikke tilstrekkelig avsatt areal blant annet til granskingsrom, møterom, ekspedisjoner, ventearealer, pauserom eller kontorer.

Ut fra dagens plassering av radiologisk avdeling er det vanskelig å se for seg ekspansjonsmuligheter. Plasseringen av MR laboratoriene under bakkeplan gjør fremtidige utskiftninger ytterst vanskelig. Utelatelse av teknisk mellometasje over hele avdelingen vil gjøre ettersyn, vedlikehold og utskiftninger av utstyr mer krevende og fordre større grad av driftsstans enn om man hadde mulighet til disse arbeidene i egen etasje. Driftsstans svekker behandlingskapasiteten.

- **Sykehusfaglige behov**

Det bes spesifikt om tilbakemelding på kap. 3.5 – forslagstillers faglige begrunnelse for den valgte løsningen. Mye er allerede svart ut tidligere i vårt innspill. Ansattes organisasjoner oppfatter at det styrende premisset i denne saken er avhending av Ullevål, og dernest en samling på Gaustad i den grad det lar seg gjøre. Gaustad-tomtas begrensede utbyggingsmuligheter fremtvinger at en stor del av aktiviteten fra Ullevål må legges på Aker. Det er altså ikke gode avveininger mellom ulike hensyn som har ledet fram til forslaget, men hva som lar seg gjøre å plassere på tilgjengelig tomt. Virksomhetsløsningene som nå er planlagt er beheftet med en rekke ulemper, som beskrevet tidligere i teksten. En rekke behov lar seg ikke godt ivareta på de valgte tomtene. Den viktigste mangelen er kapasitetsbegrensninger. Både knyttet til aktiviteten som tenkes innplassert, men også knyttet til at det ikke vil la seg gjøre å tilbakeføre Stovner og Grorud i første etappe. Akershus universitetssykehus er sterkt presset, og har måttet inngå en avlastningsavtale med Diakonhjemmet sykehus. Dette er en kriseløsning som Helse Sør-Øst burde prioritert å løse. Befolkningsveksten i Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde (og i Oslo) vil medføre en så sterk behovsøkning at økt kapasitet burde være det fremste hensynet ved utvikling av sykehuset. Dette lar seg ikke forene med en nedleggelse av landets største sykehusanlegg.

Høyhustypologi beskrives av prosjektet som en omforent løsning. Høyhus innebærer både fordeler og ulemper i den daglige driften. Det har ikke vært gjort drøftinger av hvilken bygningsutforming som er mest egnet. Det nye sykehuset i Drammen planlegges med vesentlig lavere bygningsmasse. Smittevernhensyn lar seg enklere ivareta ved en bygningsutforming som legger til rette for avskjerming mellom bygningsareal, og som gir mulighet for mange innganger fra bakkeplan. Ansattes organisasjoner oppfatter at heller ikke høyhus er en løsning som er valgt, men en løsning som følger av at tomtene ikke tillater andre løsninger.

Erfaringene med felles akuttmottak for somatikk og psykisk helse har ikke vært gode i andre sykehus.

- **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 akuttfunksjonene, 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 Wølstad 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; Psykiatri

Vedlegg 4; Protokolltilførsel til fagrapporter før beslutning om forprosjekt


2021 05 31 Høringsnotat regul


Høringsinnspill til PBE_FoU_01.06.21_r


Høring Plan og Bygg fra klinikktiliits


Protokolltilførsel til 8 rapporter - 12.10.2