



Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsinnspill vedrørende revidert planforslag for Nytt sykehus på Gaustad og Aker, deres ref 22/2056 og 22/2055

(Hos Plan- og bygningsetaten i Oslo har reguleringssakene følgende saksnummer: Gaustad sykehusområde, saksnummer 201704683, og Aker sykehusområde, saksnummer 201704677)

Oslo legeförening viser til mulighet til å komme med innspill til statlig reguleringsplaner for Gaustad og Aker sykehusområder. Vi viser også til tidligere høringssvar i saken (vedlegg 1).

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 vil bli 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 reguleringssak.

Vi ber om å få tilsendt vedtaket i saken og eventuelt godkjent reguleringsplan.

Oslo 8. juli 2022

Vennlig hilsen

Kristin Hovland
Leder Oslo legeförening

Kopi til pbe/Oslo kommune:

- Aker (saksnummer 201704677)
astrid.solli@pbe.oslo.kommune.no
- Gaustad (saksnummer 201704683)
gro.vig@pbe.oslo.kommune.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. Endringene etter første gangs høringsrunde er svært begrensede, og imøtekommer ikke den massive tilbakemeldingen i høringsvarene.

Det blir påpekt at høringsvarene skal omtale reguleringsplanene, men vi tør minne om Plan- og bygningslovens formål: *Loven skal fremme en bærekraftig utvikling til beste for både individet, samfunnet som helhet og fremtidige generasjoner.*

Og videre under § 3-1 står omtalt både hvordan loven bl.a. skal bidra til å *Fremme befolkningens helse og hindre sosiale helseforskjeller; fremme samfunnssikkerhet* samt at *Planleggingen skal bygge på økonomiske og andre ressursmessige forutsetninger for gjennomføring og ikke være mer omfattende enn nødvendig.*

Vi forutsetter at departementene i sin behandling av reguleringsplanen også legger dette til grunn.

Det er bekymringsfullt at vesentlige problemområder som har blitt løftet frem tidligere, ikke er løst i de reviderte planene, eksempelvis:

- **kapasiteten blir for lav** til å møte sørge-for-ansvaret
- kapasiteten spesielt innen **psykisk helsevern** blir ikke stor nok, og innebærer en nedbygging av psykiatriske døgnplasser
- det er satt av alt **for lite areal til forskning og undervisning**
- det er ikke gjort en ny vurdering av **beredskap/smittevern** sett i lys av siste års hendelser (men henvises til at det skal gjennomføres en vurdering etter oppføring av bygg, før innflytting)
- **akutt og beredskapsfunksjoner blir delt** mellom Aker og Rikshospitalet
- **føde/barsel-tilbudet forringes**
- svært mange **medvirkningsgrupper påpeker risiko** for at foreliggende planer ikke vil dekke behovet innenfor sitt område

Bruk av statlig regulering

Innledningsvis skriver dere selv:

Bruk av statlig plan er unntaksbestemmelse og bør i henhold til plan- og bygningsloven bare benyttes i situasjoner hvor det ikke kan forventes at den ordinære kommunale planen vil føre til et resultat som kan godtas av staten.

Vi er forundret over at staten ikke vil godta eventuelle andre løsninger hvis reguleringsprosessen tilsier dette og når flertallet av de folkevalgte er imot planene. Miljømessig og økonomisk er foreliggende planer svært dårlige, planene bryter



med gjeldende lovregulering i Oslo, det er massiv motstand blant fagfolk og alle fagorganisasjonene er mot planene.

Vi kan ikke se at det har tilkommet noen nye argumenter i de reviderte planene som tilsier at dette vil være en god løsning for fremtidens helsetjenester for befolkningen i Oslo. Heller tvert imot – tilbudet vil bli svekket med for dårlig kapasitet, og med høye lånekostnader for Oslo universitetssykehus (OUS) som vil svekke den økonomiske situasjonen med påfølgende ytterligere negativ konsekvens for drift og behandling av pasienter.

Vi konstaterer at Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) godkjente anmodning om gjennomføring av statlig reguleringsplan fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) samme dag som henvendelsen kom.

Helse Sør-Øst (HSØ) skriver selv: *Statlig plan vil redusere reguleringsrisikoen i prosjektet vesentlig. Det sier styreleder i Helse Sør-Øst RHF, Svein Gjedrem, etter at regjeringen har besluttet at utbyggingen på Gaustad og Aker vil gå som planlagt gjennom statlig regulering av tomtene.*

Imidlertid fratar ikke statlig regulering myndighetene i å følge eget lovverk, slik departementet selv skriver i svaret 1. april. Vi forventer også at høringssvarene behandles utover å «bli oppsummert»: *Dette innebærer blant annet å gjennomføre høring av justerte planforslag og oppsummere innkomne høringsuttalelser, og på alle måter sørge for at departementet kan utøve sin rolle som statlig planmyndighet på best mulig måte.*

Ny kunnskap og siste års erfaringer tilsier en justering av prosjektet, på samme måte som både regjeringen og HSØ justerer andre prosjekter for tiden.

Beredskap

På tross av både pandemi, krig og større ulykker siste årene, synes det ikke som disse faktorene er hensyntatt i siste reviderte forslag. Korona-kommisjonen skriver følgende i sin siste rapport (del 2, s 183):

Flere av sykehusenes lokaler og utforming gjorde det utfordrende å ta imot covid-19-pasienter og å etablere kohorter både i akuttmottaket, på sengepost og på intensivavdelingen. Dette gjaldt også sykehus med forholdsvis nye bygg.

Kommisjonen mener at utforming av sykehusbyggene viser at de ikke ble planlagt med tanke på beredskap og pandemi. Når det skal bygges nye sykehus og eldre sykehus skal bygges om, er det viktig å planlegge for framtidige pandemier og andre kriser. Lokalene må være fleksible. Dette gjelder både akuttmottakene og de andre avdelingene på sykehusene. Rommene og plasseringen av avdelingene bør være tilpasset en mulig pandemi. Sykehusarealene bør også kunne bli gjort om raskt. Å bygge enerom som ikke kan bli omgjort til å være flermannsrom, er for



eksempel uheldig i et pandemiperspektiv. Kommisjonen mener at mulighetene til å bruke både areal og personell effektivt blir bedre og mer fleksible hvis det er mulig å utvide enkelt- og dobbeltrom til flermannsrom raskt. Dette ble gjort i Sverige og i Danmark, og det vil avlaste personellet og spare ressurser.

Nye OUS er planlagt med kun en-sengs rom, og rom og avdelinger er ikke planlagt for omgjøring i forhold til pandemi. Områdene rundt akuttmottak er små og trange og lite fleksible i forhold til behovene ut i fra erfaringene vi nå har hatt under en pandemisituasjon.

Vi mener foreliggende planer ikke ivaretar beredskapen for ulykker og større hendelser. Akutt og beredskapsfunksjoner blir delt mellom Aker og Rikshospitalet ved at den medisinske beredskapen (med akutte forgiftninger) er lagt til Aker og den kirurgiske beredskapen (med traume) er lagt til Rikshospitalet.

Økonomi

Det foreligger ingen kommentarer om den økonomisk usikre situasjonen som vi har hatt en stund nå. De siste årene har vi sett en dramatisk økning i byggekostnadene. Ved direkte spørsmål på informasjonsmøtene om reguleringsplanene, var svaret at en regnet med «en avflating av kostnadene fremover». Selv med en avflating fra dagens nivå, vil kostnadsbildet være betydelig høyere enn tidligere estimert. Vi ser konsekvensen av de økte kostnadene i andre pågående sykehusprosjekter rundt om i landet, hvor de må redusere og utsette byggetrinn, med de alvorlige følgende det får for resultatet av helsetjenester og drift.

OUS har inngått avtale med Universitetet i Oslo (UiO) om 30 000 m² i Livsvitenskapsbygget. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett, vurderer regjeringen å midlertidig stanse byggingen på grunn av manglende kostnadskontroll, med en dobling av kostnadene siden oppstart for noen år siden: *Regjeringen har imidlertid besluttet å fullføre prosjektet frem til tett bygg og ferdig utendørsanlegg. «Dersom det høye prisnivået vedvarer, vil regjeringen vurdere å stanse prosjektet midlertidig, herunder at det ikke inngås ytterligere gjennomføringsavtaler før kostnadene kommer ned på et akseptabelt nivå» står det i budsjettdokumentet.* (<https://www.forskerforum.no/revidert-nasjonalbudsjett-dette-foreslar-regjeringen/>)

På styremøte til HSØ i juni ble følgende vedtatt:

Styret tar til etterretning at økonomisk langtidsplanlegging er spesielt utfordrende under gitte markeds- og risikoforhold. Det er ikke funnet rom for ytterligere regional prioritering av investeringsprosjekter i denne planen, og enkelte større prosjekter må forskyves eller settes på vent inntil videre. Å gjennomføre



investeringsprosjekter innenfor vedtatte rammer, samtidig som driftsøkonomien normaliseres etter pandemien, blir avgjørende og krever ledelsesmessig fokus og tett oppfølging.

De andre prosjektene i regionen er satt «på vent», men ikke nye OUS - og det selv om OUS er et prosjekt der det finnes alternative og billigere løsninger.

Hvordan sikrer HSØ sitt sørge-for-ansvar i regionen, når planlagte prosjekter, som vi må anta styret mener er nødvendige, ikke blir gjennomført?

Stortinget har gitt en lånegaranti, men *ikke sluttet seg til* planene, slik det står i Planbeskrivelsen (s 14 i planbeskrivelsen for Gaustad). Hvor langt holder tildelt sum med tanke på økte utgifter og de endringene som er lagt inn i forbindelse med revideringen av planene? Og hva skjer når det ikke er økonomi til å realisere etappe 2? Eller til et sykehus til i Oslo sør, som adm.dir. i HSØ tilrådte ved behov for økt kapasitet utover planlagte sykehus (s 19 i planbeskrivelsen for Gaustad).

Hittil har ikke OUS klart å nå de økonomiske målene, slik de er beskrevet i langtidsplanene, og som er en forutsetning for realisering og finansiering av nye sykehusbygg. Totalt sett er det en svært høy økonomisk risiko i sykehusplanene for OUS, men også for HSØ.

Fremtidig behov for helsepersonell

I kapittel 2 i Planbeskrivelsen (Gaustad s 15/Aker s 11), står det omtalt: *Sykehusene i andre deler av regionen og landet for øvrig mangler spesialister innen flere fagfelt, både blant leger og sykepleiere. Det er derfor viktig at man utvikler Oslo universitetssykehus HF slik at det ikke legges beslag på mer helsepersonell for å drifte spesialiserte funksjoner i Oslo enn nødvendig.*

Videre står det: *Det er ikke ønskelig at regionsykehuset skal bli for stort, og derfor er det planlagt etablering av et stort lokalsykehus (Nye Aker) i tillegg til regionsykehuset. Samtidig må det sikres et volum av pasientbehandlingen som gir god kvalitet og god ressursutnyttelse på regionsykehuset. Det er avgjørende at man finner den rette balansen mellom størrelse på sykehuset og nødvendig volum for god kvalitet (Gaustad s 19).*

Vi ønsker bare å slutte oss til konklusjonen om passe store sykehus. Forskning viser at de også er mest effektive. Nye Rikshospitalet vil med sine ca 1000 senger bli et svært stort sykehus, også i internasjonal sammenheng. Et svært stort regionsykehus på Gaustad vil medføre et merforbruk av antall ansatte sett opp mot tre mer jevnstore sykehus ved å videreutvikle Ullevål sykehus, bygge nytt sykehus på Aker og beholde Rikshospitalet.



Det foreligger ingen underliggende dokumentasjon på hvordan eller hvorfor Oslo universitetssykehus skulle legge beslag på «mer helsepersonell» (hva nå det innebærer?) med en annen sykehusstruktur. Denne udokumenterte påstanden er dessverre blitt gjentatt mange ganger. Påstanden er heller ikke fulgt opp med noen faglig eller politisk årsaksanalyse.

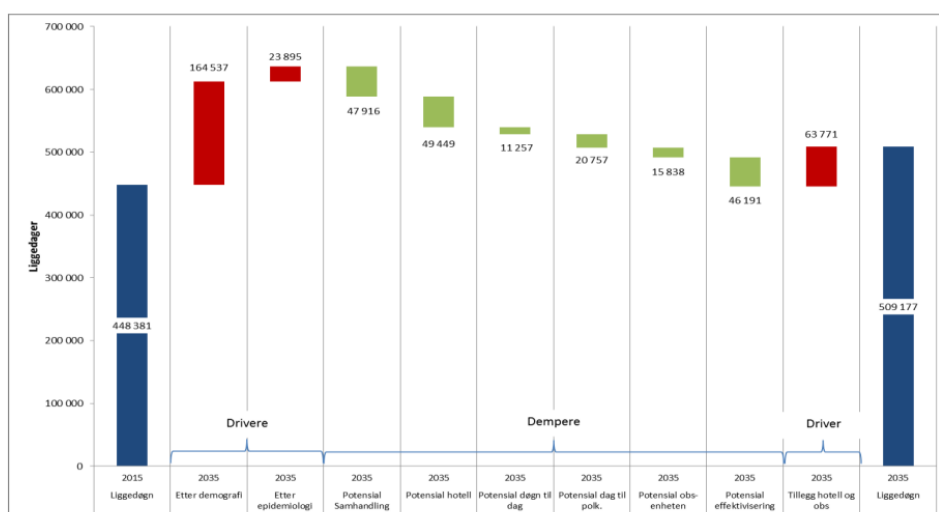
I samme kapittel omtales samhandlingen med kommunen. Økt ansvar for kommunen, vil medføre økte behov for helsepersonell i Oslo kommune.

Fremtidig behov for areal og sykehussenger

Det påstås at videreutviklingen av OUS vil gi flere sykehussenger i Oslo. Vi er uenige i dette regnestykket, da vi mener måten å beregne behov ut fra befolkning og type helsetjeneste ikke er konsistent.

I sin egen utviklingsplan (2035) skriver OUS (vår utheving):

I modellen ble det tatt hensyn til faktorer som øker («drivere») og reduserer («dempere») antall liggedager på sykehuset. Denne trinnvise framskrivningen er vist i figuren nedenfor.



Figur 12: Trinnvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF

Slik det er vist i figuren ovenfor forventes det at mye av aktivitetsøkningen relatert til «demografisk utvikling» og «epidemiologi» elimineres av potensialet «samhandling», «bruk av hotellsenger» og «effektivisering». I tillegg til tiltak beskrevet i kapittel 5 «Målbilde, tiltak og organisering av pasientens helsetjeneste»



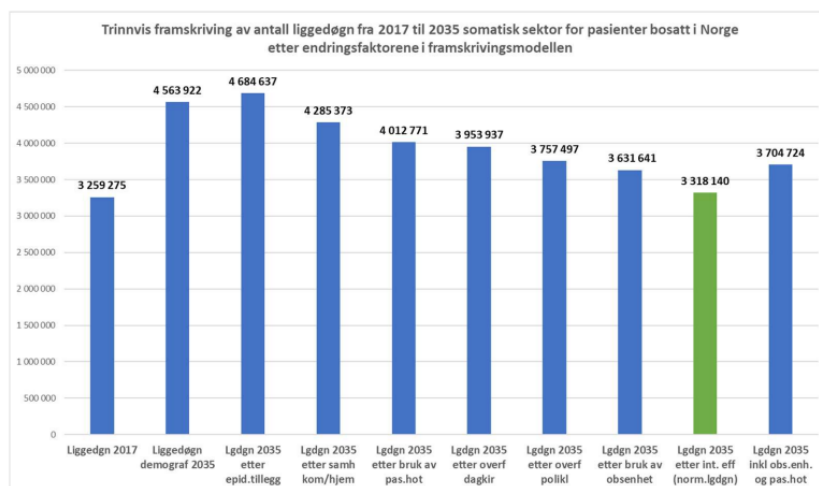
skal OUS iverksette tiltak og endringsprosesser som sikrer at dette potensialet kan utnyttes. OUS har i utviklingsplanarbeidet brukt beregninger utført av Sykehusbygg HF. OUS kjenner ikke til premissene og forutsetninger som er lagt til grunn for å beregne potensialet i forbindelse med de beskrevne aktivitetsdempere. OUS vil i tett samarbeid med eksterne samarbeidspartnere se på muligheter til å realisere det skisserte potensialet. Dette gjelder spesielt potensialet innenfor «Samhandling», hvor OUS er avhengig av at dette vurderes og kvalitetssikres sammen med Oslo kommune. Sykehusets foreløpige vurdering er at anslagene er optimistiske og beheftet med en relativt høy risiko. OUS vil sammen med samarbeidspartnerne utvikle egnede tiltak som minimerer risikoen og som egner seg til å realisere potensialet så langt som mulig.

(<https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Fag%20og%20forskning/Utviklingsplan%20Oslo%20universitetssykehus%202035.pdf> s 48 f)

Sykehusbygg HF gjorde en gjennomgang av framskrivingsmodellen i 2020, og skriver at modellen må videreutvikles. Oss bekjent er det ikke kommet noen revidert versjon.

I følgende figur vises eksempel på framskrivingsmodellen som brukes, med hele Norge som grunnlag (somatisk helse)

I figur 4.1 presenteres resultatet av en framskriving fra 2017 til 2035 av liggedøgn for pasienter bosatt i Norge 2017¹⁰. Her illustreres endringsfaktorenes betydning i framskrivingen i 18-årsperioden fra 2017 til 2035. Dette gjelder for alle ICD10-gruppene samlet, og den demografiske effekten er også inkludert. Liggedøgn knyttet til friske nyfødte inngår ikke i liggedøgnene for 2017 da de nyfødte ikke vil ha behov for ordinære senger.



Figur 4.1 Trinnvis framskriving av antall liggedøgn fra 2017 til 2035 for pasienter bosatt i Norge 2017 etter endringsfaktorene i framskrivingsmodellen somatisk sektor



Et problem med modellen er at premisset for utgangsverdien er galt. Noe vi ser resultatet av i alle nybygde sykehus. Modellen tar ikke hensyn til de pasientene som burde ha vært på sykehus, men ikke fikk plass. Dermed blir utgangspunktet for antall liggedøgn (dagens pasientpopulasjon) for lavt. Allerede i dag er kapasiteten for lav innen flere områder, både innen somatikk og særlig psykisk helse. Eksempelvis er det en kjent problemstilling med for rask utskriving, jmf andel «svingdørspasienter».

I tillegg kan alle endringsfaktorene (som i prinsippet reduserer behovet for sykehussenger) diskuteres. Vi vil særlig påpeke den betydelige oppgaveoverføringen til primærhelsetjenesten det legges opp til og den interne effektiviseringen som i praksis betyr kortere liggetid.

Sykehusbygg bemerker selv: *Det understrekes også at de kvalitative faktorene er lineære over tid slik at dersom framskrivingsperioden settes for lang, blir det overestimerte endringer framover i tid.*

De skriver videre i rapporten:

Selv om det er ett sett av standardfaktorer i modellen, så er den teknisk bygd opp slik at det er mulig å justere på faktorene ut fra lokale forhold som gjør at standardfaktorene ikke nødvendigvis passer.

[https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av Framskrivingsmodellen_2020.pdf](https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf)

Det er uklart hvordan faktoren for intern effektivisering er brukt med tanke på framskriving i OUS, og om OUS er kjent med kravene til intern effektivisering spesielt på Rikshospitalet som forutsetning for dimensjoneringen av nye OUS. Vi er ikke kjent med at OUS har konkrete planer for å «realisere det skisserte potensialet» for intern effektivisering. I lys av de siste årene, inkludert nye muligheter for behandling, mener vi at det også må vurderes områder som kan gi økte behov i fremtiden, eksempelvis tarmscreeningsprogrammet som blir innført i år. Videre har reduksjon i antall liggedøgn flatet ut de siste årene ved OUS, og som Sykehusbygg selv skriver vil modellen brukt feil føre til en overestimering av endringer, og dermed underdimensjonering av sykehuset.



Nye bygg på Ullevål – miljø og økonomisk perspektiv

Det blir stadig påstått at Ullevål bare har felleferdige bygninger. Her er en oversikt over nyere bygg og areal på Ullevåls-tomta.

Bygg	Ferdigstilt	Areal
Kreft og isolatsenter (inkludert strålebunkerser)	2007	14 888
Barneklubben	1999-2002	12 378
Sykehotell	1999-2002	6 753
Sentralblokk/akuttdivisjon/CBRNE	2014	9 263
Laboratorie-bygget (Fra rapport i 2010: Ut fra de bygningsmessige strukturelle egenskapene, fremstår laboratoriebygningen som en av bygningene på sykehuset med best tilpasningsmulighet. Bygningen vurderes som levedyktig, og kan ved behov vurderes benyttet til andre funksjoner som benytter tungt utstyr)	1976	23 850

Bare de relativt nye byggene omfatter til sammen ca 43 000 m². Et forsiktig estimat, spesielt siden det er mange spesialrom, vil være en ny-verdi på 4,3 milliarder kroner. I tillegg er det ca 50 000 m² til med akseptable bygg på Ullevål – altså verdier for ca 5 milliarder kroner til.

Det relativt nye sykehotellet på Rikshospitalet skal rives, mens det på Ullevål står et ganske nytt hotell - som skal selges?

Er det forventet at private helseaktører vil kjøpe disse bygningene, eller er tanken at de skal rives?

Miljøkonsekvens

Vi er bekymret for at bare deler av miljøkonsekvensene er tatt med i utredningen. I miljørapportene er det bare omtalt riving på tomtene på Gaustad og Aker, men vi mener at miljøregnskapet må innbefatte også brukbare bygg på Ullevål som en velger å flytte fra og hvor arealet må bygges opp et nytt sted.

Har vi råd til å flytte fra disse bygningene? Både i et økonomisk og et miljøperspektiv?



Oslo Science City

Oslo Science City står omtalt i Gaustad planene. Det har tidligere vært påpekt hvor viktig det var med utbygging på Gaustad med tanke på dette innovasjonsområdet. Området strekker seg fra Gaustad til Marienlyst. På kartene over området er alltid Ullevål sykehusområdet med, i og med det ligger så nær. Vi mener at om sykehusutviklingen skjer på Gaustad eller Ullevål absolutt ikke har noen betydning for utviklingen av dette innovasjonsområdet.



Spesielle forhold vedrørende reguleringsplanen for Gaustad

I høringsbrevet trekker dere frem disse følgende punkter som de mest sentrale endringene (sitat fra dere i kursiv). Våre kommentarer følger hvert kulepunkt:

1. *Nye sykehusbygg som skal bygges mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus er justert jf. innsigelsen fra Riksantikvaren.*

Ut fra innsigelsen, som er gjengitt i vedlegg 7, s 14, skriver Riksantikvaren:

«1.1.15 Riksantikvaren

Riksantikvaren har reist innsigelse til omlegging 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 blokkerer for viktige grøntdrag i stor grad. Nybyggene kommer også svært tett på det fredete sykehuset med park. Volumene har 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.»

Ut fra disse dokumentene, kan vi ikke se at det i det hele tatt er hensyntatt noe i innsigelsen fra Riksantikvaren.

2. *Nytt sykehusbygg sørvest for dagens Rikshospital er justert for å redusere nær- og fjernvirkning og etablere en bredere og mer lesbar gangvegforbindelse til marka og til nytt hovedtorg.*

Vi ser at endringene gir en tydeligere forbindelse inn mot sykehuset når en kommer sørfra, men bygningene vil skjule hele marka for alle som kommer via Klaus Torgårdsvei. Vi er bekymret for de trafikale løsningene som er valgt her. Dette blir omtalt i eget punkt under avsnitt om trafikkbilde for Gaustad senere i høringssvaret.

3. *Terreng og gangveisystemer mot vest er videreutviklet for å skape en bedre tilpasning til Sognsvannbekken med en større inngrepsfri kantsone.*

Det er fint at kantsonen er blitt noe bredere, men med en massiv base på nybygget, vil det fremstå som en enorm vegg for gående. Vi er også bekymret for den trafikale situasjon her, både under anleggsfasen og i drift. Se avsnitt senere.



4. *Traseen for omlegging av Sognsvannsveien rundt Lindekollen er justert for å gi økt avstand til Gaustad sykehus og imøtekomme innsigelse fra Riksantikvaren. Se første punkt.*
5. *Eksisterende boligområde i Slemdalsveien 87-89 er tatt med i planområdet som midlertidig rigg- og anleggsområde. Området foreslås også regulert til framtidig undervisning/ annen offentlig el. privat tjenesteyting/kontor.*
Vi registrerer at det i revidert reguleringsforslag plutselig er tilkommet behov for ekspropriasjon av et helt boligområde, med konsekvenser for beboerne og økonomiske konsekvenser for prosjektet.
6. *Parkeringsdekning for biler er redusert fra 2 456 plasser til 1 816 plasser totalt for sykehuset og universitetet, i tråd med forslag til ny parkeringsnorm for Oslo kommune.*
Vi støtter Oslo kommune sitt arbeid for å legge til rette for mindre bilkjøring i byen. Imidlertid er vi noe bekymret for om parkeringsnormen for byen er riktig å bruke for et sykehus? Omlegging til mer dag-/poliklinisk behandling medføre flere personer som daglig skal inn/ut av sykehuset. Foreligger det studier om dagens situasjon/behov? Avstand til kollektivtransport i området betyr at mye av persontransporten til sykehuset vil foregå med bil.
7. *Rekkefølgebestemmelsene er utvidet med krav om opparbeiding av bredere gang- /sykkelvei i Gaustadalléen nord for Ring 3.*

Utforming

Vi er generelt bekymret da tomten er for liten til etablering av tilstrekkelig volum og kapasitet nå, og at det ikke er mulighet for framtidige utvidelser og endringer ved behov.

Det fremlegges forslag til planer som ikke forholder seg til gjeldende krav i Oslo med tanke på høyde på byggene. Vi synes ikke grunnlagsdokumentene med sine illustrasjoner, godt nok viser hvor stort volum som er planlagt. Det meste vises i fugleperspektiv.

Innsigelsene fra Riksantikvaren mener vi ikke er hensyntatt.

Valg av løsninger for de trafikale forholdene medfører høy risiko for myke trafikanter (noe vi ser flere av de andre høringsinstansene også påpeker).

Medvirkning

Vi viser til organisasjonenes høringssvar, men ønsker å fremheve manglende reell medvirkning i prosessen, og medvirkningsgruppens bekymringer:

Kristin Hovland
leder Oslo legeförening
Postboks 1152 sentrum,
0107 Oslo
Telefon 47 90 40 98



Muligheten for å påvirke prosessen for ansatte og fag eksperter er derfor begrenset, hvilket har kommet tydelig frem i medvirkningsprosessen. Til sammen har dette bidratt til å innskrenke muligheten for nødvendige justeringer og utvikling av prosjektet når en har identifisert problemområder. Revidert planforslag har ikke gitt løsninger som tilfredsstillende sykehusets behov.

Trafikale forhold

Vi er svært bekymret for løsningene som er valgt på Gaustad. Både under anleggsperioden og i videre drift.

Vi mener løsningen hvor absolutt **alle** myke trafikanter, uansett hvilken vei de kommer, må krysse innkjørselsveien for ambulansene, er uakseptabel. Like før ambulansen når akuttmottaket, møter de kryssende fotgjengere fra trikkene (hvert 3.-5. minutt). Her må det finnes en bedre løsning. Selv om det er flinke sjåfører, er det uakseptabelt i et HMS perspektiv å planlegge for en løsning med så høy risiko mot myke trafikanter.

Det står at det er tenkt å flytte trikkestoppet 40 m. I kjøringen rundt Lindekollen vil all trafikk der (biler/drosjer/busser) møte syklende som skal til sykkelparkeringen og alle gående som kommer langs veien og med trikk hvert 3.-5. minutt. Kjøretøy ledes i en retning, men de fleste myke trafikantene kommer i motsatt retning/krysser der kjøretøyene skal ut i veien igjen.

Å legge opp til daglig bruk av avkjørsel på avkjøringen på Ring 3 (mot Slemdalsveien) for ambulansene – rett inn i et gang- og sykkelfelt, er for farlig. Det står nevnt i vedlegg Fagrapport anleggsfasen: *Aktuelt tiltak for anleggsfase er å periodevis stenge holdeplass i store deler av anleggsperioden. Endeholdeplass for trikk flyttes til Gaustadalléen.* Dette vil medføre en ulempe for både ansatte og pasienter i disse periodene.

Med bare én vei inn til akuttmottaket via Klaus Torgårdsvei (gangfelt + evt åpning av stengt vei nordfra kan være mulige alternativer), mener vi den trafikale situasjonen også er en ulempe i beredskapssammenheng ved vanlig drift.

Luftambulanse

Vi registrerer at midlertidig helikopterlandingsplass er opprettet som egen reguleringssak. Imidlertid vil bygging av denne sammenfalle med eventuell bygging på Rikshospitalet, slik at reguleringsplanen for Gaustad også må hensynta og risikovurdere samtidigheten i disse to prosjektene.



Spesielle forhold vedrørende reguleringsplanen for Aker

I høringsbrevet trekker dere frem disse følgende punkter som de mest sentrale endringene (sitat fra dere i kursiv). Våre kommentarer følger hvert kulepunkt:

1. *Bygningskonsept for psykisk helsevern ved Sinsenveien 76 er justert for å imøtekomme innsigelsen fra Riksantikvaren.*

På Aker er det innsigelse fra Riksantikvaren vedrørende bygg 76 og 60, hvor revidert plan er endret etter disse, slik vi forstår. Riksantikvaren påpeker videre: «Aker er en av anleggene i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan som er fredet. I alt sju bygninger ved Aker sykehus inngår i fredningen. I tillegg kommer kulturminner i form av bygninger i verneklasse 2 som det er forutsatt at den statlige eier selv skal ivareta».

Vi registrerer at det er gjort justeringer i planene på Aker, og håper de nye planene gir gode nok løsninger for de fredete bygningene og historien på Aker.

2. *Forholdet mellom nytt hovedbygg for somatikk og det fredede bygg 60 er avklart reguleringsteknisk for å imøtekomme innsigelsen fra Riksantikvaren.*

Se punkt 1

3. *Bygningskonsept for psykisk helsevern sør på tomten er justert for å sikre bedre støyforhold for pasientbehandling.*

Et samlet fagmiljø, samt hele klinikkledelsen har uttrykt at planene for byggene for psykisk helsevern på Aker ikke er gode nok. Det er gjort mindre justeringer på løsningen i den reviderte planen, men hovedlinjene er bevart – bygg som ligger ved rød støysone nær et av Oslos mest trafikkerte veier/kryss. Det står beskrevet at støyforholdene er innenfor grensene inne i atriene, men pasientene bør også ha mulighet til å gå i hagene rundt byggene uten derved å være i svært støybelastende soner.

I tillegg er det gjentatte ganger underveis uttrykt bekymring for manglende kapasitet. Groruddalsbydelene skal innlemmes fra første stund, noe som medfører et økt befolkningsgrunnlag på over 100 000. Framskrivningen av behov er ikke tilfredsstillende, og vi stiller spørsmål ved utgangspunktet for framskrivningen (dagens situasjon) og om endringsfaktorene er riktige. Vi viser til kommentar over om rapporten fra Sykehusbygg.

I tillegg er vi bekymret for om de arkitektoniske løsningene for byggene innen psykisk helsevern er planlagt med beste løsning for pasienter og ansatte, eller om det vil oppstå samme utfordringer som på Kalnes, jmf Sivilombudsmannens rapport derfra og Ukom sine rapporter om helsebygg fra 2021.

4. *Fasader og byrom er videreutviklet for å skape mer variasjon og gode forhold for opphold utendørs.*



5. *Bygg for varemottak og teknisk sentral i sørøst er justert for å imøtekomme innspill fra Statens vegvesen knyttet til hensyn til Lørentunellen.*
På møte om reguleringsplanen (8. juni 2022), kom det frem bekymring over utkjøringen fra teknisk sentral/varemottak rett ut på fortau, og for den trafikale løsningen generelt via Sinsenveien.
6. *Totalt antall parkeringsplasser innenfor reguleringsplanområdet er justert ned fra 1000 til 753.*
Se kommentar under tilsvarende punkt for Gaustad.
7. *Det er sikret økt antall nye trær som skal plantes for å avbøte for trær som går tapt som følge av utbyggingen.*
8. *Løsningen for utforming av hovedadkomsten til sykehuset i søndre del av Sinsenveien er justert etter merknader fra Bymiljøetaten.*
Se punkt 5

Utforming

Vi er generelt bekymret da tomten er for liten med tanke på volum og kapasitet som planlegges, og at det ikke er mulighet for framtidig behov for utvidelser og endringer. Det er planlagt for flere etapper med utbygging, og vi bekymrer oss for både hvilke konsekvenser økte byggekostnader får, da med tanke på at arealene blir nedskalert underveis slik vi har sett i andre sykehusprosjekter, eller at etappe 2 ikke blir gjennomført. Groruddalsbydelene (Stovner og Grorud) er ikke planlagt overført i første etappe. Ahus er allerede sprengt, og både Oslo og Akershus er tilvekstområder med forventet økt befolkning fremover.

Det fremlegges forslag til planer som ikke forholder seg til gjeldende krav i Oslo med tanke på høyde. Vi synes ikke grunnlagsdokumentene med sine illustrasjoner, godt nok viser hvor stort volum som er planlagt.

Valg av løsninger for de trafikale forholdene medfører høy risiko for myke trafikanter.

Medvirkning

Vi viser til organisasjonenes høringssvar, men ønsker å fremheve manglende reell medvirkning i prosessen, og medvirkningsgruppens bekymringer:

Muligheten for å påvirke prosessen for ansatte og fag eksperter er derfor begrenset, hvilket har kommet tydelig frem i medvirkningsprosessen. Til sammen har dette bidratt til å innskrenke muligheten for nødvendige justeringer og utvikling av prosjektet når en har identifisert problemområder. Revidert planforslag har ikke gitt løsninger som tilfredsstiller sykehusets behov.



Trafikale forhold

Vi er bekymret også for løsningene som er valgt på Aker.

Det er planlagt at hovedinnkjørsel for ambulanse er via rondellen i Trondheimsveien. Her må ambulansene kjøre samme sted som all trafikk til og fra Legevakten, samt forbi nedkjørsel til parkeringen for Legevakten. I tillegg ser vi at trafikkbildet med myke og harde trafikanter i Sinsenveien blir utfordrende. Blant annet er det lagt opp til en del trafikk over fortau/gangvei på begge sider, og en utkjøring fra privat vei, direkte i rundkjøringen.



Oppsummering for begge reguleringsplanene

Oslo legeförening vil igjen få understreke at vi ønsker nye bygg og utvikling av sykehusene i Oslo velkommen.

Planene for OUS har så mange elementer som tilsier en revurdering av planene totalt, at vi mener det vil være beste løsning. En mer begrenset utbygging på Aker, hvor alle Groruddalsbydelene får dette som sitt lokalsykehus samtidig, vil kunne ha byggestart innen rimelig tid. Bygging av enkelte nye bygg på Ullevålstomta, vil heller ikke kreve noen ekstrem lang behandlingstid, jmf byggene som er satt opp siste tiår der.

I vår tid, med utvikling og nye utfordringer for helsetjenesten, er det viktig at vi bygger robust og med god mulighet for fleksibilitet, miljøvennlig og med løsninger for nye bygg som ivaretar både funksjon og økonomi, slik at vi kan møte fremtidens behov på en best mulig måte.

Foreliggende planer gjør ikke dette, og vi ber reguleringsmyndighetene ta innspillene inn over seg, utrede et reelt alternativ og velge bedre løsninger for Oslo slik politikere og fagfolk ber om.



Vedlegg 1: tidligere innsendt høringssvar i 2021

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 reguleringssak.

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 reguleringssak 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 unyttig, 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 reguleringsplanene, 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.

Kristin Hovland
leder Oslo legeförening
Postboks 1152 sentrum,
0107 Oslo
Telefon 47 90 40 98



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 sykehustjenester. 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 kreftsenter, 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 ønsker 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 helikopterene, 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.
- Tilkomst 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 forurensing 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 høringssvar.

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)