



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen  
Stortinget  
0026 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

20/5562-

21. januar 2021

**Dokument 8:72 S - Representantforslag om å utvikle Ullevål sykehus og sikre innbyggere i Oslo gode sykehusstilbud med nok kapasitet**

Jeg viser til brev fra Stortinget av 11. desember 2020 vedlagt Dokument 8:72 (2020-2021) om representantforslag fra stortingsrepresentantene Jan Bøhler, Sigbjørn Gjelsvik, Per Olaf Lundteigen, Nicholas Wilkinson, Kari Elisabeth Kaski, Bjørnar Moxnes, Une Bastholm og Kjersti Toppe om å utvikle Ullevål sykehus og sikre innbyggere i Oslo gode sykehusstilbud med nok kapasitet, hvor representantene fremmer følgende forslag.

1. Stortinget ber regjeringen om å ikke igangsette salg av Ullevål sykehus før det er gjort endelige avklaringer i saken, inklusive reguleringsspørsmålet.
2. Stortinget ber regjeringen ikke tillate riving av eksisterende funksjonell bygningsmasse ved Oslo universitetssykehus før det er gjort endelige avklaringer i saken, inklusive reguleringsspørsmålet.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at Aker Sykehus snart blir fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen.
4. Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo.
5. Stortinget ber regjeringen iverksette utredning av alternative utviklingsmuligheter for Oslo universitetssykehus og komme tilbake til Stortinget med forslag til hvordan en utredning av lokaliseringalternativene kan innrettes

Innledningsvis vil jeg vise til at flere av forholdene som representantene tar opp er behandlet i en rekke representantforslag, som Dokument 8:8 (2018-2019) Representantforslag om trygge sykehus foran dyre prestisjeprojekter, Dokument 8:186 S (2018-2019) Representantforslag om å stoppe nedleggelsen av Ullevål sykehus og sikre at sykehusutbyggingen i Oslo ikke går på bekostning av sykehusstilbudet i resten av landet, Dokument 8:72 S (2019-2020) - Representantforslag om å respektere lokaldemokratiet og utrede fortsatt sykehusdrift på Ullevål i tråd med Oslo bystyres vilje og Dokument 8:147 S

(2019-2020) Representantforslag om en ny politikk for finansiering og dimensjonering av offentlige sykehus. Jeg kan ikke se at representantforslaget bringer nye forhold inn i debatten om sykehusstrukturen i Oslo. Dette svarbrevet vil derfor i stor grad inneholde gjentakelser av tidligere svar og dokumenter.

### *Salg av Ullevål*

Det skal være drift på Ullevål sykehus flere år fram i tid. Igangsetting av et salg vil først kunne skje etter en godkjent regulering, gjennomført og godkjent forprosjekt og etter at styret for Helse Sør-Øst RHF har vedtatt igangsetting av byggeplanene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Salg av Ullevål vil måtte godkjennes i et foretaksmøte. Det vises i denne sammenheng til helseforetaksloven § 31 Salg av foretakets faste eiendommer.

### *Rivning av eksisterende bygningsmasse*

Det er ikke planlagt rivning av funksjonell bygningsmasse med sykehusdrift verken på Ullevål, Aker eller Rikshospitalet før etter en godkjent regulering, gjennomført og godkjent forprosjekt og etter at styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt igangsetting av byggeplanene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

### *Aker sykehus*

Aker skal utvikles som et fullverdig sykehus for befolkningen i hele Groruddalen, i tillegg til befolkningen i en til to andre bydeler i Oslo og vil bli ett stort akuttsykehus. Jeg viser til mitt svar på Dokument 8:72 S (2019-2020) og følgende omtale:

*«Innbyggerne i Grorud, Stovner og Alna får i dag dekket sine spesialisthelsetjenestebehov på Akershus universitetssykehus, som er et av Norges mest moderne sykehus. Hovedhensikten nå er å erstatte arealene på Ullevål og øke kapasiteten i hovedstadsområdet. Det er imidlertid ikke et reelt alternativ å overføre ansvaret for alle disse tre bydelene til Aker sykehus samtidig. En slik overføring ville medført at Akershus universitetssykehus mistet en betydelig del av sitt opptaksområde, og at man dermed ville ha ledig kapasitet ved et av Norges nyeste sykehus. Dette er ikke samfunnsøkonomisk forsvarlig. Overføringen fra Akershus universitetssykehus må skje gradvis, i tråd med befolkningsveksten i sykehusområdet og slik at man hele tiden bruker mest mulig penger på pasientbehandling og ikke drift av bygg. Befolkningen i Groruddalen vil få sine spesialisthelsetjenester innen rusbehandling og psykiatri dekket på Aker sykehus fra fase 1, mens overføring av spesialisthelsetjenester innen somatikk blir fasedelt med overføring av ansvaret for Alna og Bjerke fra fase 1 og for Grorud og Stovner fra fase 2. Jeg vil også legge til at Oslo kommune nylig har inngått avtale med Helse Sør-Øst ved Oslo universitetssykehus om utbygging av ny storbylegevakt på Aker, hvor Oslo universitetssykehus skal leie arealer. Virksomheten som er planlagt her bygger på målbildet som ble vedtatt i 2016».*

Jeg vil også vise til Dok 8.8 S (2018-2019) hvor jeg opplyste:

*«Sykehusene finansieres ut fra hvor mange innbyggere de har ansvar for. En samtidig overflytting av de tre nevnte bydelene ville derfor medført at en stor del av Akershus universitetssykehus sitt budsjett ble overført til Oslo universitetssykehus. Dersom kapasiteten*

*ikke utnyttet fullt ut samtidig som kostnadene for bygg og utstyr i stor grad er de samme, vil resultatet bli et svekket helsetilbud til innbyggerne i Akershus sykehusområde».*

Det er derfor ikke planlagt med plass til de somatiske tjenestene for innbyggerne fra bydelene Stovner og Grorud i utbyggingens første etappe, men i en etappe to. Helse Sør-Øst planlegger for en gradvis oppbygging av kapasiteten i hovedstadsområdet, i tråd med befolkningsutviklingen. Jeg vil også vise til at styret for Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at Alna bydel skal vurderes overført fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus før de nye byggene står ferdig på Aker.

### *Aktivitet*

Representantene er bekymret for at det planlegges med en for liten fremtidig sykehuskapasitet i Oslo. Det vises i denne sammenheng til evalueringsrapporten fra Østfoldsykehuset. Både Helse Sør-Øst og andre helseregioner har tatt lærdom av erfaringene fra Østfoldsykehuset. Helse Sør-Øst vedtok allerede i 2018 å endre forutsetningene for kapasitetsberegning fra «høy» til «middels», noe som blant annet betyr at utnyttelsesgraden for senger er justert fra 90 til 85 pst. og at åpningstiden for poliklinikk er justert fra 10 til 8 timer. Jeg opplyste i mitt svar på Dok 8:147 S (2019-2020) at det ble etablert færre senger i Moss enn det som var forutsatt og planlagt for og som lå til grunn for det vedtatte forprosjektet for nytt østfoldsykehus. Samling av aktivitet på Kalnes har bidratt til kapasitetsutfordringer der. Dette er også et punkt Helse Sør-Øst har tatt lærdom av.

Representanten viser til at det ved Nye Oslo universitetssykehus planlegges for å ta ned sykehuskapasiteten ut fra forventet behov med 140 000 somatiske liggedøgn. Det samme forholdet ble omtalt i mitt svar på Dok 8:147 S (2019-2020). Her svarte jeg bl.a.

*«Informasjonen om at Nye Oslo universitetssykehus forventes å ta ned aktiviteten med rundt 140 000 liggedøgn er ukjent. Ifølge den regionale utviklingsplanen til Helse Sør-Øst anslås det at antall liggedøgn i 2035 for Oslo som helhet vil øke med 120 000 liggedøgn sammenlignet med 2017. Helse Sør-Øst opplyser at lokalsykehusfunksjonene i Nye Oslo universitetssykehus er dimensjonert for om lag 23 pst. flere liggedøgn enn helseforetaket har i dag. I framskrivningen er det tatt høyde for det pågående arbeidet med å overføre oppgaver fra Oslo universitetssykehus til de private ideelle sykehusene i Oslo. Målet er at pasientene i de ideelle sykehusenes opptaksområder i Oslo skal kunne få et mer helhetlig behandlingstilbud ved sitt lokalsykehus. Oppgaveoverføringen vil også bidra til å redusere behovet for sengeplasser ved Oslo universitetssykehus. Det er i tillegg planlagt med at de private ideelle sykehusene skal håndtere befolkningsveksten i eget opptaksområde».*

I mitt svar i det ovennevnte representantforslaget orienterte jeg også om framskrivningsmodellen for de regionale helseforetakene og at behovet for sykehustjenester framskrives gjennom en kombinasjon av befolkningsframskrivinger og ulike endringsfaktorer. I endringsfaktorene er det både drivere og dempere som påvirker det framtidige behovet for sykehustjenester. Forventet framtidig behov for sykehustjenester er derfor summen av både drivere og dempere.

Når det i representantforslaget igjen hevdes at Nye Oslo universitetssykehus planlegges for en reduksjon i den framtidige sykehuskapasiteten med 140 000 liggedøgn, har vi gjort nærmere undersøkelser av hvor dette tallet kan komme fra. Tallet kan komme fra dokumentet Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus, hvor det vises tall for ulike drivere og dempere av framskrevet aktivitet. Tre av demperne; samhandling, bruk av hotellsenger og effektivisering, beløper seg til ca. 140 000 liggedøgn. Beregningene i denne utviklingsplanen bygger imidlertid på andre forutsetninger enn det som nå er lagt til grunn ved framskrivningene av Nye Oslo universitetssykehus. Utviklingsplanen for Oslo universitetssykehus ble utarbeidet før Helse Sør-Øst RHF i 2018 vedtok å endre forutsetningene for kapasitetsberegning fra «høy» til «middels» (se omtale over).

Helse Sør-Øst RHF opplyser at framskrivningene for Nye Oslo universitetssykehus viser en reduksjon av den fremskrevne aktiviteten i Oslo med 48 000 somatiske liggedøgn som følge av dempere, og ikke 140 000 liggedøgn. Det er i framskrivningene tatt høyde for bedre samhandling, mer oppfølging hjemme, omlegging fra døgn- til dagkirurgi og effektivisering av driften i nye bygg.

Samlet sett, når både drivere og dempere er hensyntatt, planlegges det for et økt antall senger i Oslosykehusene. Helse Sør-Øst RHF har opplyst at Oslo universitetssykehus i dag har 1550 somatiske senger. Dette planlegges økt til 1900 senger i 2035. Innen psykisk helsevern og rusbehandling skal sengetallet øke fra dagens 359 senger til 426 i 2035. Videre er det planlagt arealer for å møte en vekst i den polikliniske aktiviteten på 40 pst.

### *Alternative utviklingsmuligheter*

Prosessen bak utbyggingene ved Oslo universitetssykehus har vært svært omfattende og grundig og har pågått over en rekke år. Saksgrunnlaget kan sies å strekke seg helt tilbake til samlingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007 og opprettelsen av Oslo universitetssykehus i 2008. I korte trekk er følgende utredninger gjennomført;

- *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.
- *Idéfase OUS Campus Oslo - Idéfaserapport versjon 1.0 (2014)*. Her ble det presentert flere alternativer for full samling av all virksomhet enten på Gaustad eller Ullevål, sammen med flere varianter av delt virksomhet mellom Ullevål og Gaustad. Radiumhospitalet og Aker sykehus var forutsatt lagt ned på sikt. Rapporten ble sendt på høring og det ble gjennomført ekstern kvalitetssikring.
- *Idéfaserapport versjon 2.0 (2015)*. En oppdatert versjon etter høring og ekstern kvalitetssikring hvor ulike alternativer ble presentert, inkludert delt løsning mellom Ullevål og Gaustad og full samling på Gaustad. Det ble pekt på at full samling på Gaustad kunne videreutvikles med et eventuelt lokalsykehus utenfor hovedsykehuset. Det ble anbefalt videre utredning av lokalsykehus og at man utredet kretsområdet spesielt.

- *Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2015/2016)* (inkluderer Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling). Alternativet med samling av regionfunksjoner på Gaustad ble anbefalt, sammen med etablering av et eget lokalsykehus (lokalisert på enten Ullevål, Aker eller annet sted). Videre ble krefrområdet utredet spesielt, hvor videreutvikling av Radiumhospitalet ble anbefalt. Det ble gjennomført ekstern kvalitetssikring av rapporten.
- *Konseptfaserapporter (2017 og 2018)*. Her er utbygging av Radiumhospitalet, regional sikkerhetsavdeling, Aker og Rikshospitalet utredet og det er gjennomført eksterne kvalitetssikringer.
- *Tilleggsutredninger (2019)*. Det er gjennomført tilleggsutredninger knyttet til barneverksamhet, fødselshjelp og gynekologi. Videre er det gjort vurdering av Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad. Disse tilleggsutredningene har også gjennomgått ekstern kvalitetssikring.

Som omtalt over ble det gjennomført høring av idéfasen og gjort justeringer basert på høringsinnspill, blant annet fra Oslo kommune. Det ble også gjennomført ekstern kvalitetssikring av idéfasen, hvilket førte til justeringer.

Oslo kommune ga i 2014 følgende tilbakemelding på *Idéfase OUS Campus Oslo - Idéfaserapport versjon 1.0 (2014)*:

«Samlet vurdering: Oslo kommune vil ikke anbefale at alternativet med samling på Ullevål tas med i den videre prosessen.» (Byrådssak 1095/14).

Oslo kommune ga i 2016 følgende tilbakemelding på *Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2015)*:

«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 største positive virkninger for overordnet byutvikling, samtidig som det vil styrke tilgjengeligheten til sykehusstilbudet for Oslos innbyggere.» (Byrådssak sak 1006/16)

Videre kan det pekes på følgende uttalelse fra bystyret i Oslo kommune i 2018:

«Med dette som utgangspunkt støttes målbildet om å realisere Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med protonsentere på Radiumhospitalet.» (Brev fra Oslo kommune 30.10.2018)

Utredningene har fulgt egen veileder for helseforetakene; *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*, og inkluderer som omtalt over ekstern kvalitetssikring av konseptfasene og tilleggsutredningene.

Basert på innspill fra høringer, ekstern kvalitetssikring og fra tillitsvalgte og fagmiljøer ved Oslo universitetssykehus er det gjort en rekke justeringer som har ført til forbedringer i prosjektet:

- Virksomhet for barn, fødselshjelp og kvinnesykdommer er innarbeidet

- Jevnere fordeling av antall fødsler mellom Aker og Rikshospitalet
- Større lokalsykehusfunksjon på Rikshospitalet (understøtte traumevirksomheten)
- Kirurgiske pasienter fordeles slik at traumevirksomheten på Rikshospitalet understøttes
- Flytting av trykktank fra Ullevål til Rikshospitalet i etappe 1
- Flytting av høysmitteisolater fra Ullevål til Aker i etappe 1
- Nye bygg ved Oslo universitetssykehus dimensjonert for økt kapasitet sammenliknet med tidligere (85 % utnyttelsesgrad av senger, som for resten av landet)
- Alle Groruddalsbydelene skal høre til opptaksområdet til Aker
- Psykisk helsevern prioriteres i etappe 1 med overføring av ansvaret for alle Groruddalsbydelene

Det er et meget omfattende planarbeid som ligger til grunn for det valgte alternativet fra 2016. Helseforetakene har generelt ansvar for å organisere spesialisthelsetjenestene som tilbys, men omfattende endringer i sykehusstrukturen eller tjenestetilbudet skal ifølge helseforetakslovens § 30 *Saker av vesentlig betydning* behandles og vedtas av i helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte. Det valgte alternativet ga omfattende endringer i sykehusstrukturen i Oslo og målbildet fra 2016 ble derfor behandlet i et eget foretaksmøte i juni 2016. Representantene opplyser at ifølge veilederen for tidligfaseplanlegging skal jeg som statsråd gjøre vedtak i foretaksmøte ut fra resultatet i konseptvalgutredningen. Dette er ikke riktig. En evt. lånesøknad skal imidlertid være basert på resultatet fra konseptvalgutredningen.

Helseforetakene har utarbeidet en felles veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter. Denne er basert på departementets føringer og krav. I veilederen er det omtalt at de regionale helseforetakene, som en del av styringsdialogen, skal oversende styrebehandlet konseptfase og ekstern kvalitetssikring til departementet. Dette danner grunnlag for lånesøknad, som behandles i Stortinget. Jeg ser også at det i veilederen er opplyst at konseptrapporten danner grunnlag for godkjenning i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 4.1. Sykehusgodkjenningen i tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 4.1 er vedtatt avviklet fra 1. januar 2019, jf. Stortingets behandling av Prop. 83 L (2017-2018). Gjeldende veileder er fra 2017, og må oppdateres i tråd med dette.

Det er framlagt en rapport – Sykehusplaner for Oslo – økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo universitetssykehus (Holte, Jensen Christiansen og Wisnes 2020). Representantene opplyser at det konkluderes i rapporten at alternativet med Ullevål sykehus vil bli 20 mrd. kroner rimeligere og gi en raskere og bedre løsning for pasientene. Rapporten tar utgangspunkt i den tidligere framlagte ideskissen "Parkalternativet". Parkalternativet ble også omtalt å være 20 mrd. kroner rimeligere enn Helse Sør-Øst sine planer for Nye OUS og ble omtalt i mitt svar på Dok 8:186 S (2018-2019):

*«Representantene viser til at en uavhengig gruppe med fagpersoner våren 2019 utarbeidet en rapport med en alternativ idéskisse for videreutvikling av Oslo universitetssykehus. Denne idéskissen peker på at man med en utbygging av Ullevål og Aker vil kunne gi hele*

*Groruddalens befolkning et sykehustilbud på Aker fra 2025. Det pekes videre på at investeringen blir minst 20 mrd. kroner lavere enn ved en realisering av målbildet med bygging på Aker og Gaustad.*

*Fremdriftsplanen i den alternatividéskissen fremstår ikke som realistisk. Oslo kommune ved plan og bygningsetaten er klare på at en slik utbygging på Ullevål fordrer gjennomføring av planprogram og konsekvensutredninger: En prosess som tar 2-3 år. Idéskissen tar ikke høyde for tid til tidligfaseplanlegging, herunder beslutningsprosesser, høringer, regulering av tomt, forberedende tomtearbeider og tid til igangkjøring og testing av ferdige bygg. Også investeringsbesparelsene fremstår som urealistiske. Aker/Gaustad-alternativet innebærer vesentlig mer utbygging og fornyelse av bygg enn idéskissen, til sammen nesten 200 000 m<sup>2</sup>. Idéskissen innebærer at Rikshospitalet skal flyttes til Ullevål når byggene blir utdatert. Denne kostnaden er ikke tatt med i rapportens kostnadsestimater, noe som er en viktig del av forklaringen på at alternativet fremstår som rimeligere i et kortsiktig perspektiv. Den alternative idéskissen sammenligner derfor en mindre utbygging på Ullevål og Aker med summen av hele etappe 1 og etappe 2 for Aker/Gaustad-alternativet. En annen del av forklaringen er at større investeringer overlates til Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus, da idéskissen forutsetter at en større del av kapasiteten i Oslo dekkes av de to private sykehusene enn hva som ligger i Aker/Gaustad alternativet. Den kostnadsøkningen en slik utbygging vil innebære, vil gi behov for økt basistildeling fra Helse Sør-Øst til de private ideelle sykehusene. Dette er det ikke tatt hensyn til i alternativets økonomiske forutsetninger.*

*Sykehuset på Aker skisseres som et mindre somatisk sykehus for fire bydeler på 70 000 m<sup>2</sup>, som er om lag 50 000 m<sup>2</sup> mindre enn det sykehuset som ligger i Aker/Gaustad alternativet. Dette alternativet er også planlagt for fire bydeler. Aker sykehus er med andre ord i den alternative idéskissen tiltenkt langt færre funksjoner enn i Aker/Gaustad-alternativet. Den alternative idéskissen legger til grunn at pasientene som sokner til Aker sykehus skal få mange av helsetjenestene de trenger ved Ullevål sykehus. Dette betyr at idéskissen ikke legger opp til at Aker skal være et storbysykehus for Oslo. Den planlagte samhandlingen med storbylegevakten på Aker vil svekkes, og det samme gjelder forsknings- og undervisningsaktiviteten som Universitetet i Oslo planlegger på Aker. Den alternative idéskissen tar ikke høyde for den oppgaveveksten som overflytting av bydelene fra Groruddalen til Oslo universitetssykehus vil representere ved Ullevål sykehus. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling legger idéskissen til grunn en underkapasitet sammenlignet med de kapasitetsvurderingene som ligger til grunn i Aker/Gaustad alternativet.*

*Det er ikke omtalt i den alternative idéskissen hvordan Aker sykehus skal bemannes når det ikke skal flyttes over funksjoner og dermed kompetanse fra Ullevål sykehus. Rapporten legger opp til at man kan hente ut de samme driftsgevinstene som i Aker/Gaustad-alternativet, uten å samle de spesialiserte funksjoner. Dette innebærer at idéskissen representerer en mer krevende driftssituasjon for Oslo universitetssykehus HF med større effektivisering i driften enn ved Aker/Gaustad-alternativet.*

*Idèskissealternativet er vurdert av Helse Sør-Øst og de har konkludert med at alternativet verken dekker behovene (dvs. målene for prosjektet) vedr. kapasitetsutvidelse eller samling av regionsfunksjoner. Idèskissealternativet innebærer drift på flere lokalisasjoner enn i dag, og man oppnår ikke ønskede faglige synergier eller økonomiske besparelser av å samle regionsfunksjonene. Alternativet vil med andre ord kreve mer ressurser til Oslo sykehusene».*

Den omtalte rapporten – Sykehusplaner for Oslo – har oppdatert Parkalternativet og det er framlagt kostnadsestimat for å flytte Rikshospitalet til Ullevål i perioden 2035 til 2045. Samlet framstår Ullevål/Parkalternativet med en kostnad på 61,2 mrd. kroner fram til 2045, og det hevdes i rapporten at tilsvarende tall for Nye Oslo universitetssykehus er 87,1 mrd. kroner. Når det omtales i rapporten at det oppdaterte Parkalternativet er 20 mrd. kroner rimeligere enn Nye Oslo universitetssykehus, forutsetter dette at Helse Sør-Øst skal investere ytterligere 35 mrd. kroner ved Oslo universitetssykehus i perioden 2037-2045, dvs. etter at Nye Oslo universitetssykehus er ferdig. Dette er ikke en del av eksisterende planer i Helse Sør-Øst og framstår ikke som realistisk. Fase 1 og Fase 2 av nye Oslo universitetssykehus er i rapporten oppgitt å koste 46,1 mrd. kroner. Helse Sør-Øst har opplyst at dette er noe høyere enn hva de estimerer og at det i rapporten er lagt inn tomtekostnader ved Aker to ganger.

Ifølge Helse Sør-Øst er det flere feil i forutsetningene som brukes i rapporten og tallene er ikke sammenlignbare. I rapportens kostnadsoversikter for perioden 2037-2045 oppgis kostnader ved å rehabilitere Rikshospitalet i Helse Sør-Øst sine planer til 25,6 mrd. kroner (inkludert byggelånsrenter). For Parkalternativet er det lagt inn en kostnad på 20,9 mrd. kroner (inkludert byggelånsrenter) for å bygge et helt nytt Rikshospital på Ullevål. Rapporten legger altså til grunn at det vil bli dyrere å rehabilitere det eksisterende Rikshospitalet enn å bygge hele «Rikshospitalet» på nytt på Ullevål. Dette fremstår som urealistisk og lite troverdig. Videre er det for Parkalternativet hensyntatt en salgsgevinst for Rikshospitalet ved flytting til Ullevål, mens det ikke er lagt inn en salgsverdi for Ullevål ved flytting til Rikshospitalet. Dette er noen eksempler på hvordan det oppstår forskjeller i milliardklassen, og at det ikke er sammenlignbare forutsetninger og modeller

Når det i rapporten omtales: "*hva betyr differansen i investeringskostnad mellom Nye Ous og Parksykehuset for muligheten til å tilby sykehustjenester til pasienten*", så er det ikke det planlagte Nye Oslo universitetssykehus rapporten sammenligner sitt alternativ med, men fase 1 og 2 av Nye Aker og Nye Rikshospitalet pluss investeringer på 35 mrd. kroner. Framtidige driftskostnader framstår derfor i rapporten med urealistiske og feil tallstørrelser. Som et eksempel på dette har forfatterne bak rapporten benyttet Oslo universitetssykehus' tall fra økonomisk langtidsplan i perioden 2019 til 2035, men lagt til grunn sine egne estimater i 2045. Her er lønnskostnadene til Oslo universitetssykehus redusert med ca. 1,7 mrd. kroner. Dette benytter de videre i rapporten til å hevde at lønnskostnadene som pst. av driftsinntektene vil falle vesentlig og medføre en nedbemanning på 13 pst. hvis Nye OUS realiseres. Dette vil ikke være tilfelle og fremkommer ikke av Oslo universitetssykehus sine egne planer.



Et annet eksempel er at det i Parkalternativet er lagt inn forbedring i driftsresultat ved at posten "andre driftskostnader" er redusert og det er lagt inn 6,8 mrd. kroner i 2045. Tilsvarende tall er 9,6 mrd. kroner i alternativet Nye OUS. Hovedtyngden av "andre driftskostnader" består av varekostnader (medisiner), kjøp av helsetjenester, IKT-kostnader og pasientreiser. Dette er kostnader som er knyttet opp mot aktiviteten i sykehusene og ikke vil påvirkes av ulike sykehusalternativer. Helse Sør-Øst mener at Parkalternativets oppgitte nivå for andre driftskostnader innebærer urealistiske forutsetninger om effektivisering.

Tallene og analysene som fremkommer i rapporten er ikke dokumentert og fremstår urealistiske. De kan dermed ikke sammenlignes med dokumentasjonsgrunnlaget for Nye Oslo universitetssykehus, som har vært gjenstand for en grundig utredningsprosess, ekstern kvalitetssikring og gjentatte styrebehandlinger både i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst. Etter min vurdering gir dessverre fremstillingen i rapporten «Sykehusplaner for Oslo», både ved sammenlikningen av investeringsnivå og resultatutvikling, et misvisende bilde av prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet og den økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus. Jeg finner det heller ikke dokumentert at Parkalternativet vil være raskere, billigere eller bedre for pasienten som forfatterne av rapporten hevder. Parkalternativet planlegger Aker sykehus som et mindre sykehus med færre senger hvor pasientene som sokner til sykehuset må få mange av helsetjenestene de trenger ved Ullevål sykehus. Alternativet planlegger videre for at samlingen av lands- og regionfunksjoner først skjer i 2045, noe som betyr at en ikke vil få realisert gevinstene ved en samling av regions- og landsfunksjoner før i 2045. Samling av funksjoner er som kjent ett av hovedformålene i planene for Nye Oslo universitetssykehus. I de foreliggende planene for Nye Oslo universitetssykehus vil denne samlingen være gjennomført i 2030-31. Disse gevinstene er et av de bærende elementene som bidrar til prosjektets økonomiske bæreevne.

Når det gjelder smittevern og planer for Nye Oslo universitetssykehus er det utarbeidet en foreløpig rapport om erfaringer fra Covid-19-pandemien. Rapporten peker på at det må være et tilstrekkelig antall kontaktsmitteisolater, at ventilasjonen må ha kapasitet og kunne styres på en måte som legger til rette for isolering, samt at det må være mulighet for utvidelse av akuttmottak og intensivområder. Mange av de foreslåtte tiltakene inngår allerede i planene for de nye sykehusbyggene. Når godt smittevern er innarbeidet i arealbruk ved ordinær driftssituasjon, og man samtidig legger inn en elastisitet for rokade ved spesielle hendelser, vil byggene være bedre rustet til å håndtere spesielle situasjoner med økt pasienttilstrømning. Ekstreme hendelser som medfører en midlertidig omlegging til annen prioritert virksomhet, kan da håndteres mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt enn erfaringen er med eldre bygningsmasse under Covid-19-pandemien. I denne sammenheng kan det være hensiktsmessig med sengeposter med rom hvor det er plass til mer enn én seng, som kan gi midlertidig økt kapasitet og mulighet for kohortisolering.

De vedtatte planene for Nye Oslo universitetssykehus er beredskapsmessig gode med to store akutt sykehus i Oslo. Det betyr at akuttmottaket ved Nye Aker kan være reserveløsning for akuttmottaket ved Nye Rikshospitalet og vise versa ved eventuelle hendelser som setter

akuttmottaket ved et av sykehusene ut av spill. I dag finnes ikke to slike komplette akuttmottak i Oslo.

Helse Sør-Øst har ansvar for å sikre innbyggerne et godt spesialisthelsetjenestetilbud. Dette har de nå planlagt for i en årrekke. Planene er utredet, vurdert og styrebehandlet i flere omganger og det er brukt betydelige ressurser. Jeg vil også vise til at det har vært dialog med Oslo kommune i planarbeidet for videreutvikling av Oslo universitetssykehus, og Oslo kommune har i flere runder støttet den vedtatte utbyggingsmodellen. Ytterligere utredninger vil gi utsettelse, skape usikkerhet og økte kostnader. Kostnader som vil gå på bekostning av pasientrettet drift.

Nye utredninger vil innebære at hele sykehusstrukturen for Oslo må gjennomgås på nytt og det vil gi så store utsettelse at det ikke kan forsvares. Oslo universitetssykehus har i dag noen av de dårligste sykehusbyggene i landet. Det er på tide at vi kommer i gang med byggingen av nye.

Med hilsen



Bent Høie