



STORTINGET

Innst. 319 S

(2020–2021)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:72 S (2020–2021)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Jan Böhler, 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 sykehus tilbud med nok kapasitet

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes 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 snarest 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.»

Det vises til dokumentet for nærmere redegjørelse for forslagene.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth, Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Ellen Eriksen og Kari Kjønnaas Kjos, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslagene i Dokument 8:72 S (2020–2021) om å utvikle Ullevål sykehus og sikre innbyggere i Oslo gode sykehus tilbud med nok kapasitet. Statsråd Bent Høie har uttalt seg om forslagene i brev til komiteen av 21. januar 2021. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen. Det har vært avholdt skriftlig høring om saken, og komiteen har mottatt 32 innspill.

Komiteen påpeker at flere av forholdene som representantene tar opp, er behandlet i en rekke tidligere representantforslag:

- Dokument 8:8 S (2018–2019) om trygge sykehus foran dyre prestisjeprosjekter, jf. Innst. 247 S (2018–2019)
- Dokument 8:186 S (2018–2019) om å stoppe nedleggelsen av Ullevål sykehus og sikre at sykehusbyggingen i Oslo ikke går på bekostning av sykehusbudet i resten av landet, jf. Innst. 78 S (2019–2020)

- Dokument 8:72 S (2019–2020) om å respektere lokaldemokratiet og utrede fortsatt sykehusdrift på Ullevål i tråd med Oslo bystyres vilje, jf. Innst. 268 S (2019–2020)
- Dokument 8:147 S (2019–2020) om en ny politikk for finansiering og dimensjonering av offentlige sykehus, jf. Innst. 205 S (2020–2021).

Med bakgrunn i dette vil komiteen vise til tidligere innstillinger i disse sakene.

Komiteen viser til at Oslo kommune har vokst med 200 000 innbyggere de siste 20 årene, og prognosene viser fortsatt stabil vekst. De neste 20 årene vil antall innbyggere over 80 år doble seg. Dagens sykehustilbud i Oslo universitetssykehus (OUS) sitt opptaksområde er innrettet for en langt mindre og langt friskere befolkning. I tillegg er deler av bygningsmassen i OUS utdatert. OUS har også ansvar for nasjonale funksjoner og leverer spesialiserte helsetjenester til hele landet.

Komiteen mener derfor det er helt nødvendig at det planlegges for å bruke store summer på nye sykehusbygg i Oslo.

Komiteen viser til at det er nødvendig at det sikres store nok arealer og kapasitet i spesialisthelsetjenesten, ikke bare for framtidens pasienter i en by som stadig vokser, men også for utdanning av framtidens leger, sykepleiere og annet helt nødvendig fagpersonell, og med plass og mennesker til å sikre god forskningsinnsats innen en lang rekke medisinske fagfelt.

Komiteen forventer at planene om nye sykehusbygg må ivareta oppdaterte krav til smittevernplaner for håndtering av pandemier, naturkatastrofer, ulykker og terrorangrep, og at ansvarlige fagmiljø og tillitsvalgte involveres tilstrekkelig i videre prosess.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at et av målene med omorganiseringen av sykehusene i Oslo er en samling av spesialiserte, regionale og nasjonale funksjoner, for bedre samhandling og kvalitet på behandlingen og bedre grunnlag for forskning og innovasjon. Nye Oslo universitetssykehus inkluderer bygging av nye universitetsarealer både på Aker og Gaustad.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti slutter seg ikke til de foreliggende planene for utbyggingen av Nye Oslo universitetssykehus. Disse medlemmer mener Oslo universitetssykehus heller bør utvikles i en sykehusstruktur der Radiumhospitalet opprettholdes som spesialisert kreftsykehus, Ullevål sykehus bygges ut som stort akuttsykehus med traumesenter, Aker sykehus blir nytt lokalsykehus for hele Groruddalen, Rikshospitalet opprettholdes uforandret for lands- og regions-

funksjoner, og der man i senere faser samler regionsfunksjonene på Ullevål.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at de nye sykehusplanene i Oslo er omstridte i fagmiljøene, blant Oslo-innbyggere og blant politiske partier på Stortinget og i Oslo bystyre. Disse medlemmer viser til at det i statsbudsjettet for 2020 ble bevilget 30 mrd. kroner i lånegaranti til Helse Sør-Øst for utbyggingsplanene på Gaustad og Aker. De nye sykehusbyggene vil utgjøre Norges største landbaserte byggeprosjekt.

Disse medlemmer mener at dersom man skal lykkes med å ivareta Oslos innbyggers behov for sykehustjenester, vil det være en fordel at et bredt politisk flertall støtter løsningen som blir valgt. Slik saken står nå, ser disse medlemmer ikke at en slik ambisjon lar seg realisere. Motstanden mot etablering av et nytt sykehus på Gaustad øker, og argumentene for å heller utvide kapasiteten på eksisterende Ullevål sykehus blir flere. Også Oslos lokalpolitikere har vært tydelige på dette.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener den store motstanden fra fagfolk og ansattorganisasjoner, samt den svake lokalpolitiske forankringen av prosjektet, talar for å skrinlegge planene om å legge ned Ullevål sykehus.

Disse medlemmer viser til dokumentene Dokument 8:83 S (2014–2015) Representantforslag om å stoppe planene for et storsykehus på Gaustad og å utvikle lokalsykehustilbudet i Oslo universitetssykehus, Dokument 8:8 S (2018–2019) Representantforslag om trygge sykehus foran dyre prestisjeprosjekter, 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 sykehustilbudet i resten av landet og Dokument 8:72 S (2019–2020) Representantforslag om å respektere lokaldemokratiet og utrede fortsatt sykehusdrift på Ullevål i tråd med Oslo bystyres vilje.

Disse medlemmer konstaterer at kritikken som reises mot byggeplanene ved Oslo universitetssykehus i disse dokumentene, i all hovedsak er gyldig fremdeles i dag. Kort oppsummert handler kritikken om at byggeplanene har fått kraftig kritikk fra samtlige ansattorganisasjoner ved sykehuset, samt fra sentrale fagmiljøer, ettersom planene innebærer å splitte opp det komplette akuttmedisinske miljøet på Ullevål og flytte det til henholdsvis Gaustad og Aker. Videre handler kritikken om at planene innebærer en unødvendig kostbar utbygging, med stor risiko for at man enten må kutte i pasienttilbudet i Oslo, eller utsette og kutte i planlagte sykehus-

bygg i andre deler av Helse Sør-Øst. Til slutt handler kritikken om at det er stor risiko for at utbyggingen ikke lar seg gjennomføre uten å bygge for høyt, med for stort fotavtrykk eller for tett på verdifulle naturområder eller verneverdige kulturminner.

Disse medlemmer merker seg av statsrådets brev at han hevder det herværende representantforslaget bringer få nye momenter inn i diskusjonen om OUS. Disse medlemmer vil derfor minne om at Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune i juni 2020 ikke ville anbefale Helse Sør-Østs reguleringsplan. Helse Sør-Øst arbeider på den bakgrunnen med store endringer i både sykehusstruktur og driftsmodell, sammenlignet med det Stortinget fikk presentert da lånerammen til prosjektet ble lagt frem i statsbudsjettet for 2020 (Prop. 1 S (2019–2020)). Resultatet er at prosjektet, slik planene ser ut for øyeblikket, ikke innfrir det som er blitt definert som de prosjektutløsende faktorene: Behovet for å utvide kapasiteten for sykehusbehandling i Oslo og ønsket fra foretakene og statsråden om å samle regionale og nasjonale funksjoner. I tillegg til helsefaglige konsekvenser ventes dette å få store økonomiske konsekvenser for prosjektet. Disse medlemmer viser til at det «nye momentet» i diskusjonen dermed er at det nå er en håndfast og overhengende fare for at det vedtatte prosjektet ikke er mulig å gjennomføre. Disse medlemmer merker seg at statsråden i sitt svarbrev unnlater å kommentere de store, uløste problemene i regulerings-saken.

Disse medlemmer viser til at Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har fremmet et håndfast forslag for Stortinget om en alternativ sykehusstruktur i Oslo (jf. Dokument 8:186 S (2018–2019)). Denne sykehusstrukturen innebærer at Rikshospitalet fortsetter som høyspesialisert elektivt sykehus for hele landet, akutt- og traumemiljøet ved Ullevål sykehus bevares som et samlet fagmiljø og Aker sykehus utvikles som et lokalsykehus for hele Groruddalen. Disse medlemmer understreker for øvrig at Gaustad sykehus må bevares som psykiatrisk sykehus.

Disse medlemmer viser til rapporten «Konkretisering av fagfordeling mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet» (12. oktober 2020), hvor det kommer frem at en lang rekke regionale og nasjonale funksjoner for øyeblikket planlegges lagt til Aker sykehus. Disse medlemmer kan ikke skjønne annet enn at dette er i direkte motstrid med statsrådets såkalte «mål-bilde» fra 2016 om «et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad». Disse medlemmer påpeker at det nettopp er statsrådets «mål-bilde» som har satt en effektiv stopper – både hos statsråden og i Helse Sør-Øst – for å diskutere alternative modeller for sykehusstruktur og -lokalisering i Oslo. Dette til tross for at det blir stadig mer åpenbart at tom-

tene på Gaustad og Aker ikke er store nok til å huse aktiviteten i Oslo universitetssykehus.

Disse medlemmer vil, som et annet «nytt moment», trekke frem at Norge våren 2020 ble truffet av koronaviruspandemien. Disse medlemmer viser til statsrådets henvisning til Helse Sør-Østs foreløpige rapport, som vektlegger behovet for «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». Disse medlemmer registrerer at spesialisthelsetjenestens største begrensning i møte med pandemien var mangel på kapasitet. Det var fare for at sykehusene ikke ville ha nok intensivkapasitet til å behandle de som ble alvorlig syke, i tilfelle stor smittespredning. For å gjøre sykehusene i stand til å håndtere alvorlig syke covid-pasienter måtte et stort antall planlagte behandlinger utsettes eller avlyses. Disse medlemmer ser derfor med stor bekymring på at det planlegges et sykehus med vesentlig mindre sengekapasitet per innbygger enn i dag. Disse medlemmer merker seg for øvrig at assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad har uttalt følgende om hvilke lærdommer som bør diskuteres etter pandemien (NRK, 28. mars 2020):

«Kanskje må vi ha systemer med sykehus med mer plass, ikke bygge svære høye tårn, men på en måte ha mer smittevern hensyn inn i måten vi bygger sykehus på.»

Disse medlemmer merker seg at tilhengere av Helse Sør-Østs planer om Nye Oslo universitetssykehus ofte advarer mot at en alternativ sykehusstruktur kan føre til spesialistmangel i andre deler av landet. Disse medlemmer merker seg at statsråden har hevdet at det er mulig å redusere bemanningen ved Oslo universitetssykehus med 600 årsverk ved en samlokalisering, ettersom enkelte funksjoner i dag finnes både på Rikshospitalet og Ullevål sykehus (Stortingets spørretime, 13. mars 2019). Disse medlemmer vil minne om at den totale arbeidsmengden for de ansatte ikke blir mindre av at de ansatte jobber på ett sted, snarere enn to steder. Slik disse medlemmer oppfatter tilbakemeldingene fra tillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus, er det en stor arbeidsbelastning på de ansatte ved begge sykehusene, og det er derfor ingen grunn til å tro at et stort antall ansatte vil bli overflødige fordi enkelte funksjoner samles. Disse medlemmer påpeker at heller ikke Legeforeningen ser noe stort potensial for å redusere personell ved samlokalisering. Disse medlemmer forstår statsrådets resonnement dithen at flere sykehusbygninger nærmest automatisk fører til en økning i overflødig bemanning. Da er det etter disse medlemmers syn underlig at Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus i ulike sammenhenger har uttrykt at det

på mellomlang sikt er behov for et nytt sykehus i Oslo, uten at dette har utløst tilsvarende innvendinger fra statsråden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at det er omfattende utredninger som ligger bak planene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Strukturen for Nye Oslo universitetssykehus ble fastsatt i foretaksmøte i juni 2016, og var i samsvar med Oslo kommunes ønsker om videreutvikling av sykehuset. De vedtatte planene for Nye Oslo universitetssykehus er beredskapsmessig gode med to store akutt sykehus.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at ny struktur også innebærer at de private ideelle sykehuses rolle skal styrkes, og at det vil bli fire sykehus med lokalsykehusfunksjoner, mot dagens tre.

Salg av Ullevål og riving av eksisterende bygningsmasse

Komiteen vil påpeke at et salg av eiendommene tilknyttet Ullevål sykehus først vil 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. Et slikt salg må eventuelt godkjennes i et foretaksmøte. Det vises i denne sammenheng til helseforetaksloven § 31 Salg av foretakets faste eiendommer mv.

Komiteen vil påpeke at det ikke er planlagt riving 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.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at sykehustomta på Ullevål er stor og fleksibel, og har rom for utbygging uten å forstyrre dagens sykehusdrift. Disse medlemmer registrerer at ledelsen i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst i ulike sammenhenger bekrefter at det på mellomlang sikt er nødvendig å etablere et nytt lokalsykehus i Oslo. Disse medlemmer mener det er særdeles uklokt å selge en velegnet sykehustomt, for så å måtte kjøpe en ny sykehustomt om bare få år. Disse medlemmer registrerer for øvrig at denne saken synliggjør hvordan helseforetaksmodellen gjør potensielle inntekter fra eiendomssalg til en viktig faktor i spørsmålet om hvordan fremtidens spesialisthelsetjenester skal organiseres. Det er etter disse medlemmers syn svært uheldig.

Disse medlemmer registrerer at det den senere tiden har kommet frem at en rekke funksjoner ikke får plass i første etappe av utbyggingen på Gaustad og Aker. Disse medlemmer viser til at man på grunn av plassmangel planlegger å legge laboratoriearealene i Livsvitenskapsbygget til Universitetet i Oslo, at Reproduksjonsmedisinsk avdeling og flere andre funksjoner skal legges til Veterinærhøgskolen på Adamstuen, og at flere funksjoner blir liggende på Ullevål frem til andre etappe. Disse medlemmer viser til at det i etterkant av lånesøknaden er beskrevet behov for å innplassere flere funksjoner som ikke var omtalt i konseptfasereporteringen, og som i liten grad er innarbeidet i areal- og økonomiplanene. Disse medlemmer merker seg at det er stor usikkerhet om hvorvidt disse funksjonene får plass i første etappe av utbyggingen. Disse medlemmer påpeker at en eventuell andreetappe verken er konkretisert eller finansiert, og at den i alle tilfeller ligger mange år frem i tid. Disse medlemmer frykter at en mulig konsekvens av denne usikkerheten er at Grovuddalen likevel ikke får plass i Nye Aker sykehus. Ettersom så mye av virksomheten til Oslo universitetssykehus ikke får plass i de foreliggende planene, og er skjøvet frem til en uvis andreetappe, bør man verken rive fungerende bygninger eller selge deler av tomtearealet på Ullevål før denne andreetappen er regulert og utredet i forprosjekt.

Disse medlemmer mener i alle tilfeller at et salg av hele eller deler av Ullevål-tomta er et irreversibelt grep som kan gjøre stor skade dersom man finner ut at det er behov for eiendommen i den fremtidige sykehusstrukturen i Oslo – særlig i lys av at det er påvist stor risiko for at planene ikke lar seg gjennomføre. Disse medlemmer kan ikke se at helse- og omsorgsministerens påstander om at salg og rivning ikke vil påbegynnes før reguleringssaken er avklart, står i veien for at Stortinget fatter et forpliktende vedtak om det samme.

Disse medlemmer vil understreke at Ullevål sykehus bør forbli en del av Oslos sykehusstruktur i all overskuelig fremtid. Følgelig bør man etter disse medlemmers syn ikke igangsette tomtsalg eller riving av funksjonell bygningsmasse på sykehustomta overhodet – verken nå eller på noe senere tidspunkt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er stor fare for å gjøre irreversibel skade på Oslos sykehusstilbud dersom man setter i gang slike tiltak uten å være helt sikker på at det er mulig å gjennomføre den utbyggingen som planlegges av Helse Sør-Øst. Disse medlemmer mener denne risikoen bør bekymre Stortinget, uavhengig av hva man mener om Ullevål sykehus' plass i Oslos fremtidige sykehusstruktur.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen ikke tillate salg av sykehusomta på Ullevål, og avvente en eventuell salgsbeslutning til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus.»

«Stortinget ber regjeringen ikke tillate riving av funksjonell bygningsmasse ved Oslo universitetssykehus, og avvente eventuelle riveplaner til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehusstilbud ved Aker sykehus.»

Aker sykehus

Komiteen understreker at Aker sykehus skal utvikles som et fullverdig sykehus for befolkningen i hele Groruddalen, i tillegg til enkelte bydeler i Oslo for øvrig.

Komiteen mener alle bydelene i Groruddalen må få Aker som sitt lokalsykehus, og at pasientene i bydelene Alna, Stovner, Grorud og Bjerke må overføres fra Ahus så tidlig som mulig.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at Aker sykehus snarest blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen.»

Komiteen viser til at Oslo kommune er i gang med å bygge en ny og moderne legevakt på Aker. Komiteen mener at en utbygging av et nytt sykehus på Aker ikke under noen omstendigheter må utsettes.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og Kristelig Folkeparti, er tilfreds med at Aker sykehus planlegges som et stort akuttsykehus for hele Groruddalen, med storbylegevakt, akuttmedisin og fødetilbud og andre spesialfunksjoner, deriblant nyfødt-intensivavdeling. Groruddalsbydelene vil få Aker som sitt lokalsykehus, og pasientene hentes tilbake fra Akershus universitetssykehus, som vil få frigjort tiltrengt kapasitet for eget opptaksområde. Dette understreker betydningen av å komme i gang raskt med å bygge nye Aker sykehus.

Komiteen vil understreke behovet for sengeplasser innen psykisk helsevern i Oslo. Komiteen vil derfor be om at utbyggingen av rus- og psykiatritilbudet på Aker prioriteres i første byggetrinn.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at psykisk helsevern og rusbehandling i dag er spredt på mange lokaliteter. Ved å samle mye av tilbudet på Aker vil OUS kunne tilby bedre og mer effektiv behandling for disse pasientene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Venstre og Kristelig Folkeparti viser til at utbyggingen på Aker er en del av den helhetlige planen for Nye Oslo universitetssykehus. Denne inkluderer også Nye Rikshospitalet, Nye Radiumhospitalet med nytt klinikkbygg og protonterapibygg, OUS i Livsvitenskapsbygget, storbylegevakten og ny regional sikkerhetsavdeling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti opplyser om at det i planene til Helse Sør-Øst er stor usikkerhet knyttet til om og når Groruddalen får Aker sykehus som lokalsykehus. Disse medlemmer viser til at flere høringsinstanser uttrykker bekymring for dette, deriblant LO i Oslo og Fagforbundet Sykehus og Helse, Oslo.

Disse medlemmer viser til at det med de foreliggende planene ikke legges opp til en kapasitetsøkning sammenlignet med befolkningsutviklingen og økt opptaksområde. Disse medlemmer viser til at samling av rusbehandling og psykisk helsevern på Aker ikke får tilslutning fra tillitsvalgte fra Psykologforeningen, Sykepleierforbundet og Legeforeningen ved Klinikk psykisk helse og avhengighet i foretaket.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti minner om at da Oslo universitetssykehus først foreslo å bygge sykehus på Aker, var hensikten ikke at dette skulle være et lokalsykehus for Groruddalen, men et sykehus som i all hovedsak skulle overta oppgavene til dagens Ullevål sykehus. Disse medlemmer registrerer at prosjektet fortsatt bærer preg av dette, på tross av at foretakene etter en politisk prosess har justert planene med sikte på at hele Groruddalens befolkning tidligst i 2035 skal tilhøre Aker sykehus.

Disse medlemmer viser til at da Aker sykehus ble vedtatt nedlagt, ble det gitt et løfte om at befolkningen som sognet til sykehuset, skulle få sitt behov for sykehus tjenester dekket ved Ahus. Siden den gang har det vært et stort politisk engasjement for å bevare Aker sykehus som lokalsykehus for Groruddalens befolkning. Disse medlemmer merker seg at nettopp det politiske engasjementet ble brukt som begrunnelse da Oslo universitetssykehus først foreslo å kombinere byggeplanene på Gaustad i kombinasjon med et nytt sykehus på Aker. Disse medlemmer vil imidlertid understreke at Aker i de opprinnelige planene ikke skulle bli et lokal-

sykehus for Groruddalens befolkning, men et sykehus som i stor grad skulle overta oppgavene til dagens Ullevål sykehus. Disse medlemmer påpeker at kampen for Aker alltid har handlet om at Groruddalens befolkning skal ha et lokalsykehus i sitt nærområde.

Disse medlemmer mener denne kampen ikke har handlet om at det må ligge et sykehus på akkurat denne tomten, men at dette sykehuset like gjerne kan betjene andre deler av byens befolkning. Disse medlemmer merker seg at planene, som følge av politisk press, i økende grad er tilpasset et mål om at Groruddalens befolkning skal ha Aker sykehus som lokalsykehus. Disse medlemmer registrerer imidlertid at innbyggerne i bydelene Grorud og Stovner ikke vil få somatiske helsetjenester ved Aker sykehus før etter enn eventuell andreetappe som er beregnet å være ferdigstilt på midten av 2030-tallet. Disse medlemmer minner om at en slik andreetappe verken er konkretisert eller finansiert, og uansett ligger langt frem i tid.

Disse medlemmer merker seg at statsråden i sitt svarbrev hevder at befolkningen i bydelene Stovner og Grorud ikke kan overføres fra Ahus til Aker sykehus etter første etappe, fordi man da «ville ha ledig kapasitet ved et av Norges nyeste sykehus». Disse medlemmer deler ikke statsrådens bekymring for at kapasiteten til Ahus blir avlastet vesentlig allerede etter første etappe. Disse medlemmer viser til at Ahus ble dimensjonert for et opptaksområde på 340 000 innbyggere, men i dag betjener et opptaksområde på mer enn 500 000 innbyggere. Disse medlemmer registrerer at Akershus i en årrekke har vært Norges raskest voksende fylke. Disse medlemmer viser til at allerede i dag får rundt 40 pst. av pasientene som hører til Ahus, sin behandling ved andre sykehus. Disse medlemmer viser til at Ahus har gjestepasientutgifter på én mrd. kroner årlig. Disse medlemmer viser til at Ahus har en avtale om at en stor del av akuttpatientene som hører til sykehuset, skal få sin behandling ved Diakonhjemmet sykehus.

Disse medlemmer viser til at innbyggerne i bydelene Grorud og Stovner skal overføres til OUS når det gjelder psykisk helsevern og rusbehandling, etter første etappe. Disse medlemmer mener det er bekymringsfullt at en stor del av Groruddalens befolkning i flere år kommer til å ha ulik sykehustilhørighet enten det gjelder somatisk eller psykisk helse. Disse medlemmer peker blant annet på at det er utfordrende for samhandlingen med bydelene, og ikke minst utfordrende for innbyggerne, å måtte ha ulik sykehustilhørighet i mange år.

Aktivitet

Komiteen viser til framskrivningsmodellen for de regionale helseforetakene, der behovet for sykehus-tjenester framskrives gjennom en kombinasjon av be-

folkningsframskrivninger, aktivitetsdata ved sykehusene og ulike endringsfaktorer.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at det er gjennomført framskrivninger og kapasitetsvurderinger i konseptfasen hvor det er hensyntatt at Helse Sør-Øst i 2018 vedtok å redusere beleggsprosenten fra 90 pst. til 85 pst. Denne endringen ga økte sengebehov i planene. Både areal og kostnader i prosjektet økte som følge av dette. Det er også planlagt for en fase 2 av videreutviklingen. Nye kapasitetsvurderinger og framskrivninger vil gjennomføres med nye oppdaterte prognoser når konseptrapport for etappe 2 utarbeides. De private ideelle sykehusene forutsettes også å øke sin kapasitet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, er kjent med Helse Sør-Øst RHF's opplysninger om at Oslo universitetssykehus i dag har 1 550 somatiske senger. Dette planlegges økt til 1 900 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.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det viktigste for planlegging og dimensjonering av nye sykehusbygger at beregningene gjøres ut ifra forventet demografisk og epidemiologisk utvikling. Samtidig kan man ikke se fullstendig bort fra de endringer i behandlingsmetoder, effektivisering og ny teknologi som både finnes og som kommer i tiden fremover. Når kapasitetsbehovet er ferdig kartlagt, må resten av planleggingen og utbyggingen være i tråd med det utredede behovet.

Disse medlemmer viser til erfaringer med tidligere bygging av sykehus, som har vist at der man nedskalere bygget underveis i prosessen, får man korridor-pasienter fra dag én etter at sykehuset er tatt i bruk. Dette viser viktigheten av at beregningsgrunnlaget er det styrende gjennom hele prosessen.

Disse medlemmer viser til Innst. 205 S (2020–2021) jf. Dokument 8:147 S (2019–2020) og følgende forslag fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag til ny finansieringsmodell for sykehus, der investering og drift skilles, og der store sykehusinvesteringer prioriteres av Stortinget og fullfinansieres over statsbudsjettet.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser også til at Fremskrittspartiet i samme sak fremmet forslag for å sikre at sykehusprosjekter bygges etter reelle kapasitetsbehov og ikke nedskaleres for å overholde en politisk tenkt kostnadsramme.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at Oslo og det sentrale Østlandsområdet forventer en sterk vekst i årene som kommer, og økt behov for sykehuskapasitet. Flertallet er derfor bekymret for at byggeprosjektet innebærer en reell reduksjon av sengekapasiteten ut fra innbyggertallet.

Flertallet viser til statsrådens svarbrev, der han skriver at det samlet sett planlegges for et økt antall senger i Oslo universitetssykehus:

«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.»

Flertallet påpeker at sengebehovet ved OUS er avhengig av både behovet for lokale, regionale og nasjonale funksjoner. Flertallet registrerer at Oslo universitetssykehus per 2015 hadde et opptaksområde på 220 000 innbyggere for lokalsykehusfunksjonen (Meld. St. 11 (2015–2016)). Flertallet merker seg at Oslo universitetssykehus ifølge sin utviklingsplan skal ha et opptaksområde på rundt 470 000 innbyggere i 2035. Flertallet merker seg at Helse Sør-Øst i sin regionale utviklingsplan har beregnet at den demografiske utviklingen innebærer en økning på 41 prosent i behovet for liggedøgn i regionens sykehus i 2035. Flertallet merker seg at foretaket, basert på optimistiske antagelser om økt effektivisering og oppgaveoverføring til kommunene, likevel bare planlegger med at behovet vil øke med 16 pst.

Flertallet viser til Oslo universitetssykehus' utviklingsplan 2035, der det fremkommer at foretaket planlegger en reduksjon i somatiske liggedøgn på 48 000 ved økt oppgaveoverføring til kommune, 49 000 ved økt bruk av hotell og 46 000 ved økt effektivisering. Flertallet konstaterer at dette til sammen utgjør en reduksjon på mer enn 140 000 somatiske liggedøgn. Flertallet viser til at statsråden i sitt svarbrev skriver at beregningene i utviklingsplanen bygger på «andre forutsetninger enn det som nå er lagt til grunn ved framskrivningene av Nye Oslo universitetssykehus», som føl-

ge av at Helse Sør-Øst RHF i 2018 har vedtatt å endre forutsetningene for kapasitetsberegning fra «høy» til «mid-dels». Ifølge statsråden opplyser Helse Sør-Øst at reduksjonen av den fremskrevne aktiviteten nå er beregnet til 48 000 somatiske liggedøgn.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at statsråden dermed skriver at opplysningene i den gjeldende utviklingsplanen for Oslo universitetssykehus ikke er til å stole på. Disse medlemmer mener på generelt grunnlag det er betegnende for sykehuspolitikken at tall, definisjoner og fakta stadig forandrer seg underveis i planleggingsprosesser, uten at forutsetningene for slike endringer blir tydelig kommunisert offentlig. Ifølge disse medlemmer er det talende for det store demokratiske underskuddet i styringen av sykehussektoren. Disse medlemmer merker seg likevel at statsråden bekrefter at OUS planlegger en reduksjon på 48 000 somatiske liggedøgn årlig. Disse medlemmer kan ikke se at statsråden peker på at det er planlagt kapasitetsutvidelse i byggeplanene som følge av at man nå likevel ikke planlegger en mindre reduksjon i døgnkapasiteten sammenlignet med i utviklingsplanen.

Disse medlemmer merker seg at helse- og omsorgsministeren, i likhet med direktører i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst, forsvarer den planlagte dimensjoneringen med at den skjer i tråd med den nasjonale framskrivningsmodellen for sykehus. Disse medlemmer minner om at kritikken mot framskrivningsmodellen går ut på at helseforetakene kan legge inn forventninger om effektivisering, uavhengig av hvor realistisk det er å gjennomføre denne effektiviseringen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, minner om at nettopp manglende dokumentasjon og realisme var bakgrunnen for at Legeforeningen kritiserte OUS' antagelse om å redusere døgnaktiviteten tilsvarende 140 000 somatiske liggedøgn. Flertallet kan ikke se av statsrådens svarbrev at forventningene om økt effektivisering og økt oppgaveoverføring er bedre dokumentert nå, selv om reduksjonen er beregnet til 48 000 somatiske liggedøgn i året.

Flertallet viser til «Kvalitetssikring av kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker, Oslo universitetssykehus HF», der det kommer frem at det planlegges for en reduksjon på 25 pst. i døgnbehandlingen innen rus og psykiatri på grunn av effektivisering og oppgaveoverføring til kommunen. Flertallet viser til hørings svar fra Psykologforeningen, hvor det fremkommer at det i det

økte sengetallet statsråden viser til, følger med pasienter ettersom også opptaksområdet øker.

Flertallet vil særlig påpeke at det er problematisk at planene for sengekapasitet innen psykisk helsevern og rusbehandling innebærer en reell reduksjon i forhold til folketallet. Flertallet viser til at Klinikk for psykisk helse og avhengighet skulle spare inn 89 årsverk i 2020 som følge av et effektiviseringskrav for å finansiere utbyggingen. Dette kuttet rammer først og fremst døgntilbudet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti minner om at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti over lengre tid har advart mot at trenden med stadig nedbygging av døgnkapasitet i psykiatrien har gått for langt (jf. Innst. 200 S (2018–2019) og Dokument 8:60 S (2018–2019)). Disse medlemmer viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)) varslet en kartlegging av behovet for psykiatriske helsetjenester, samtidig som regjeringen ikke ville forplikte seg til at nedbyggingen av sengekapasitet ikke fortsetter mens kartleggingen pågår.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til Stortingets vedtak fattet i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:130 S (2019–2020), jf. Innst. 243 S (2020–2021):

«Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti anser dermed at planene om en reell reduksjon i døgnkapasiteten i psykiatrien i Oslo er i strid med Stortingets vilje. Disse medlemmer merker seg for øvrig at planene innebærer å plassere psykiatritilbudet syd på Aker-tomta, tett på et av Norges mest trafikkerte veikryss. Disse medlemmer merker seg at både Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Psykologforeningen er kritiske til denne plasseringen, og peker på at den er særlig uheldig for psykiatriske pasienter på grunn av støy og manglende rekreasjonsmuligheter. Disse medlemmer merker seg at ulempen ved støy og manglende plass på denne tomta, ifølge disse organisasjonene, ikke oppveies av den eventuelle gevinsten ved å legge hele tilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tett inntil de somatiske tjenestene på Aker.

Alternative utviklingsmuligheter

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet,

Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at alternative utviklingsmuligheter er utredet i forbindelse med planleggingen av utbyggingen av Oslo universitetssykehus, og at denne planleggingen har pågått tilbake til samlingen av Helse Sør og Helse Øst i 2007 og opprettelsen av Oslo universitetssykehus i 2008.

Flertallet er kjent med at følgende utredninger er gjennomført:

- Arealutviklingsplan 2025 (2012)
- Idéfase OUS Campus Oslo – Idéfaserapport versjon 1.0 (2014)
- Idéfaserapport versjon 2.0 (2015)
- Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring (2015/2016)
- Konseptfaserapporter (2017 og 2018)
- Tilleggsutredninger (2019)

Flertallet viser til at Helse Sør-Øst har ansvar for å sikre innbyggerne et godt spesialisthelsetjenestetilbud, noe de har de planlagt for i en årrekke. Planene er utredet, vurdert og styrebehandlet i flere omganger, og det er brukt betydelige ressurser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener framdriften for å bygge nye sykehus i Oslo ikke må stoppe opp i påvente av videre utredninger, og at utbyggingsplanene for Oslos nye sykehus må gjennomføres gradvis og på en slik måte at det ikke oppstår vesentlige eller langvarige brudd i driften, og at det dermed ikke blir nødvendig å gjøre seg avhengig av private helseaktører eller midlertidige bygg i ombyggings- og utbyggingstiden.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Venstre og Kristelig Folkeparti peker på at Ullevål-alternativet allerede er utredet i flere faser av prosjektet, og sist våren 2019 som et alternativ til utbygging på Rikshospitalet. Rapporten fra 2019 viste at en slik utbygging er anslått å koste 12,8 mrd. kroner mer og ta syv år lenger å gjennomføre enn dagens planer. Rapporten var gjenstand for ekstern kvalitetssikring. Disse medlemmer viser til at tallstørrelsene som framkommer i det såkalte Parkspsykehuset, ikke har vært gjenstand for tilsvarende eksterne vurderinger. Videre bygger påstanden om at Parkalternativet er 20 mrd. kroner rimeligere enn planene til Helse Sør-Øst, på en forutsetning om at Helse Sør-Øst skal investere for 35 mrd. kroner i tiåret etter at fase 1 og 2 er ferdigstilt. Dette synes ikke realistisk. Disse medlemmer viser ellers til svar på skriftlig spørsmål 785 (jf. Dokument nr. 15:785 (2020–2021)). Disse medlemmer viser videre til at Helse Sør-Øst har etablert en regional lånemodell og har bygget opp en meget solid reserve. Helseregionen har gjort avsetninger for usikkerhet i den samlede økonomien. Oppdatert økonomisk langtidspan for Helse Sør-Øst viser at regionen har bæreevne for alle sine planlagte in-

vesteringsprosjekter. Dette innebærer at Nye Aker og Nye Rikshospitalet kan gjennomføres uten at dette vil gå ut over andre byggeprosjekter eller pasientbehandlingen, verken i Oslo eller i Helse Sør-Øst for øvrig.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at Nye OUS blir en svært kostbar sykehusutbygging, der det er stor usikkerhet knyttet til både investeringskostnader og de driftsøkonomiske konsekvensene. OUS planlegger med høye krav til effektivisering og innsparinger i årene før et nybygg står ferdig, og med at det skal oppnås stor driftsøkonomisk gevinst i etterkant.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti registrerer at det i juni 2020 ble klart at Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune ikke ville anbefale Helse Sør-Østs forslag til reguleringsplan. Disse medlemmer merker seg at planmyndighetenes innvendinger i saken handler om at det planlegges bygget for høyt og med for stort fotavtrykk, for tett inntil kulturminner og for tett inntil verdifulle friluftsområder.

Disse medlemmer viser til Helse Sør-Østs styrevedtak i sak 72-2017, hvor styret påpekte at «det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og (styret) ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo HFs tomtearealer om risikobildet tilsier dette».

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at styrelederen i Helse Sør-Øst 25. juni 2020 uttalte – stikk i strid med styrevedtaket – at foretaket ikke har noen plan B hvis planene på Aker og Gaustad ikke lar seg gjennomføre. Disse medlemmer konstaterer at det nå er stor risiko for at byggeprosjektet ikke kan gjennomføres på grunn av den økonomiske risikoen og fordi tomtene på Gaustad og Aker ganske enkelt er for små til å huse den sykehusvirksomheten som er planlagt. Disse medlemmer mener dermed det er nødvendig raskest mulig å gjøre en vurdering av alternative lokaliseringalternativer, slik det er forutsatt i styrevedtaket.

Disse medlemmer merker seg statsrådens uttalelse i sitt svarbrev til komiteen:

«Nye utredninger vil innebære at hele sykehusstrukturen for Oslo må gjennomgås på nytt og det vil gi så store utsetter 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.»

Disse medlemmer deler statsrådets oppfatning om at det er blitt brukt svært mye tid og ressurser på sykehusplanleggingen i Oslo. Disse medlemmer mener det da er spesielt uheldig at planleggingen har re-

sultert i en sykehusutbygging som ifølge ansattorganisasjonene og fagmiljøene vil svekke Oslos sykehusstilbud vesentlig. Disse medlemmer minner om at valgene som nå foretas om sykehusutbygging i Oslo, vil få konsekvenser for helsetilbudet for befolkningen i Oslo, Østlandet og hele landet i mange tiår fremover. Disse medlemmer påpeker at det ikke er noen uenighet om at OUS har gamle og uhensiktsmessige bygg, men at dette ikke kan være et argument for å bygge uhensiktsmessige sykehus for fremtiden. Disse medlemmer mener tvert imot hensynet til det langsiktige sykehusstilbudet må veie tyngre enn det kortsiktige behovet for å komme raskest mulig i gang med en sykehusutbygging som er besluttet på et sviktende beslutningsgrunnlag.

Disse medlemmer merker seg at statsråden hevder den planlagte utbyggingen er godt og grundig utredet. Blant annet påstår statsråden at det ble «gjennomført høring av idéfasen og gjort justeringer basert på høringsinnspill». Disse medlemmer vil konstatere at denne påstanden er feil. Disse medlemmer viser til at dokumentet «Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» (2016) ikke innebar «justeringer» som følge av høringen, men at det tvert imot ble foreslått en helt ny sykehusstruktur som overhodet ikke var omtalt tidligere i idéfasen. Denne nye sykehusstrukturen innebar å splitte opp akuttmiljøet på Ullevål sykehus, og fordele virksomheten mellom Gaustad og Aker. Disse medlemmer opplyser at det er nettopp dette grepet som har ført til at ansattorganisasjoner og fagmiljøer ved OUS anser planene som faglig uforvarlige. Blant annet har fagpersoner fra akutt- og traumemiljøet uttalt at denne strukturen vil «medføre svekket kvalitet i foretakets akuttfunksjoner på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå» og at «kvalitetstapet ved driftskonseptet framstår uunngåelig» (Driftskonsept traume og akuttmedisin – Rapport fra arbeidsgruppe). Disse medlemmer minner om at «Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» aldri ble sendt på høring, på tross av at det innebar en dramatisk endring av Oslos sykehusstruktur som aldri tidligere var omtalt.

Disse medlemmer merker seg at statsråden ikke har sagt seg uenig i at prosessen ikke er så godt utredet som man krever av andre statlige investeringsprosjekter, men at dette er uproblematisk ettersom Stortinget uansett ikke skal ta stilling investeringsprosjekter i sykehussektoren (Dagens Medisin, 11. januar 2019):

«Hovedskillet er at Stortinget tar stilling til lånesøknaden, mens investeringsprosjektet godkjennes av styret i Helse Sør-Øst. Andre statlige investeringsprosjekter er det Stortinget tar stilling til. Helse Sør-Øst har ansvar for gjennomføring av prosjektet.»

Disse medlemmer merker seg for øvrig statsrådets standpunkt om at det å beslutte tidenes største

sykehusutbygging i Norge ikke er Stortingets anliggende.

Disse medlemmer merker seg at statsråden hevder at «utredningene har fulgt egen veileder for helseforetakene; Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter». Disse medlemmer vil opplyse om at utredningene i denne saken på mange områder ikke har fulgt denne veilederen: Det forelå ikke en utviklingsplan eller en virksomhetsplan for OUS da styret besluttet å starte idéfasen; det ble trolig tatt utenforliggende hensyn til byutvikling da avhending av Ullevål-tomta fikk avgjørende betydning for valg av alternativ; valg av konsept i målbildet ble tatt for tidlig i forhold til det som følger av tidligfaseveilederens regler; nullalternativet er ikke optimalisert og er aldri blitt beregnet i henhold til Finansdepartementets veileder for nullalternativ; kapasitetsutfordringene for OUS, som er oppgitt som en prosjektutløsende faktor, løses ikke med planene som er lagt frem.

Disse medlemmer viser til rapporten «Sykehusplaner for Oslo – Økonomiske betraktninger omkring planen for Nye Oslo universitetssykehus», som er skrevet av uavhengige fagpersoner innen helseøkonomi, sykehusplanlegging og kvalitetssikring av offentlige prosjekter. Rapporten bygger på en virksomhetsinndeling mellom sykehusene i Oslo som – til forskjell fra Helse Sør-Østs planer – har støtte fra ansattorganisasjonene i foretaket. I denne rapporten er det beregnet at en sykehusstruktur der Ullevål sykehus videreutvikles som komplett akuttsykehus med lokale og regionale funksjoner, Rikshospitalet som høyspesialisert sykehus med elektive funksjoner regionalt og nasjonalt, og Aker sykehus som lokalsykehus for Groruddalens befolkning, vil bli 20 mrd. kroner rimeligere enn planene til Helse Sør-Øst. Hovedårsaken til denne besparelsen er at man ikke behøver å rive 110 000 kvadratmeter moderne bygningsmasse på Ullevål, samt at den innebærer en mindre utbygging på Aker, hvor det ikke blir behov for å kjøpe nye tomtearealer.

Disse medlemmer merker seg følgende hovedpoeng i statsrådets kritikk av innholdet i rapporten:

«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.»

Disse medlemmer påpeker at statsrådets antagelse om at det vil være store gevinster ved denne samlingen, er udokumentert. Tvert om har ansattorganisasjonene gjentatte ganger påpekt at antagelsen om en slik økonomisk gevinst er urealistisk og udokumentert. Disse medlemmer viser også til «Ekstern kvalitets-

sikring KSK – Videreutvikling av Aker og Gaustad» utført av PWC (19. november 2018):

«Når det gjelder dokumentasjonen av de driftsøkonomiske gevinstene er vår vurdering at det finnes mangler knyttet til sporbarhet som gjør det vanskelig å ettergå beregningene. For beregningene for virksomheten på Gaustad finnes det ingen forklaring på hvordan man har kommet fra antall årsverk til kostnader i beregningene.»

Disse medlemmer påpeker videre at akutt- og traumemiljøet har konkludert med at det er «få administrative eller faglige synergier mellom samlokalisering av fagmiljø innen høyspesialiserte regionale funksjoner (dagens RH) på den ene siden og mer usorterte akutte lokal- og regionale sykehusfunksjoner på den andre siden (det som er tenkt flyttet fra Ullevål til Gaustad)» (Driftskonsept traume og akuttmedisin – Rapport fra arbeidsgruppe).

Disse medlemmer viser til at Oslo universitetssykehus ikke evner å oppnå de innsparingene og effektiviseringene foretaket selv har satt seg som mål. Disse innsparingene er en forutsetning for at man oppnår overskuddene som er nødvendig for å finansiere utbyggingen. Disse medlemmer viser til at foretaket systematisk ikke har oppnådd de langsiktige overskuddene som er forutsatt i de økonomiske langtidsplanene etter 2015. Disse medlemmer merker seg at dersom man korrigerer for ekstraordinære inntekter, som ikke har noe med den ordinære sykehusdriften å gjøre, er avviket enda større. Disse medlemmer mener det er realistisk å anta at foretaket også i årene fremover vil ha problemer med å oppnå overskuddene de har planlagt med. Innenfor den rådende finansieringsmodellen for sykehusbygg innebærer dette i så fall at det må kuttes i pasienttilbudet i Oslo, eller at Helse Sør-Øst må utsette investeringer til nye sykehusbygg i andre deler av regionen.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«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.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Venstre og Kristelig Folkeparti mener det er synd at de ansatte ved Oslo universitetssykehus ikke har kunnet samle seg om prosjektet. En rekke innspill til forbedringer og endringer som har vært fremmet fra de tillitsvalgte, er hensyntatt i de løsningsforslagene som foreligger. Disse medlemmer vil vise til at forprosjektet for Nye Oslo universitetssykehus startet opp 1. mars 2021. Her er det planlagt med omtrent 40 med-

virkningsgrupper, hvorav hver gruppe består av 8–10 ansatte, brukere, vernetjeneste og tillitsvalgte.

Disse medlemmer understreker at det er ingen tvil om at det er viktig å samle de spesialiserte funksjonene i Oslo. Dagens struktur legger beslag på mer helsepersonell enn nødvendig. Sykehus i andre deler av landet mangler spesialister innen flere fagfelt, både blant leger og sykepleiere.

Disse medlemmer viser til at over mange år har Oslo universitetssykehus brukt betydelige midler på vedlikehold og investeringer i bygg som ikke er egnet for framtidig sykehusdrift. Mange bygg drives med midlertidige tillatelser fra ulike tilsynsmyndigheter. Det er viktig nå med framdrift i prosjektplanene for å kunne gjennomføre mer målrettede investeringer i Oslo. Brukerne er helt klare og uttaler at de ikke kan godta en utsettelse av prosjektet.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen ikke tillate salg av sykehustomta på Ullevål, og avvente en eventuell salgsbeholdning til etter at etappe 2 av Nye Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehus tilbud ved Aker sykehus.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen ikke tillate riving av funksjonell bygningsmasse ved Oslo universitetssykehus, og avvente eventuelle riveplaner til etter at etappe 2 av Nye

Oslo universitetssykehus er regulert og utredet i forprosjekt og det foreligger detaljerte planer som sikrer at hele Groruddalens befolkning får sitt lokalsykehus tilbud ved Aker sykehus.

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 3

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.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av en enstemmig komité.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen sikre at Aker sykehus snarest blir et fullverdig lokalsykehus for hele Groruddalen.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at det ikke planlegges for en reduksjon i den fremskrevne sykehusaktiviteten i Oslo.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 23. mars 2021

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Sveinung Stensland

ordfører



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 kreftrådet 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 m². 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 m², som er om lag 50 000 m² 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

