

Nye sykehusbygg i Oslo – hvor og hvordan?





Nye sykehusbygg i Oslo – hvor og hvordan?

Redaktør: Erlend Hem

Utgiver: Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum
og Oslo legeforening, mai 2018



Erlend Hem (f. 1970) er professor dr.med., fagsjef i Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og styreleder i Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum (www.helsehistorie.no).

Oslo trenger nye sykehusbygg

Alle mener at Oslo trenger nye sykehusbygg. Men der stopper enigheten.

Hvor skal de ligge, hvor store skal de være og hvilke funksjoner skal de ha?

Sykehusdebatt vekker følelser, og fakkeltogene for å bevare lokalsykehus har vært mange i Norge. Men ikke i Oslo. Sykehusbygging i hovedstadsområdet har til nå engasjert de få. Våre forventninger var derfor ikke så store da vi – Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum i samarbeid med Oslo legeförening – inviterte til åpent folkemøte 16. januar 2018 (1). Vi hadde leid Wergelandssalen, Litteraturhusets største sal, med plass til 220 deltakere, og håpet at det ikke ville bli for glissent. Så feil kan man ta. En halvtime før møtestart var det fullt, og vi måtte av hensyn til brannforskriftene stenge dørene (2).

Vi hadde invitert fem foredragsholdere, som alle leverte innlegg av høy kvalitet. Dette temaheftet er basert på seminaret. Heftet gir naturligvis ikke en komplett presentasjon av emnet, men belyser forskjellige sider av saken som vi håper kan være nyttig for mange.

Heftet inneholder artikler fra sju forfattere:

Kristin Hovland, leder i Oslo legeförening

Rolf Kåresen, tidligere sjeflege, Ullevål sykehus

Christian Grimsgaard, konserntillitsvalgt
Helse sør-øst

Bjørn Erikstein, administrerende direktør,
Oslo universitetssykehus

Tor Winsnes og **Dag Hovland**, arkitekter

Rune Slagstad, professor emeritus,
Institutt for samfunnsforskning

Dessverre hadde ikke stortingsrepresentant Jan Böhler (Ap) anledning til å bearbeide sitt bidrag til en artikkel i heftet.

Bjørn Erikstein holdt innlegg og har skrevet artikkel til dette temaheftet. Det er gledelig. Flertallet både i salen og blant forfatterne var – og er – skeptiske til ledelsens planer. «Her var det 220 mot 1», som en sa det (2). Rune Slagstad har hevdet at «I dagens Helse-Norge drives den mest betydningsfulle helsepolitikken med basis i anonym byråkratmakt som skyr den offentlige debatt» (3). For å få til en meningsfylt samtale må vi være villig til å møtes og lytte til hverandres synspunkter. Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum ønsker å legge til rette for dialog om sentrale helse-temaer. Men ingen debatter skjer i et tomrom. Vi må kjenne den historiske sammenhengen. Når vi står på skuldrene til noen, må vi vite hva de har tenkt og gjort. Rolf Kåresen har nylig publisert en artikkel om alle planene for Ullevål sykehus som har vært diskutert gjennom årene (4). Det er ikke mangel på planer, men på gjennomføringsevne, mener han. Langvarige og seige prosesser er heller ikke nytt. Christian Grimsgaard minner i sin artikkel om at det tok nærmere 50 år fra forslaget om nytt rikshospital først ble fremsatt til Stortinget vedtok bygging.

Rune Slagstad stilte i sitt innlegg et viktig spørsmål: Høsten 2017 pågikk en intens diskusjon i Norge om omorganiseringen av forskningsavdelingen i Statistisk sentralbyrå – et spesialisert tema, som neppe ville engasjere mer enn



I 2010 ble det vedtatt at Aker sykehus skulle legges ned. I 2016 ble det vedtatt at det skulle gjenoppstå. La oss ikke gjøre samme feilen med Ullevål sykehus, sa Jan Bøhler på møtet i Litteraturhuset januar 2018. Bildet viser 1. mai-markeringen i Oslo 2012.

FOTO: KRISTER SØRBØ / NTB SCANPIX

menigheten, tenkte nok mange. Det var feil. Det endte med at direktøren gikk av, og finansministeren fikk kritikk i Stortinget. Mediene rapporterte i detalj om økonomiske analysemodeller og byråets forskningsprofil. Hvorfor ble temperaturen i dette kompliserte temaet så høy, mens sykehusbygging i Oslo, som handler om titalls milliarder i offentlige investeringer og som berører så manges liv, knapt vekker debatt?

Alle planene, alle diskusjoner og all tid som brukes kan virke overveldende og utmattende. Det kan være vanskelig å holde oppe engasjement, interesse og motivasjon når prosessene går over år, og diskusjonene fremstår som innfløkte og ørkesløse. Vårt håp er at dette heftet kan stimulere til en opplyst debatt om sykehusutviklingen i Oslo. Temaet er for viktig til bare å overlates til de få. Det angår oss alle.

ERLEND HEM
erlend.hem@medisin.uio.no

Litteratur

1. Vis arrangement fra 16.12.2018. Litteraturhuset i Oslo.
<http://litteraturhuset.no/arkiv/sykehusplaner-i-osloregionen/> (18.4.2018).
2. Larsen Ø. Nytt universitetssykehus i Oslo – glimt fra en planleggingsprosess. Michael 2018; 15: 73-7.
http://dnms.no/index.php?seks_id=256735&a=1 (18.4.2018).
3. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479-85. <https://tidsskriftet.no/2012/06/kronikk/helsefeltets-strategier> (18.4.2018).
4. Kåresen R. Ullevål – fra vikingetids gårdsanlegg til nedleggingsstruet sykehus. Michael 2018; 15: 124-39.



Kristin Hovland
(f. 1966) er spesialist i arbeidsmedisin,
ph.d. og leder i Oslo legeforening.

Sykehusplaner for Oslo-området – gjelder oss alle

Ny kunnskap og tidligere utelatt informasjon må få følger for den videre planleggingen av Oslo universitetssykehus. Oslos befolkning er trolig best tjent med et nytt lokalsykehus på Aker, at Ullevål sykehus videreutvikles og at Rikshospitalet forblir som det er.

Oslo legeforening har i mange år vært engasjert i prosessen rundt utvikling av sykehusene i Oslo, og spesielt planene for Oslo universitetssykehus (OUS).

Som en lokalforening i Legeforeningen har vi medlemmer fra alle deler av helsevesenet, og får derfor en unik innsikt både i hvordan helsevesenet virker i forskjellige ledd, men også hvordan endringer påvirker helsetjenesten for innbyggerne i hovedstaden.

OUS har våren 2018 på oppdrag fra det regionale helseforetaket skrevet en utviklingsplan for perioden 2018-35 (1). Det er et viktig dokument som sier noe om hvordan ledelsen ved sykehuset ser for seg utviklingen de kommende to tiår. Planen gir imidlertid få svar på utfordringene som spesialisthelsetjenesten i Oslo står foran. Jeg skal i denne artikkelen kort omtale noen av disse.

Befolkningens helsevesen?

OUS er Norges største helseforetak og har lokal- og regionalfunksjoner samt nasjonale tjenester. Spesialisthelsetjenesten i Oslo dekkes i tillegg av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. OUS samarbeider med de to ideelle sykehusene, men det er en vesentlig svakhet ved

utviklingsplanen at sykehustilbudet ikke ses samlet for Oslos befolkning. Dette gjør det vanskelig å sikre en helhetlig utvikling og gode sykehustjenester både underveis og etter utbygging av OUS.

Større befolkning gir større behov

Aktivitetsberegninger brukes for å se på fremtidig behov. Statistisk sentralbyrå har tre scenarier for fremskrivninger, mens OUS bare har én. Det er vanskelig ut fra utviklingsplanen å forstå hvilke faglige vurderinger som ligger til grunn for f.eks. fremskrivning av antall liggedøgn i somatikken. Eksempelvis står det at antall døgnopphold i både 2016 og i 2025 er – og vil være – 106 000 (tab 1 og tab 32), altså identiske tall.

Det er viktig at man lærer av gjennomførte prosjekter. Ferske erfaringer fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold viser at man bygger sykehus som er for små. Aftenposten meldte nylig at «Ansatte sier opp i protest, akutt-mottaket er overfylt og kapasiteten sprengt. Sykehuset Østfold skulle være prakteksemplaret på et moderne sykehus, men siden åpningen i 2015 har problemene stått i kø» (2). I 2017 ble det meldt om 3800 korridorpasienter.

I figur 13 i OUS' utviklingsplan er det vist en



forventet aktivitetsøkning, men det påstås at mye av denne «elimineres av potensialet i *samhandling, bruk av hotellsenger og effektivisering*», uten at metode er beskrevet. Helsebyråden i Oslo har karakterisert tallene som «helt urealistiske» (3).

OUS henviser til at Helse sør-øst 15.6.2017 gjorde vedtak om «oppstart konseptfase for Aker og Gaustad». Sykehuset refererer til de to første punktene i vedtaket, men glemmer å nevne punkt 5, der styret presiserer: «Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette» (4).

Vegger og tak

Utviklingsplanen handler mest om lokasjon. Hovedspørsmålet er imidlertid hvordan vi skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv. Hvordan ser et sykehus ut som gir gode arbeidsforhold for de ansatte slik at de skal kunne gi god kvalitet og effektiv pasientbehandling? Også bruker- og samfunnsperspektivene må få sin selvfulgelige plass i konseptfasen.

Ifølge utviklingsplanen skal Aker bygges ut som et lokal- og områdesykehus for seks bydeler. I fastsatt planprogram for Aker sykehusutbygging, som ble lagt ut i april 2018, står det imidlertid at Aker skal være et akutt sykehus for tre, fire og fem bydeler – i samme dokument (5). Hvem skal Aker være lokalsykehus for? Og hvorfor skal ikke Bjerke bydel, hvor sykehuset ligger, høre til Aker? Vi vil advare mot en tildekkende språkbruk hvor befolkningen og bydelene omtales som «opptaksområder» som kan flyttes mellom ulike sykehus for å tilfredsstille sykehusenes behov og begrensninger. Oppmerksomheten må rettes mot befolkningens behov for helsetjenester – ikke utelukkende på sykehusenes arealkabal.

Traumemiljøet ved Ullevål sykehus er i

verdensklassen. Fagfolkene her mener at de vedtatte planene vil føre til en oppsplitting av landets fremste akuttmedisinske kompetansemiljø, både på medisinsk og kirurgisk side og i de spesialiserte støttefunksjoner rundt denne virksomheten. Beredskapsfunksjonen vil splittes og dermed svekkes. Den samlede kompetansen i akutttilbudet i regionen svekkes (6). Deres bekymringer må tas på alvor, og man må finne en løsning som ikke forringer dagens tilbud.

For sykehusene er det lagt til grunn en utnyttelsesgrad av somatiske senger på 90 %. Dette vet vi er risikabelt både med tanke på infeksjonsfare, overbelegg og korridorpasienter.

Aker og Gaustad

Sykehusplanene for Oslo, slik de foreligger nå, innebærer bygging på Gaustad og Aker samt oppdeling og salg av Ullevål sykehus. Vi er bekymret over at dokumenter fra Oslo kommunes plan- og bygningsetat unndras offentlighet i en sak som er så vesentlig for offentligheten. Dokumentene både for Gaustad og Aker må frigis.

Det er også lagt for liten vekt på bydelenes perspektiv og behov. Det er bydelenes og spesialisthelsetjenestens felles ansvar å lage trygge tilbud som henger sammen faglig og praktisk, som har god tilgjengelighet og fornuftig ressursutnyttelse og som sikrer befolkningen likeverdige helsetjenester – dette kan ikke sykehusene alene legge premissene for.

Fra idéfasen for OUS foreligger tre alternativer: 0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner, mens de to andre mulighetene er en delt løsning mellom Ullevål og Gaustad eller mellom Gaustad og Aker. Ledelsens forslag er en trinnvis flytting til Gaustad og Aker. Med en slik løsning vil det uansett være behov for sykehus på Ullevål i mange år fremover.

Etablering av Aker vil være viktig for å håndtere kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus



sykehusområder. Det er hensiktsmessig å starte med Aker sykehus, men det må avklares hvor stort sykehuset skal være og hvilke oppgaver det skal løse.

Utbygging på Gaustad og Aker gir imidlertid ingen økning i kapasitet for en by som vil bli betydelig større i årene som kommer. Det vil derfor være behov for sykehus på Ullevål også etter utbyggingsperioden. På Ullevål er det bygget mye nytt de siste årene, bl.a. et moderne kreftsenter. Vi mener alternativet som er nevnt i flere utredninger og også i utviklingsplanen, med utbygging på Ullevål, fortsatt bør være en del av konseptfasen. I tillegg bør en vurdering av kapasiteten til og overføring av enkelte funksjoner til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus beskrives i denne fasen. Kostnadene for vedlikehold på Ullevål er heller ikke omtalt ved valg av utbygging på Gaustad og Aker.

Konklusjon

Utviklingsplanen for OUS er dessverre dårlig egnet som planleggingsverktøy. Den omfatter universitetet, kommunen, Lovisenberg og Diakonhjemmet uten at dette ses i en helhet. Slik planen foreligger, med bare OUS' egne deler av prosessen omtalt, gir den ikke rom for å vurdere flere alternativer. Risikoen er stor for at prisen blir for høy, både i kostnader og i et dårligere tilbud til befolkningen. I en konseptfase skal det vurderes flere, reelle alternativer. Her foreligger bare ett.

Vi mener at Oslos befolkning samlet sett er best tjent med at Rikshospitalet forblir som det er, et lokalsykehus på Aker, videre utvikling på Ullevål og videre samarbeid med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. **+**

Artikkelen er basert på et innlegg på seminar på Litteraturhuset 16. januar 2018 arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeforening.

KRISTIN HOVLAND
kristin.hovland@legeforeningen.no

Litteratur

1. Oslo universitetssykehus – Utviklingsplan 2035 vedtatt av styre. Oslo universitetssykehus (2.5.2018). <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/utviklingsplan-2035/oslo-universitetssykehus-utviklingsplan-2035-vedtatt-av-styre> (4.5.2018).
2. Braathen F. Det nye sykehuset skulle ha 0 korridorpasienter. I fjor måtte 3800 ligge på gangen. Aftenposten 17.3.2018. www.aftenposten.no/amagasinet/i/jPa0Rw/Det-nye-sykehuset-skulle-ha-0-korridorpasienter-i-fjor-matte-3800-ligge-pa-gangen (11.4.2018).
3. Huuse C. Oslo-sykehus «fjerner» 150.000 overnattinger: Ikke forsvarlig, sier byrådet. VG 12.4.2018. <https://www.vg.no/forbruker/helse/i/P3q4P6/oslo-sykehus-fjerner-150-000-overnattinger-ikke-forsvarlig-sier-byraadet> (13.4.2018).
4. Godkjente protokoller fra styremøter i Helse Sør-Øst RHF. 080-2107 Saksframlegg – Godkjenning protokoll styremøter juni 2017. <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2017/20170817/080-2107%20Saksframlegg%20-%20Godkjenning%20protokoll%20styrem%C3%B8ter%20juni%202017.pdf> (13.4.2018).
5. Aker sykehusområde. Fastsatt planprogram. Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune 12.4.2018. <http://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/showfile.asp?jno=2018039022&fileid=7829090> (20.4.2018).
6. Bredeli A. Vedtaket om nedleggelse av akuttsykehuset Ullevål truer akuttfunksjonene i regionen. Underskriftskampanje. https://www.opprop.net/nedleggelse_av_akuttsykehuset_ullevaal (20.4.2018).



Det nye kreftsentret på Ullevål sykehus ble åpnet i 2006 – et eksempel på et nytt og moderne sykehusbygg på Ullevåltomta.

FOTO: HEIKO JUNGE / NTB SCANPIX.



Rolf Kåresen (f. 1940) er spesialist i generell kirurgi, i gastroenterologisk kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi, professor emeritus og sjeflege ved Ullevål sykehus 1994-2007.

Sykehusutbygging i Oslo-regionen frem mot 2030

Befolkningen vil øke sterkt i Oslo og Akershus de neste årene. Samtidig vil det være en stor økning i forekomsten av kreftsykdom. Utbyggingsplanene og kostnadsberegningene som foreligger for Oslo universitetssykehus tar ikke høyde for dette. Jeg mener derfor at det trengs en kritisk gjennomgang av prosjektet og den samlede planen for sykehusutbygging i Helse sør-øst.

Statistisk sentralbyrå har laget flere befolkningsfremskrivninger. Det såkalte hovedalternativet, som antas å være det mest sannsynlige, viser at befolkningstallet passerer 6 millioner i Norge like etter 2030 (1). Befolkningen i Oslo og Akershus vil da være 1,5 millioner (2). OUS' sykehusplaner dekker 710 000 personer (3), og Ahus vil kunne ta hånd om 550 000. Det betyr at ca 240 000 mennesker vil være uten sykehus i 2030 dersom Ullevål sykehus legges ned (3). Dette krever bygging av enda et lokalsykehus på størrelse av det man planlegger på Aker. I tillegg skal Helse sør-øst også bygge nye sykehus i Drammen og i Innlandet.

Fremskrivningene viser en sterk befolkningsøkning også i årene etter 2030. I Oslo vil det i 2040 være over 850 000 innbyggere og i Akershus nær 770 000. Dermed må ytterligere 120 000 mennesker skaffes lokalsykehus (4).

Forekomsten av kreftsykdommer øker sterkt: Fra 2015 til 2030 vil antall krefttilfeller i Norge øke med 12 000, ifølge Kreftregisteret (5). Etersom Oslo og Akershus har omtrent en fjerdedel av landets innbyggere vil 3 000 flere trenge behandling etter 2030 sammenliknet med i dag. Det vedtatte klinikk-

bygget på Radiumhospitalet, som skal stå ferdig i 2022, gir ikke økt kapasitet. Hvordan man skal møte økningen, og hvor man skal behandle dem som i dag ivaretas på Kreftsenteret på Ullevål, beskrives ikke. Men at det vil kreve et bygg vel så stort som det som nå reises på Radiumhospitalet, er klart. I tillegg må Helse sør-øst finne løsning for vel 3 500 nye kreftpasienter i regionen utenfor Oslo og Akershus.

Faglige innvendinger

De ansattes styrerepresentanter har etterlyst realistiske finansierings- og fremdriftsplaner, og stemt for fortsatt bruk av både Radium- og Rikshospitalet, Aker og Ullevål sykehus, men konsekvent blitt nedstemt. Administrasjonen ved OUS ønsket frem til 2014 å nedlegge Aker og Radiumhospitalet, bygge ut storsykehus på Gaustad og beholde Ullevål. Så i 2017 snudde de og gikk inn for å bygge på Aker og på Radiumhospitalet og å legge ned Ullevål. Dette forslaget innebærer at traumesenteret på Ullevål, med akuttbygg fra 2014 og helikopterlandingsplass fra 2005, må flyttes til Gaustad. Administrasjonen gikk samtidig bort fra planen om et storsykehus, men vil for å skaffe pasientgrunnlag for et traumesenter, bygge lokalsykehus for 148 000 innbyggere



der. Om den planen mener fagrådet for traumatologi ved Oslo universitetssykehus at det regionale akutt- og beredskapssenteret må ha minst 60 % av dagens befolkningsgrunnlag på Ullevål for å sikre en adekvat akuttkirurgisk virksomhet ved ny lokalisasjon, dvs. 240 000 mennesker. Å redusere befolkningsgrunnlaget til 148 000 av plasshensyn medfører at det ikke vil bli et tilstrekkelig grunnlag for den akutt- og beredskapsfunksjonen som er tenkt lagt til Gaustad (6).

Dårlige forhold på Ullevål?

Gjennom hele prosessen har man fremhevet den gamle og nedslitte bygningsmassen på Ullevål, men ikke nevnt at det siden 1995 har vært ferdigstilt rundt 80 000 m² nye kliniske bygg og at rundt 30 000 m² eldre laboratorie- og kontorbygg er rehabilitert og fullt brukbare. Det svarer til arealet for det nye Aker sykehus. Man har også holdt frem at en infrastrukturomlegging ved Ullevålbygging vil komme på 1,3 mrd. kr, men ikke nevnt at det var for å bygge storsykehus på tomte. Kostnaden blir vesentlig mindre ved en delutbygging, for eksempel av et nytt klinikkbygg. Ullevåltomta er flat og regulert for bygg opp til åtte etasjer.

De vanskelige grunnforholdene har også vært trukket frem til tross for at det har vært bygget mange nye bygg de siste årene, og at man vil selge området til boligbygging. Dette henger ikke sammen. Grunnforholdene lar seg fint håndtere med moderne teknikk.

Det man har hatt mindre oppmerksomhet på, er at det foreslåtte lokalsykehuset og traumesenteret i sydvestre del av Gaustadområdet får en infrastrukturkostnad på minst 1,3 mrd. kr fordi man må rive og gjenoppbygge både pasienthotellet og universitetets Domus Medica. Og selv da blir arealet for lite. Når utbyggingen antas å være fullført omkring 2028, er det fortsatt drift på Ullevål i 60 000 m² bygg. Hvor de skal flyttes er det ikke redegjort for.

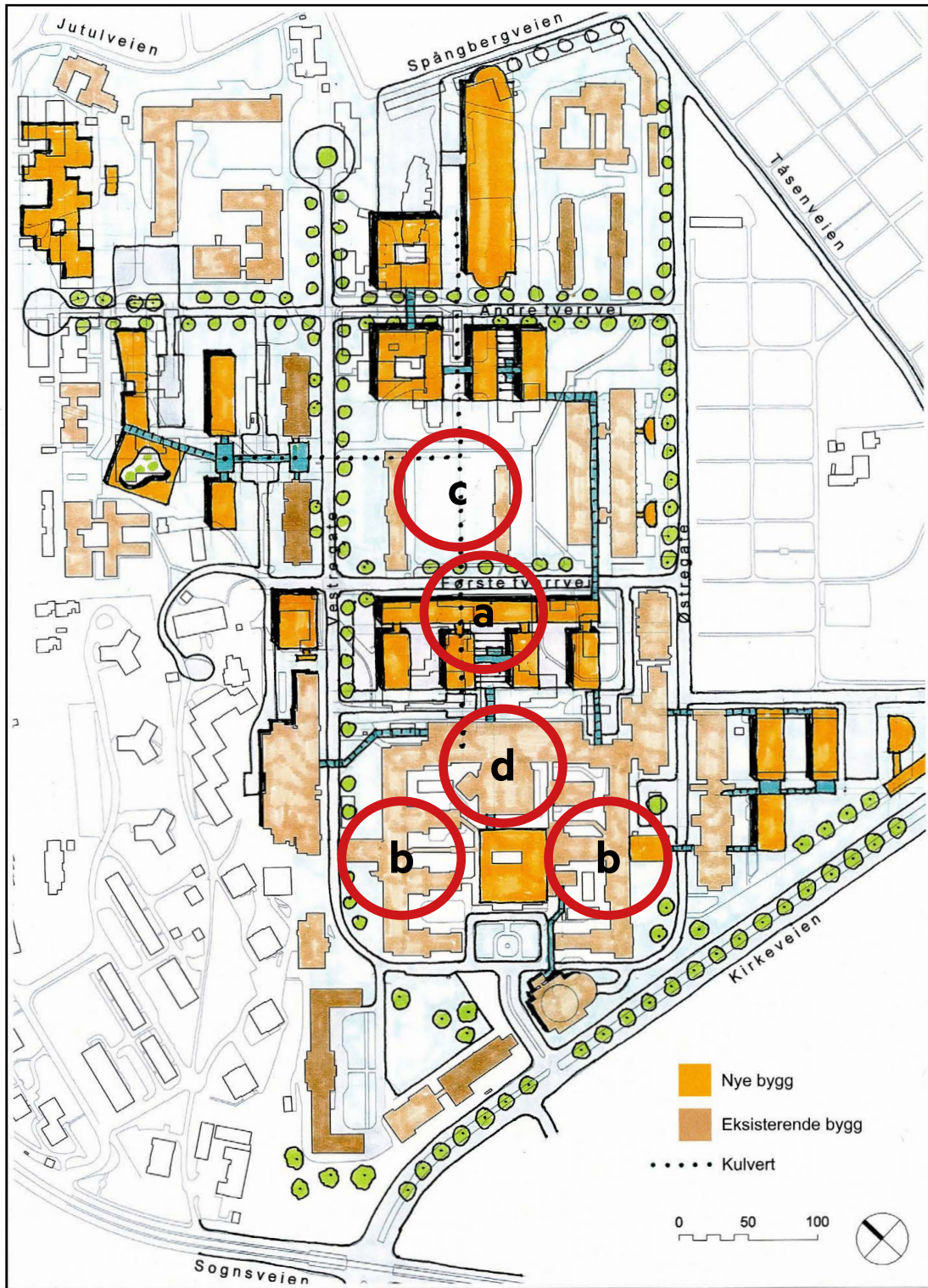
I januar 2018 bestilte administrasjonen ved Oslo universitetssykehus i tillegg til sydvestalternativet,

en konseptfaseutredning av området i nordøst bak det fredede Gaustad sykehus med leveranse i desember 2018 (7). Planen er å bygge vel 100 000 m² nye bygg her. I saksdokumentene beskrives det som det foretrukne alternativ. Våren 2019 skal plan- og bygningsetaten i Oslo kommune vurdere alternativene. Høydeforskjellene på Gaustad gir også utfordringer, særlig nordøstalternativet. Terrenget stiger så mye at det blir rundt 20 meter høydeforskjell tilsvarende 6-7 boligetasjer mellom nivået i nåværende gågate og grunnplanet i ny bygningsmasse. Det kan bli problematisk når beboerne oppdager at de får en 18-20 meter høy «mur» foran seg. Dette vil også føre til betydelige problemer for transport og annen infrastruktur (8).

Underestimerte finansieringsplaner

Den alvorligste innvendingen mot planene er at finansieringsbehovet er underestimert. Ser man på hele planen med nedleggelse av Ullevål sykehus, blir bildet som følger: Radiumhospitalet har en kostnadsramme på 3,1 mrd. kr pluss 1,9 mrd. kr for protonsentret, altså samlet ca. 5 mrd. kr. Gaustadalternativ sydvest er kostnadsberegnet til 8,9 mrd. pluss 1,25 mrd. til flytting av eksisterende bygg, dvs. vel 10 mrd. Kostnadsoverslaget for nytt Aker sykehus er 9,8 mrd. kr. Det er også vedtatt å flytte regional sikkerhetsavdeling på Dikemark til Ila for 1,3 mrd. Samlet gir dette en ramme på vel 26 mrd. kr. Alle kostnader i denne artikkelen er gitt med såkalt p50-sannsynlighet, dvs. at det bare er 50 % mulighet for at beløpet holder. Men i byggebudsjett legges det til en såkalt p85 som er det beløp som forventes å strekke til. For OUS blir beløpet da 44 mrd. kr. Hvordan sykehuset, som de siste årene bare så vidt har klart å gå i budsjettmessig balanse, skal klare å betjene de lån som trengs, er uklart.

For hele regionen ser bildet enda vanskeligere ut. Skal man legge ned Ullevål sykehus før 2030, er det behov for nye sykehusbygg på Akers størrelse, dvs. en investering på ca. 10 mrd. kr. I tillegg må ►



6.9 ILLUSTRASJONSPLAN 2020+ 1:1000

STRATEGISK PLAN
MEDISINSK OG BYGNINGSMESSIG
UTVIKLING 2005 - 2020



Figur 1. Utbyggingsplan for Ullevål sykehus med forslag til plassering av klinikkbygg (a) mellom Midtblokk (d) og Første tverrvei. Nye bygg er gule. Deretter kan gamle bygg (b) rives og tomtene benyttes til videre utvikling (b). Fredningsbeltet er merket (c) (9).

det som nevnt ovenfor skaffes kapasitet til 6 500 nye kreftpasienter pluss de som i dag behandles på Kreftsenteret på Ullevål. Trolig vil det svare til minst det dobbelte av kostnadene med Radiumhospitalsutbyggingen. Dermed kan man legge til ytterligere 10 mrd. kr. Helse sør-øst har også planer for nytt sykehus i Drammen og i Mjøstraktene som vil gi utgifter i størrelsesorden 15-20 mrd. kr. Et grovt, men ikke urealistisk estimat er derfor at Helse sør-øst har et investeringsbehov på 60-65 mrd. kr frem mot 2030 (p85 102-110 mrd. kr). Et vesentlig spørsmål er da om det er nødvendig å bygge et nytt lokalsykehus og traumesenter på Gaustad, når det allerede finnes på Ullevål. Det som mangler på Ullevål er et nytt klinikkbygg på 60 000-70 000 m² til 4-5 mrd. kr (figur 1) (9). Med denne løsningen kan man spare rundt 15 mrd. kr frem mot 2030. Ser man videre frem mot 2040 blir beløpet enda større. Når nytt klinikkbygg står ferdig på Ullevål, kan de gamle rives og sykehuset videreutvikles på tomtene som frigjøres samt på arealene nord og vest for fredningsbeltet (figur 1).

Konklusjon

Basert på denne gjennomgangen mener jeg det er grunnlag for tre konklusjoner:

- Det bør snarest mulig startes konseptutredning av fortsatt drift på Ullevål sykehus med bygging av nytt klinikkbygg bak Midtblokken (figur 1). Resultatet må settes opp mot kostnadene med de to alternativene på Gaustad og behovet for enda et lokalsykehus.
- Når Helse sør-øst legger frem utbyggingsplaner for styret, må det følge med en finansierings- og fremdriftsplan som er samkjørt med de øvrige sykehusprosjektene i regionen. Det må være dokumentasjon på at Oslo universitetssykehus og Helse sør-øst har finansiell kapasitet til å bære lån og nedskrivninger.
- Rekkefølgen i prosjektene må være etter befolkningens behov. Det vil si at tilstrekkelig kapasitet til lokalsykehusfunksjoner og kreftbehandling må ha prioritet fremfor traumesenter og lokalsykehus på Gaustad fordi det allerede er dekket på Ullevål. +

Artikkelen er basert på et innlegg på seminar på Litteraturhuset 16. januar 2018 arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeförening.

ROLF KÅRESEN
rolf.karesen@medisin.uio.no

Litteratur

1. Befolkningsframskrivinger, 2016-2100. Statistisk sentralbyrå (21.6.2016). www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2016-06-21 (18.3.2018).
2. Befolkningsframskrivinger. Statistikkbanken. Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no/statbank/table/11168?rxid=8c887891-f26f-4d94-ab82-b72f4a1d5492 (18.3.2018).
3. Styreprotokoll Oslo universitetssykehus 24.5.2017 sakene 38/17, 39/17. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8teprotokoller%202017/Protokoll%20styrem%C3%B8te%202017-05-24.pdf> (18.3.2018).
4. Leknes S. Regionale befolkningsframskrivinger 2016-2040: Flytteforutsetninger og resultater. Økonomiske analyser 2016, nr. 3: 37- 44. www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/regionale-befolkningsframskrivinger-2016-2040-flytteforutsetninger-og-resultater (2.3.2018).
5. Jakobsen E. Dramatisk krefteøkning de neste 15 år. Krefregisteret 5.6.2016. www.krefregisteret.no/Generelt/Nyheter/kreft-i-2030/ (18.3.2018).
6. Tilrådning fra fagråd for traumatologi Oslo universitetssykehus vedrørende ivaretagelse av akutt- og traumebehandlingen i fremtidens Oslo universitetssykehus. Brev til administrerende direktør 11. november 2018. Oslo universitetssykehus arkiv.
7. Kontraktsignering Aker og Gaustad. Helse Sør-Øst 31.1.2018. www.helse-sorost.no/nyheter/kontraktsignering-aker-og-gaustad (18.3.2018).
8. Winsnes T, Hovland D. Rikshospitalet kan ikke bli et fremtidsrettet regionsykehus. I: Hem E, red. Nye sykehusbygg i Oslo – hvor og hvordan? Oslo: Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeförening, 2018: 20-5.
9. Almaas Ø, Kåresen R. Strategisk plan 2005-2020. Bok 2: Medisinsk og bygningsmessig utvikling. Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2005: 34.



Christian Grimsgaard (f. 1969) er spesialist i ortopedisk kirurgi og konserntillitsvalgt i Helse sør-øst.

«En dårligere løsning for alle parter»?

I 2008 ble Oslo-sykehusene slått sammen til Oslo universitetssykehus.

Holdt opp mot de ambisiøse planene prosjektet startet ut med har vi oppnådd lite på ti år. Driften av Nord-Europas største sykehus har vært krevende og kostbar. For å underholde den daglige driften har vi solgt unna verdifull eiendom og lagt ned gode sykehusarealer. Investeringer og vedlikehold har blitt utsatt. Sykehuset står dårlig rustet for å møte de kommende tiårene.

De sist lanserte planene for Oslo innebærer bygging på Aker og Rikshospitalet samt oppdeling og salg av Ullevål sykehus. Prosjektet har høy risiko og vil neppe kunne gi et bedre sykehusstilbud. Tomt og bygningsmasse på Rikshospitalet egner seg ikke for en storstilt utbygging. Byggene blir lave, for langstrakte og med for stor nivåforskjell, arealene blir trange og pasientunderlaget blir for lite for å ivareta akuttfunksjonen på dagens nivå.

Byggeplanene til mer enn 20 milliarder muliggjør heller ikke utflytting av Ullevål innen overskuelig tid. Dagens velfungerende akuttmiljø vil derfor måtte splittes på tre sykehus. På Rikshospitalet vil planlagt medisinsk behandling sammenblandes med Ullevåls avanserte akuttbehandling – et krevende driftskonsept som erfaringsmessig fører til problemer. Deler av Ullevåls øvrige akuttfunksjoner skal overføres til Aker, der det skal bygges et nytt sykehus, til en kostnad på om lag 10 milliarder. Aker sykehus vil bli et av landets større akutt sykehus, men likevel uten en rekke støttefunksjoner og fag. De avan-

serte behandlingsmiljøene skal jo legges til Rikshospitalet. Byggene som er tenkt satt opp på Aker tilsvarer langt på vei den moderne bygningsmassen som allerede er i full drift på Ullevål – til en verdi av nettopp 10 milliarder.

Samlet sett er det uklart hva vi vil oppnå. Jeg frykter at planene er skritt i feil retning, og at pasientbehandlingen vil rammes. Den viktigste innvendingen er likevel at behandlingsskapiteten ikke vil øke nevneverdig. Vi vil stå foran store uløste oppgaver innen kort tid med en stadig større aldrende befolkning. Hvordan kunne sykehusene havne i en situasjon hvor den eneste planen vi har er et høyrisikoprojekt som få ser nytten av?

Ikke intendert av noen?

Planene om nedleggelse og oppdeling av Norges største akutt sykehus kan passe godt til en karakteristikk av endringer i helsevesenet: «utfallet kan være noe som ikke er intendert av noen, og som kanskje er en dårligere løsning for alle parter». Sitatet er hentet fra en gjennomgang av beslutnings-



Den gordiske knute har hele tiden vært Rikshospitalet – sykehuset som er for nytt til å fraflyttes, men som ikke lar seg omdanne til det kjempesykehuset det må bli for å overta akuttfunksjonene. Flyfoto av Gaustad sykehus (t.h.) og Rikshospitalet.

FOTO: CORNELIUS POPPE / NTB SCANPIX.

prosessen som ledet frem til byggingen av det nye Rikshospitalet (1). Analysen har interesse for beslutningene vi står oppe i nå. Ikke bare gis vi et innblikk i hvor komplekse og uoversiktlige denne type beslutningsprosesser kan være, og hvor mange krefter og ulike aktører som er med i spillet. Mange av aktørene den gang deltar fortsatt i beslutningene nå. Hele OUS-prosessen kan faktisk betraktes som en lang omkamp om det nye Rikshospitalet som Stortinget vedtok i 1992. Prosessene som ledet frem til bygging av det nye Rikshospitalet kan forklare at vi nå står foran utfall som kan bli nettopp en «dårligere løsning for alle parter» (1).

Da Stortinget vedtok bygging av nytt rikshospital var det gått mer enn 40 år siden *Plankomiteen for Rikshospitalet* først fremsatte forslaget i 1946. At det skulle ta så lang tid skyldtes delvis at ikke alle ønsket sykehuset. I 1980-årene var øvrige helseregioner og sykehus motstandere av å bygge et nytt nasjonalt sykehus, og de delte denne motstanden med mektige aktører i Oslo kommune, Sosialdepartementet og Finansdepartementet (1). Alternativet til et nytt sykehus var å fortsette i de gamle og trange lokalene, eller å flytte funksjonene til nybygg på Ullevål. De øvrige regionene støttet en slik løsning. Da ville alle få like løsninger, med regionsykehus, uten rikssykehus i en særstilling.

At motstanden ble overvunnet skyldtes en rekke særlige omstendigheter og tilfældigheter (1, 2). Det ble blant annet etablert en hemmelig «aksjonsgruppe» som jobbet i flere år med å lobbe for byggeplanene på Gaustad. Grappa var særlig opptatt av å påvirke stortingspolitikere. De fikk etter hvert støttespillere i de fleste partier. Da gruppas medlem Tove Strand Gerhardsen i 1986 ble statsråd fikk forkjemperne også en avgjørende fot innenfor Sosialdepartementet, hvor sentrale byråkrater var motstandere av prosessen.

For å tekkes motstanden ble prosjektet nedskalert både i sengetall og i størrelse. Sykehuset ble også dandert ut med lav bygningsmasse på den tilgjengelige tomte, og byggene ble planlagt og dimensjonert uten mulighet for senere påbygning i høyden. I nordenden av tomte ble teknisk sentral og kjeleanlegg plassert som en plombering. Sykehuset skulle ikke kunne utvides senere.

Omorganisering av helsevesenet er beskrevet

som et evigvarende spill, både spill av krefter og spill om makt og innflytelse (2). I 1980-årenes spill om nytt rikshospital vant forkjemperne overraskende frem mot krefter som i utgangspunktet syntes overveldende. Kanskje var koplingen mellom stortingspolitikere og sykehuset avgjørende. Men også det nye sykehuset ble et kompromiss – mindre enn ønsket og uten mulighet for senere utvidelse – et «utfall som ikke er intendert av noen» (1). Bare fire år etter åpningen i 2000 startet omkampen.

For i 2004 satte Helsedepartementet i gang prosessen med sammenslåing av sykehusene i Oslo. Det ble skissert store innsparingsgevinster ved å fusjonere Ullevål og Rikshospitalet. Arbeidet ledet frem til sammenslåingen av Helse sør og Helse øst i 2007, og dannelsen av OUS året etter. De samme aktører som i 1980-årene var motstandere av det nye Rikshospitalet var ivrige pådrivere. Styret i det nye sammenslåtte sykehuset har hele tiden vært kontrollert av representanter fra de øvrige regionene.

Da omkampen startet i 2004 sto i realiteten Rikshospitalet ganske alene, og var egentlig dømt til å tape. Sykehusets viktigste allierte var i grunnen realitetene. Forholdene lå dårlig til rette for sammenslåing. Man hadde nettopp åpnet et nytt sykehus som var konstruert for ikke å kunne utvides. Men i spillet om makt og innflytelse var kjensgjerningene av underordnet betydning, sammenslåingen rullet videre, godt hjulpet av mange fra øvrige regioner. Daværende leder i Helse sør-øst solgte prosjektet inn med lovnader om utbytte til alle; «Sykehusendringer i Oslo – til beste for hele landet» (3).

Et tapt tiår

Ti år etter sammenslåingen har vi ikke kommet noen vei. Prosessen har vært slitsom og også ødeleggende for mange av fagmiljøene. Overskudd og initiativ som burde drevet pasientbehandling og fag fremover har havnet i mange ørkesløse forsøk på å skape mening i et tapt prosjekt.

Prosjektets gordiske knute har hele tiden vært Rikshospitalet – sykehuset som er for nytt til å fraflyttes, men som ikke lar seg omdanne til det kjempesykehuset det må bli for å overta akuttfunksjonene. Enhver løsning som innebærer at selv rester av de nasjonale sykehusene når noen

selvstendig status, vil være uakseptable for en rekke sterke krefter. De øvrige regionene, og mektige stemmer i forvaltningen, vil ikke akseptere annen løsning enn et regionsykehus etter mønster fra de øvrige distriktene. Det er krevende med et sykehus som er større enn hele helseregioner.

Konklusjon

Jeg mener at fusjonen nå står ved et veiskille. Skal man sette i verk store og dyre planer uten at det er klart hva vi vil oppnå? Eller bør vi gå en runde til og rydde i egne prioriteringer? Tiden har løpt fra oss, og det er allerede overtydelig at vi mangler kapasitet, og at Aker sykehus aldri skulle vært lagt ned. Også Rikshospitalet eldes, og det er nå mulig å se for seg at bygningene på Gaustad en gang skal forlates. Lite tyder på at vi kan se for oss noen endelig samling før nærmere 2040. Da vil sykehuset være 40 år, og kan være modent for utskifting.

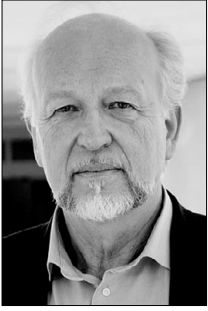
Etter mitt syn bør vi starte med tiltak som sikrer at vi får tilstrekkelig kapasitet. Et nytt lokalsykehus på Aker kan ta over bydelene som i dag er lagt til Akershus universitetssykehus og veksten som følger av demografi-endringene. En eventuell samling av aktiviteten i de allerede store sykehusene på Ullevål og Rikshospitalet har ikke samme grad av hast, og bør skje i kontrollerte former og på en egnet tomt. Det fremlagte løsningsforslaget er kostbart og risikabelt. Også styret i Helse sør-øst har påpekt usikkerhet rundt sykehusledelsens planer. I styrevedtak 15. juni 2017 bemerket styret at «det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og [styret] ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette» (4). Da peker Ullevål-tomta seg ut. Her er det mulig å bygge i høyden. Det er også enklere å flytte Rikshospitalet til nye bygg rundt akutt sykehuset i en gradvis prosess, enn å splitte opp og flytte landets største akutt sykehus. +

Artikkelen er basert på et innlegg på seminar på Litteraturhuset 16. januar 2018 arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeförening.

CHRISTIAN GRIMSGAARD
christiangrimsgaard@gmail.com

Litteratur

1. Kjekshus LE. Mellom medisin og politikk: en organisasjonsteoretisk analyse av beslutningsprosessen i forbindelse med Nytt Rikshospital. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 1995: 22.
2. Norum KR. Et nytt Rikshospital på Gaustad. I: Norum KR. Ernæring og erindring. Oslo: Det norske medisinske Selskab, 2014: 408-16. www.dnms.no/index.php?seks_id=223972&treeRoot=223103&element=Subsek3&a=1 (13.4.2018).
3. Mikkelsen B. Sykehusendringer i Oslo – til beste for hele landet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2111. <https://tidsskriftet.no/2010/11/kommentar/sykehusendringer-i-oslo-til-beste-hele-landet> (13.4.2018).
4. Godkjente protokoller fra styremøter i Helse Sør-Øst RHF. 080-2107 Saksframlegg – Godkjenning protokoll styremøter juni 2017. <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2017/20170817/080-2107%20Saksframlegg%20-%20Godkjenning%20protokoll%20styrem%C3%B8ter%20juni%202017.pdf> (13.4.2018).



Bjørn Erikstein (f. 1952) har vært administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus siden 2011.

Hvordan skal Oslo universitetssykehus utvikles for best mulig å dekke befolkningens behov?

Å ta valg om plassering av sykehusbygg er komplisert. Det kan isolert sett være gode argumenter for mange løsninger for Oslo universitetssykehus. Men med presserende behov for nye bygg og nødvendig fremdrift, må man fatte beslutninger, selv om det ikke er full oppslutning om løsningen.

Oslo universitetssykehus (OUS) er lokalsykehus for seks bydeler i Oslo, områdesykehus for 12 bydeler, regionsykehus for befolkningen i hele Helse sør-øst og har mange nasjonale funksjoner for hele landet. Helseforetaket ble etablert i 2009 og driver sin virksomhet på mer enn 40 adresser og til dels i gammel bygningsmasse. Det forventes økt behov for spesialisthelsetjenester i årene fremover som følge av befolkningsvekst i hovedstadsområdet, økning i antallet eldre i befolkningen og som følge av den medisinske og teknologiske utviklingen.

Det er stor enighet i brede lag om at OUS trenger nye bygg for å kunne levere gode helse-tjenester til befolkningen og være en god og moderne arbeidsplass for alle ansatte. Det er i tillegg viktig at planlegging av nye bygg ses i sammenheng med hvordan vi skal utvikle pasienttilbudet. Dette betyr at det er komplisert å ta valg om plassering av sykehusbygg. Det kan isolert sett være gode argumenter for mange løsninger, men i lys av OUS' presserende behov for nye bygg og nødvendig fremdrift, må det også være milepæler der

man fatter klare beslutninger, selv om det ikke er full oppslutning om løsningen fra alle som er berørt.

Selv om det er kompliserte planleggingsprosesser også på Radiumhospitalet og ved Regional sikkerhetsavdeling (RSA), opplever vi ikke at disse prosessene er særlig omdiskutert, om man ser bort fra reguleringsprosessen knyttet til RSA. Disse prosjektene vil derfor ikke omtales nærmere i dette innlegget.

De store avveiningene som må gjøres er knyttet til den videre utvikling av de funksjoner som i dag ligger på Ullevål, Rikshospitalet/Gaustad og Aker. Hvordan skal disse utvikles videre og hvor skal de ligge rent geografisk?

Oslo universitetssykehus startet et planleggingsarbeid i 2013 etter styrevedtak senhøstes 2012 om å gjennomføre en idéfase for å avklare den videre utviklingen. Tidligere var det gjennomført en arealutviklingsplan som ble styrebehandlet i mars 2012. Idéfaserapporten ble ferdigstilt i juni 2014 og sendt på høring. Det kom mange høringsvar, og det som kjennetegnet de fleste var ►



Selv om det er kompliserte planleggingsprosesser også på Radiumhospitalet, opplever vi ikke at disse prosessene er særlig omdiskutert, skriver Bjørn Erikstein. Her sammen med helseminister Bent Høie (H) på en omvisning på Radiumhospitalet i 2015.

FOTO: TERJE BRINGEDAL, VG

forståelse for behovet for nye bygg. I tillegg var det skepsis til å samle all virksomhet på ett sted, enten Ullevål eller Gaustad. Det ble tydelig beskrevet behov for et nytt lokalsykehus, og at Aker var et naturlig valg for dette.

I det videre idéfasearbeidet og som en konsekvens av høringsinnspillene, vurderte man derfor disse alternativene:

- Nullalternativet – bli hvor vi er; renovering og oppgradering av gamle bygg samt enkelte nybygg.
- Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål
- Delvis samling på Gaustad og nytt lokalsykehus på Aker

I alle disse alternativene *lå utvikling av et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling* inne som forutsetninger.

Disse alternativene ble så grundig vurdert, og i 2016 var man kommet til et viktig valg. Styret i Helse sør-øst vedtok 16. juni 2016 sin tilslutning til et fremtidig mål bilde for OUS og som ble stadfestet i foretaksmøte med helseministeren samme måned. Det omfatter:

- Et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad
- Et lokalsykehus på Aker
- Et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet
- Regional sikkerhetsavdeling

Riktige penger til riktige bygg

Høy alder på store deler av bygningsmassen, sammen med forventet befolkningsvekst tilsier at det må gjennomføres store investeringer i Oslo-sykehusene i de nærmeste tiårene. Bygningsmassen er preget av høy alder og har svært varierende standard. Det må selvfølgelig til enhver tid sørges for nødvendig vedlikehold for å sikre forsvarlig drift og å lukke pålegg fra ulike tilsyn. Men det er enda viktigere å kunne planlegge for et mål bilde med fornyelse av bygningsmasse ut over kort-siktig flikking på bygninger som aldri vil oppfylle dagens krav til standard. En ansvarlig ledelse må

derfor ha en langsiktig strategi for hvor fremtidige bygg skal lokaliseres og fungere som et godt drevet sykehus som ivaretar de funksjonene OUS har ansvar for. Vi har også et hovedprinsipp at begrensede budsjettmidler i størst mulig grad må brukes på varige bygg. I tillegg sier Helse sør-østs strategi at alle nye byggeprosjekter skal bygges ut i etapper.

Hvorfor ikke Ullevål?

Det er selvfølgelig mulig å bygge ut og fornye Ullevål som sykehus, men det var flere grunner til at alternativet med utbygging på Ullevål falt bort. En viktig årsak var at å tilrettelegge for fremtidig moderne sykehusdrift på Ullevål ville kreve en betydelig fornyelse av dagens tekniske infrastruktur før man i det hele tatt kunne gå i gang med bygging også bare av ett nytt klinikkbygg. I tillegg er det stort behov for utskiftning av dagens gamle bygningsmasse, som ikke kan dekkes ved bare å bygge ett nytt bygg. De fleste av de sentrale pasientbyggene på Ullevål måtte i så fall erstattes. Samtidig er dette et område med utfordrende grunnforhold. Vi har gjennomført en analyse der det ble vurdert å være betydelig risiko knyttet til nødvendig rivning og bygging tett på hverandre over en lang tidsperiode - på et sykehus i drift. Risikoen for hendelser som påvirker pasientsikkerheten ble vurdert klart høyest ved utbygging på Ullevål sammenlignet med Aker og Gaustad. Disse forholdene er godt dokumentert i flere eksterne rapporter.

To planalternativer på Gaustad

Det gjennomføres nå konseptfaser for utbygging av Gaustadområdet og nye bygg på Aker. På Gaustad skal vi samle de regionale og nasjonale funksjonene i et komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner for minst tre bydeler. Vi skal videre flytte akuttfunksjoner inkludert traumefunksjonen fra Ullevål til Gaustad som en del av trinn 1. I den forbindelse er det viktig at kapasitet og kompetanse tas hensyn til spesielt i forbindelse med traumefunksjonen, og det må derfor diskuteres om kirurgisk aktivitet fra tre bydeler er tilstrekkelig eller om denne må baseres på en større befolkning alternativt på fordeling av funksjoner.

Det er estimert et arealbehov i trinn 1 på ca. 72 000 m² somatikk og ca. 8000 m² universitetsareal i første byggetrinn. Det er i tillegg viktig å understreke at det er et mål å integrere og fremheve gamle Gaustad sykehus, og at området rundt dette sykehuset utvikles som parkanlegg og stilles til disposisjon for allmennheten.

Det arbeides med to planalternativ i reguleringsprosessen. I planalternativ 1 utvikles sykehuskjernen primært nord for Rikshospitalet, med noe lavere bebyggelse nord for Gaustad, mens man i *sør avsetter* arealer til fremtidig utvikling. Hovedinngangen med atkomsttorg flyttes til øst-siden av Rikshospitalet inkludert ny trikkeholdesplass og som vil bidra til å fremheve Gaustad. Det skjer en omlegging av Sognsvannsveien i nord, og trikkestraséen langs Sognsvannsveien forlenges.

Dette knytter ny virksomhet til eksisterende anlegg i nord, hvilket gir god funksjonalitet og sammenheng, og vil ikke kreve omfattende rivning i sør med tilhørende miljøproblemer og høye kostnader, men legger til rette for at anlegget i sør kan utvikles i et senere utbyggingstrinn. Riksantikvaren stiller seg positiv til forslaget.

I planalternativ 2, som også blir utredet videre, er tanken å utvikle sykehuskjernen sør for Rikshospitalet og som inkluderer utnyttelse av dagens atkomsttorg. Dette planalternativet viser blant annet et alternativ som ikke påvirker eksterne bygg. Det betyr at en samlet økning i bygningsvolum ved å kombinere planalternativ 1 og 2 vil kunne skje på oversiden av ring 3 uten at dagens medisinske preklinikkbygg og sykehotell påvirkes.

Planlegging på Aker

Vi vil etablere et stort akutt sykehus med somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på Aker, og det blir etablert en storbylegevakt i samarbeid med Oslo kommune på samme område. Det gjennomføres derfor et planarbeid sammen med Oslo kommune for Aker-tomten. Hovedgrepene for utvikling av sykehusområdet er allerede etablert, men selv om det er stor velvilje også politisk til etablering av nytt sykehus på Aker, er det viktig å peke på at det er utfordrende å få dette til på en god måte på grunn av fredete bygg og anlegg i grunnen.

De samme prinsippene for trinnvis utbygging gjelder også her. Estimert arealbehov for trinn 1 er 110 000 m² og 12 000 m² universitetsareal i første byggetrinn.

Smartere bruk av teknologi

I det videre arbeidet med nye bygg må man også ta hensyn til den medisinske og teknologiske utviklingen og som vil endre og kanskje også øke etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Samtidig er det grunn til å hevde at den samme utviklingen også vil ha et stort potensial for å kunne redusere fysisk oppmøte *på sykehusene* og vil kunne legge grunnlaget for å etablere hjemmesykehus for flere pasientgrupper. Dette er også viktig å ta med når man skal vurdere behovet for kapasitet fremover.

Nytt lokalsykehus i fremtiden

Det snakkes mye om kapasitetsutfordringer og om å beholde Ullevål hvis behovet for enda et lokalsykehus skulle tre frem. Vi tror ikke det ekstra lokalsykehuset Oslo i så fall vil ha behov for i fremtiden bør ligge innenfor en radius på 2-3 kilometer fra de fleste andre sykehusene i Oslo (Gaustad, Aker, Lovisenberg og Diakonhjemmet) samtidig som befolkningsveksten er størst sør i Oslo og i Follo-regionen. Hvis Oslo og området rundt trenger økt lokalsykehuskapasitet på lengre sikt utover det som det nå planlegges for, bør man bygge i det området der de som skal bruke sykehuset bor. Da vil det være naturlig å se på områder sørøst i byen for å finne tomter som kan egne seg, eventuelt utover bygrensene. Det er en beslutning som uansett vil ligge en del år frem i tid. Nå må vi konsentrere oss om å løse de utfordringene vi har de nærmeste årene. +

Artikkelen er basert på et innlegg på seminar på Litteraturhuset 16. januar 2018 arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeförening.

BJØRN ERIKSTEIN
eribj@ous-hf.no



Tor Winsnes (f. 1946) er sivilarkitekt og var med i gruppen (HolteProsjekt as) som lanserte idékonseptet for nytt Rikshospital på Gaustad. Som sykehusplanlegger og -arkitekt har han arbeidet for bl.a. Ullevål og Aker sykehus.



Dag Hovland (f. 1948), arkitekt og planleggingsrådgiver, har vært rådgiver for byggherrer og forvaltere av store næringsseiendommer i Oslo.

Rikshospitalet kan ikke bli et fremtidsrettet regionsykehus

Sykehusplanene for Oslo innebærer at Rikshospitalet på Gaustad skal bygges ut til regionsykehus. Gaustadområdet er uegnet som lokalisering av regionsykehuset på grunn av knappe tomteressurser, bratt terreng og fredet bygningsmasse. Samtidig skal Ullevål sykehus selges, den eneste eiendommen i Oslo som kan imøtekomme alle de kriteriene som må stilles til et nytt og fremtidsrettet regionsykehus.

Helse sør-øst (HSØ) og Oslo universitetssykehus (OUS) har i mange år søkt å rasjonalisere drift og eiendomsmasse. Sykehuset forvalter i dag ca. 1 million kvadratmeter bygningsareal fordelt over hele byen. Bygningsmassen er av sterkt varierende kvalitet og alder. Det er beregnet at en mer rasjonell og moderne sykehusstruktur kan begrense arealbehovet til ca. 600 000 kvm.

OUS eier tre store eiendommer, Ullevål, Gaustad og Aker, som alle har utviklingsmuligheter knyttet til sykehusplanen. Alle eiendommene omfatter imidlertid bygningsmiljøer som er vernet av Riksantikvaren (1), noe som i varierende grad be-

grenser utbyggingsmulighetene. Gaustad har den mest omfattende båndleggingen.

Etter flere år med utredning og forsøk på å samle de store sykehusene i Oslo på én adresse, ble gjeldende plan for sykehusene i Oslo lagt i 2016: Rikshospitalet på Gaustad skal overta regionfunksjonene fra Ullevål og være lokalsykehus for tre bydeler. Aker skal bli lokalsykehus for seks bydeler med storbylegevakt, Radiumhospitalet får nybygg støttet av private donasjoner. Ullevål sykehus skal selges til bolig- og byutviklingsformål.

Gaustad

På et åpent møte på Gaustad sykehus 28.2.2018



ble de aktuelle byggesonene for Rikshospitalet presentert. Disse er vist på kartskissen, figur 1, merket 1A, 1B, 2 og 3. I tillegg hadde HSØ i 2017 fremmet et forslag om å bygge tvers gjennom vernesonen for Gaustad sykehus. Dette ble stoppet av Riksantikvaren høsten 2017 og er derfor ikke til vurdering.

I løpet av 2018 skal konsulentfirmaet Rambøll utarbeide et forslag til regulering av Gaustadområdet. Dokumentene i reguleringsprosessen, som er offentlig tilgjengelig, kan leses på nettsidene til Oslo kommune, Plan- og bygningssetaten (2-5).

Rikshospitalet på Gaustad har en sammenhengende bygningsmasse med store etasjearealer og gode forbindelser internt. Det er et ferdig avsluttet bygg, med arkitektur tilpasset verneområdet på Gaustad sykehus. Det har ingen naturlige utvidelsesmuligheter og det kan ikke påbygges i høyden. Dette var kjent da idéen om nytt Rikshospital som forsknings- og undervisnings-sykehus med landsdekkende spissfunksjoner, ble lansert.

Figur 1 (side 22) viser de områdene som vurderes for eventuell utbygging av sykehuset.

Nord for sykehusene stiger terrenget bratt opp mot en eksisterende småhusbebyggelse.

I dette området, sone 1A og 1B, vil nye sykehusbygninger få en høydeforskjell ned til inngangspanet i Rikshospitalet på mellom 20 m og 25 m.

I sør, sone 2, ligger pasienthotellet og universitetets Domus Medica på pynten mot Ring 3. I vest går det bratt ned til Sognsvannsbekken. Øst

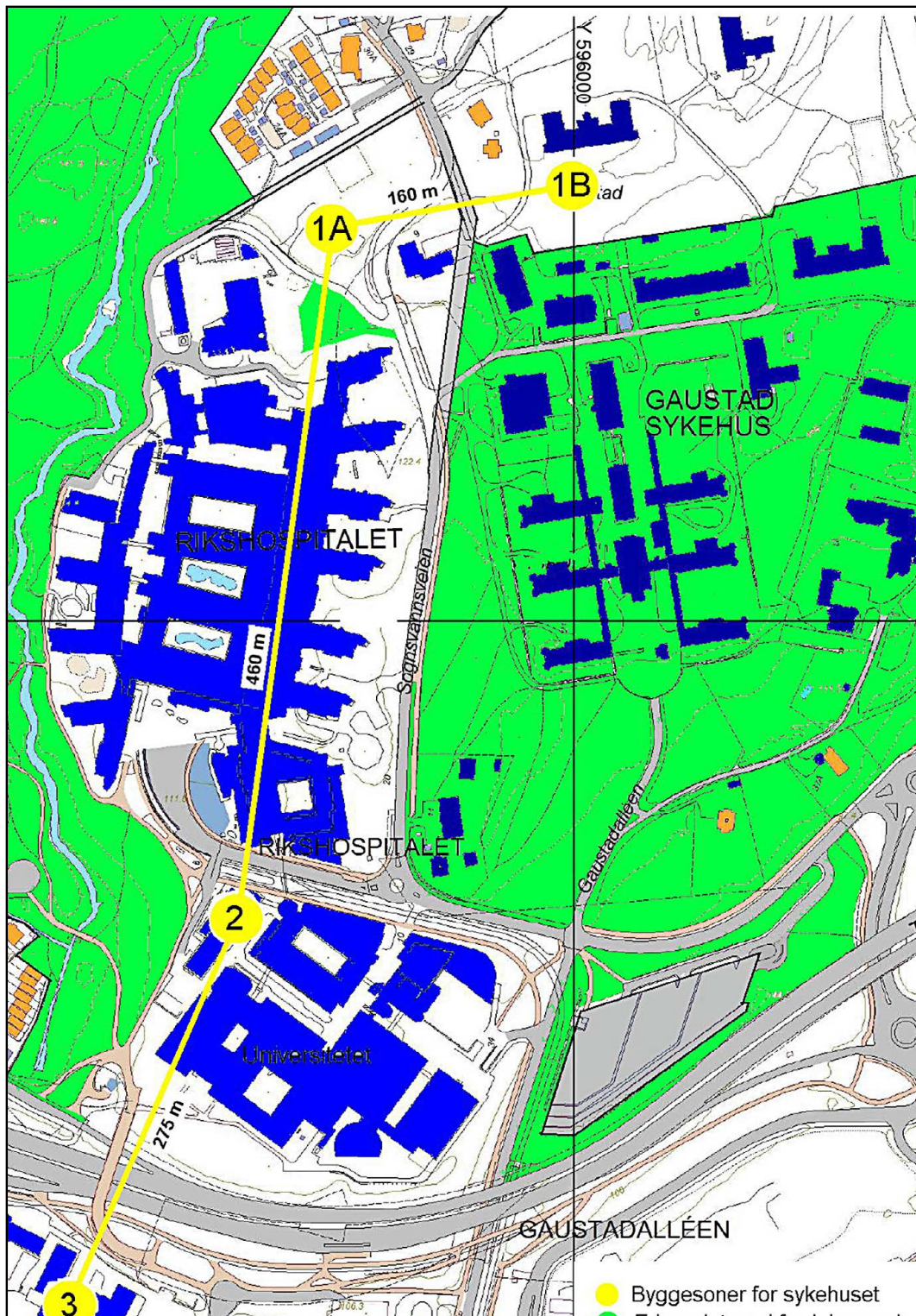
for Sognsvannsveien ligger Gaustad sykehus på en slak åsrygg med utomhusareal og forterreng (grønt), alt fredet i verneklasse 1.

Kartet viser at det ikke er mulig å bygge et stort, sammenhengende sykehus med utgangspunkt i Rikshospitalet. Utbygging i nord (sone 1A og 1B) vil gi et tredelt anlegg med lange transportveier og store høydeforskjeller mellom 1A, 1B og eksisterende sykehus. Tilsvarende utbygging i sør (sone 2) forutsetter at store, moderne bygninger må rives og erstattes for å skaffe tilstrekkelig tomteareal. Ytterligere tilleggsarealer kan ligge på lokk over Ring 3 (sone 3), men det er neppe teknisk og økonomisk mulig.

Dersom planen for utbygging av Rikshospitalet skal følges frem mot 2030, må både sone 1A og 2 bygges ut. Anlegget vil fremstå oppdelt og med svekket fleksibilitet. Da er så godt som alle tomteressurser utnyttet og sykehuset vil stå uten reservearealer med mindre vernebestemmelsene for Gaustad sykehus lempes.

Forslag til byggesonene 1A og 1B ble lansert i desember 2017 etter at Riksantikvaren hadde avvist forslaget om å bygge i vernesonen. Riksantikvaren kan tillate en bebyggelse i sone 1B dersom den holdes lav og oppdelt for ikke å danne en «vegg» bak Gaustad sykehus (3). I sone 1A ligger fra før teknisk sentral og en biotop med fornminner (Eikelunden). Utbyggingspotensialet i sone 1AB er derfor begrenset.

Bygningene i sonene 1A og 1B må forbindes med en tunnel under Sognsvannsveien. Videre ►



Figur 1. Kartskisse av Gaustadområdet. Utbyggingssonene er angitt med tallmarkering.

tilknytning til Rikshospitalet forutsetter en 20 m dyp heissjakt ned i fjellet og ytterligere tunneler. Forbindelsen må dekke alle typer intern transport i sykehuset, også pasienter og besøkende.

Eikelunden i 1A og et felt øst i 1B har arkeologiske kulturminner fra 2000-3000 år gamle bosettinger. Området er ikke ferdig undersøkt (3).

Vi er ikke alene om å se konsekvensene av planforslagene. Innsyn i dokumentene viser at både Rambøll AS og Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune har advart om kostnader, risiko, manglende bygningsmessige forbindelser og ødeleggelse av et vernet kulturlandskap. Motstanden i Plan- og bygningsetaten mot utbygging i sone 1A og 1B er så stor at de har varslet at de kan nekte å legge planene ut til offentlig ettersyn (2).

Plan- og bygningsetaten anbefaler utbygging i sør ved å utvide planområdet til sone 3 som lokk over Ring 3. Helse sør-øst har foreslått dette tidligere i forbindelse med storprosjektet *Campus Oslo*. Statens vegvesen anså forslaget som urealistisk og det ble derfor forlatt.

For byggesone 2 og 3 har Rambøll AS påpekt tre betenkeligheter (4):

- Vanskelig å få til en god funksjonell sammenheng med eksisterende sykehusbygg på Rikshospitalet
- Store økonomiske og miljømessige konsekvenser ved riving av flere moderne og vel-fungerende bygninger, bl.a. universitetets Domus Medica
- Svært høye byggekostnader som følge av krav om nye erstatningsbygg og et komplisert forhold til Ring 3, med og uten lokk

Rambøll AS har utdypet disse forholdene i et

notat høsten 2017: «Alternativet med lokk over ringveien er valgt bort på grunn av kompleksiteten i tiltaket. Lokket vil medføre betydelige økonomiske kostnader og riving av eksisterende funksjonell bygningsmasse» (5). Det nevnes også betenkeligheter for driften av Rikshospitalet og universitet «i et trangt og presset område».

Oppsummering

Basert på denne gjennomgangen mener vi at det er grunnlag for tre konklusjoner:

- 1.** Det finnes ingen reelle arealreserver på Rikshospitalet. Foreslått utbygging i nord og sør vil være kostbar og negativ for sykehusdriften.
- 2.** Det beskrives en risikoprofil for gjennomføring, kostnader og framdrift som langt overskrider den risikoprofilen som i sin tid ble utarbeidet for å diskvalifisere Ullevål fra videre drift.
- 3.** Det kan ikke bygges et effektivt, samvirkende regionsykehus med utgangspunkt i Rikshospitalet.

Ullevål sykehus

Det eksisterende regionsykehuset på Ullevål har arealreserver som er store nok til å fange opp befolknings- og sykdomsutviklingen i overskuelig fremtid. Eiendommen er flat og har en tilnærmet kvadratisk form, noe som tilsier at det kan etableres bygningsstrukturer med store, sammenhengende etasjearealer samtidig som de interne avstandene blir så korte som mulig. Noe som gir god fleksibilitet og effektiv drift. Kartskissen fig. 2, viser utviklingsområdene med areal og utbyggingskapasitet. Omtalte bygninger er angitt med bygningsnummer.

På kort sikt har sykehuset behov for fornyelse av de delene av bygningsmassen som gir de dårligste forholdene for ansatte og pasienter. Dette kan avhjelpes med et nybygg rett nord for Midtblokken ►

i Sentralkomplekset (område 1A). Bygningen vil få kort og god forbindelse til alle de tunge behandlingsenhetene i sykehuset (mørk blå).

Grunnforholdene er uproblematisk med moderne peleteknikk. Infrastrukturen rundt de tekniske sentralene er registrert. Dersom ny bebyggelse medfører at dette må legges om og flyttes, vil det bli kostbart og tidkrevende, men omfanget avhenger av utbyggingsløsning. Området er ferdig regulert og berører ikke det antikvariske verneområdet. Byggesaksbehandlingen i kommunen vil være enkel.

Etter denne første utbyggingen kan kirurgisk og medisinsk bygning (område 3) fraflyttes og eventuelt rives for videre utvikling av sykehuset. Videre utbygging kan skje mot øst og vest (område 1b og 1c) og nordover i områdene 2 og 4 (se fig. 2).

Konklusjon

Idéen om å bygge et stort sykehus på Gaustad må legges død. Hvis dette også blir konklusjonen HSØ trekker i 2019 når reguleringsforslaget fra Rambøll AS er ferdig utarbeidet, er prosessen satt flere år tilbake i tid. Planlegging av en utbygging på Ullevål sykehus bør derfor igangsettes parallelt med reguleringsaken på Gaustad.

Eventuelle planer om salg av eiendommer på Ullevål sykehus må stilles i bero. **+**

Artikkelen er inspirert av innlegg på seminar i Litteraturhuset 16. januar 2018 arrangert av Stiftelsen Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeförening. Kartskissene er utført av forfatterne.

TOR WINSNES
torwinsnes@icloud.com
DAG HOVLAND
dag@arkitekthovland.no

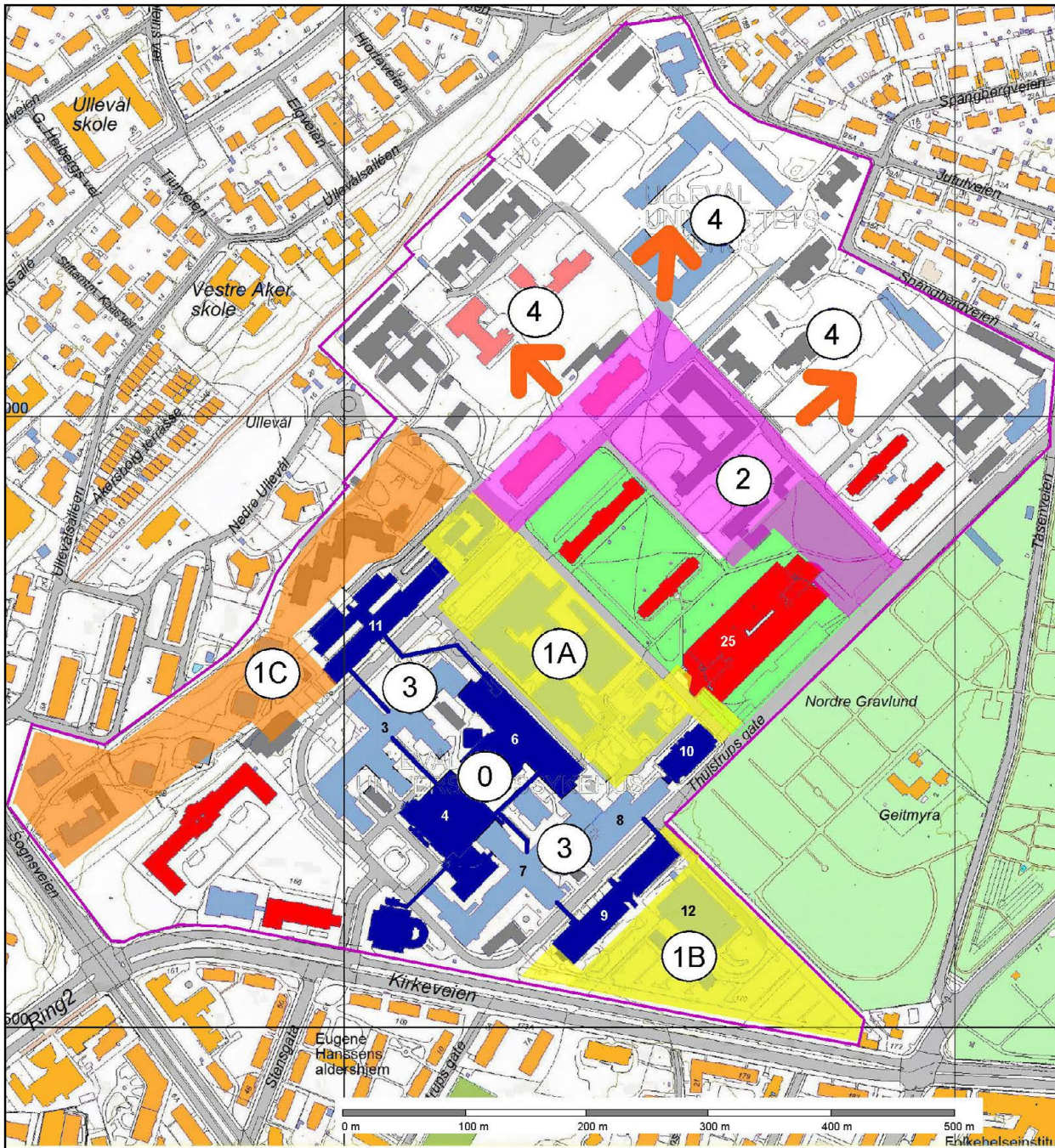
Litteratur

1. Landsverneplan for helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet. www.lvph.no (25.3.2018).

Dokumentreferansene 2–5 er alle fra nettsiden: Oslo kommune, Plan- og bygningsetaten, saksinnsyn, saksnummer 201704683. Nettsiden suppleres fortløpende.

<http://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?direct=Y&mode=&caseno=201704683>

2. Referat fra oppstartsmøte datert 6.12.2017
3. Byantikvaren i Oslo uttalelse 31.3.2017 og Riksantikvaren e-post 7.12.2017.
4. Brev fra Rambøll AS til Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune datert 21.6.2017.
5. Notat fra Rambøll AS til Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune datert 8.9.2017.



Oslo universitetssykehus, Ullevål

Bygningsmasse

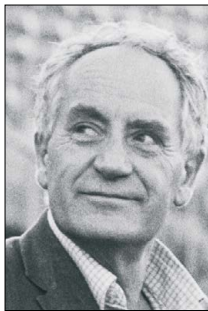
- Bygning i verneklasse 1, fredet
- Bygning i verneklasse 2, bevaring
- Bygning med høy bruksverdi som sykehus
- Bygning av varierende kvalitet og bruksverdi
- Lett og/eller provisorisk bygning

Utbyggingsfaser

- Aktuell sone for klinikker knyttet til Sentralkomplekset. Somatikk
- Aktuell sone for annen helserelatert bebyggelse
- Fremtidig byggesone når dagens sentralkompleks skal erstattes
- Videre utbygging på lang sikt

- 0** Dagens sentralkompleks med alle tunge somatiske funksjoner
- 1A** Prioritert for klinikkbygg. Knyttes til bygg 6, 8, 10, 11, 25. River økonomibygninger. Kompliserte grunnforhold. Areal ca 22 dekar. Kapasitet ca 70.000 m2 BTA
- 1B** Eget for klinikkbygg. Knyttes til bygg 7, 9, 8. Ev. riving av bygg 12. Enkle grunnforhold. Areal ca 17 dekar. Kapasitet ca 50.000 m2 BTA
- 1C** Eget for helserelaterte funksjoner. Tilbygg bygg 11. Bratt terreng, høytliggende plattå. Enkle grunnforhold. Areal ca 19 dekar. Lav utnyttelse, ca 20.000 m2 BTA
- 2** Utbygging når Sentralkomplekset må erstattes. Knyttes til 1A, bygg 25. Enkle grunnforhold. Angitt areal 34 dekar. Kapasitet ca 120.000 m2 BTA
- 3** Sentralkomplekset rives/renoveres. Utbygges som utvidelse av sykehuset o.a. Kompliserte grunnforhold. Areal ca 60 dekar. Kapasitet maks. 200.000 m2
- 4** Utbygging av sykehuset på lang sikt. Areal ca 110 dekar. Kapasitet ca 300.000 m2

Fig. 2. Kartskisse av Ullevål sykehus. Viser utbyggingstrinn og -potensial. 1A er første byggetrinn.



Rune Slagstad (f. 1945) er dr. philos. og professor emeritus ved Institutt for samfunnsforskning.

Maktens arroganse

De siste ti årene har det vrimlet med planer for Oslo universitetssykehus. Prisen har vært høy. Bare siden 2013 har planarbeidet med arkitekter og konsulenter kostet 250 millioner kroner. Ellers har lite skjedd.

Oslo universitetssykehus (OUS) ble opprettet i 2008 som en fusjon av Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål og Aker, og samtidig vedtok Helse sør-øst (HSØ) at hovedstadens regionale sykehusfunksjoner innen 2015 skulle være samlet på Gaustad. I 2018, ti år senere, er fortsatt ikke spaden satt i jorden på Gaustad. Med forventninger om snarlig samlokalisering innførte OUS en helt ny organisasjonsstruktur, idet klinikker, avdelinger og seksjoner ble delt opp og organisert på tvers. Bortsett fra fusjonen av noen mindre fagmiljøer drives sykehusene som tidligere, men med en ny, lite hensiktsmessig organisering og uten stedlig ledelse. Så langt er det eneste som har skjedd, at det i 2014 ble åpnet et flott bygg for akuttmottak på Ullevål, prislapp ca. 500 mill. kr. Hvis OUS-ledelsen får det som den vil, skal dette akuttmottaket nedlegges om noen år!

Aker sykehus nedlagt i all hast

Hva er det som har foregått ved OUS i alle disse årene? Til tross for utallige forsikringer om at Aker, et av landets beste og mest velfungerende lokalsykehus, skulle bestå, ble sykehuset besluttet nedlagt i all hast av OUS-styret i februar 2010 mot Fagforbundets ene stemme. Nedleggelsen var, innser nå de fleste, et misgrep. Strategen bak var HSØ-direktør Bente Mikkelsen. OUS hadde regnet med at Aker-tomten kunne selges til bolig-

formål for vel 800 millioner kroner for slik å bidra til realisering av Gaustad-prosjektet; staten hadde ervervet tomten for 1 krone av kommunen ved sykehusreformen i 2002. Helsebyråkratene hadde imidlertid oversett at Aker-tomten var regulert for sykehusformål.

Et annet motiv var å sikre det nye Ahus et større pasientgrunnlag for slik å betjene dets gjeld. Ved overføring av Aker-pasienter fikk Ahus en årlig budsjettoverføring på 1,8 milliarder. Befolkningsveksten på Oslo øst ble langt sterkere enn HSØ hadde forutsatt, og resultatet ble et overfylt Ahus og svekket sykehusstilbud til Oslos befolkning. I OUS-styret i 2010 satt bl.a. Oslos nåværende ordfører.

Og gjelden vokste og vokste

Til tross for langvarig motstand fra OUS-ledelsen er Aker etter vedvarende politisk press besluttet gjenoppbygget – anslått pris: 9,8 milliarder kroner. Gitt den sterke befolkningsvekst i hovedstadsregionen (30 % til 2040) – ikke hensyntatt i OUSs planer – vil det i løpet av de neste 10-15 år måtte bygges ytterligere et nytt lokalsykehus i sør-øst.

Gaustad-prosjektet viste seg ifølge Siri Hatlen, OUSs første direktør (2009-11), urealistisk. Tomten var for trang bl.a. grunnet Marka-grensen, og Hatlen foreslo derfor delt løsning mellom Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål med omfattende modernisering av Ullevål, inklusiv nytt ►



Traumeavdelingen på Ullevål leverte etter 22. juli 2011 «kirurgi i verdensklasse». Avdelingen skal etter planen flyttes til Gaustad, men fagmiljøet frykter et svekket tilbud. Bildet viser daværende statsminister Jens Stoltenberg etter en brifing på Ullevål sykehus dagen etter terrorangrepet.

FOTO: ALEKSANDER ANDERSEN / NTB SCANPIX.

klinikkbygg og ny storbylegevakt (besluttet av bystyret 2010) tilknyttet et nytt akuttmottak. En viktig premiss for 2008-vedtaket hadde vært at fusjonen skulle være finansielt selvstående; den ville ifølge McKinsey gi en årlig effektiviseringsgevinst på 800-900 millioner kroner. Hatlen gjennomskuet den økonomiske ønsketenkning på offentlig regulativ og beskrev prosjektet som stadig mer risikopreget. I 2011 sa Hatlen opp da eier ikke ville bidra med de nødvendige økonomiske ressursene (17,5 milliarder kr). Et par år senere var OUSs kortsiktige akkumulerte gjeld ca. 3 milliarder.

Kreftleger aksjonerte for Radiumhospitalet

Bjørn Erikstein, Hatlens etterfølger, var ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet (2007-11) og hadde vært blant premissleverandørene for 2008-vedtaket. Det første Erikstein gjorde etter at han tiltrådte i 2011, var å stanse Hatlens moderniseringsplan for Ullevål, inklusiv klinikkbygg og storbylegevakt. «Min visjon er å legge Ringveien i tunnel ved Rikshospitalet og samle hele OUS på Gaustad,» fortalte han offentligheten ett år senere: «Dette er noe jeg har tenkt på i fire-fem år.» «Jeg kunne bare ikke la være,» uttalte Erikstein om planen han hadde latt utarbeide så å si i hemmelighet.

I 2014 fikk Erikstein OUS-styrets tilslutning til en plan som innebar å utradere Radiumhospitalet på Montebello og flytte også det til Gaustad som del av hans nye gigantsykehus. «Jeg vil jo tro at omdømmet i stor grad knytter seg til navnet. Coca-Cola produseres jo mange steder i verden, men det er fortsatt Coca-Cola,» fremholdt Erikstein mot sine kritikere. Han hevdet at flyttingen av Radiumhospitalet til Gaustad hadde støtte i det onkologiske fagmiljøet. Det viste seg å være *fake news*. Odd Terje Brustugun, sjef for Radiumhospitalets lungeavdeling, samlet inn støtte fra samtlige 116 overleger mot nedleggelse. I allianse med næringslivslederne Arthur Buchardt og Øyvind Eriksen samt noen politikere vant det medisinske fagmiljøet frem med kravet

om et nytt klinikkbygg på Montebello til tross for vedvarende motstand fra Erikstein. Men Brustugun, en av landets fremste kapasiteter på sitt felt, hører til en lang rekke fremragende fagfolk som har forlatt OUS som følge av en faglig utarmende fusjonsprosess.

Politikerne er lurt trill rundt

Erikstein fikk problemer med sin Gaustad-plan også på annet hold. Det skulle vise seg at han hadde glemt å forhøre seg med veimyndighetene om sin tunnel-plan. Den foreslåtte løsningen med lokk over Ringveien var ifølge Statens vegvesen ikke «gjennomførbar».

Siden 2008 har det vrimlet med planer av ulikt slag – og til en høy pris: Bare siden 2013 har planarbeidet (arkitekter og konsulenter) kostet 150 millioner, og HSØ har nylig bevilget ytterligere 100 millioner. Nå er det Ullevål som skal nedlegges, besluttet HSØ-styret juni 2016 med tilslutning fra helseministeren.

«Alt tyder på at politikerne, også helseministeren, er lurt trill rundt i denne saken,» hevdet Aasmund Bredeli, tillitsvalgt for OUS-legene og mangeårig medlem av OUS-styret, i debatt med Bent Høie i Dagsnytt 18 etter juni-vedtaket. Da Bredeli første gang varslet offentligheten om krisetilstander ved OUS gjennom en kronikk i Dagens Næringsliv høsten 2011, ble han i et lukket styremøte irettesatt av en eierrepresentant (en fremtredende Ap-politiker): han «skjete i eget reir». Sykehusets problemer skyldtes Bredeli, og han burde derfor tre ut av styret. (Vedkommende politiker har i det siste markert seg som en meget varm forsvarer av varslene: «Varslerne må alltid lyttes til!»).

Mikkelsen ble ekspedert til Genève

Bredeli fikk støtte for sin bekymringsmelding av Riksrevisjonen som i sin rapport høsten 2012 formulerte kross kritikk av OUS-ledelsens mangelfulle rapportering av prosjektets kritiske risiko. Som følge av Riksrevisjonens merknader ble

Bente Mikkelsen (av helseminister Støre) fjernet som HSØ-direktør og sendt til Genève før rapporten ble offentlig kjent. Helsepolitisk opposisjonsleder Høie mente for sin del at Riksrevisjonen hadde slått fast «at både tillitsvalgte og Hatlen hadde rett i sin bekymring». Etter at Høie kom i posisjon, har imidlertid også han valgt å legge det døve øret til de utallige bekymringsmeldinger fra tillitsvalgte og det medisinske fagmiljøet.

Da Bredeli i NRK-debatten med Høie i juni 2016 påpekte nedleggelsesvedtakets manglende realitetsforankring, ble han skjelt huden full av Høie (etter at mikrofonen var slått av). Helseministeren var ikke interessert i å lytte til denne varsleren. Bredeli ble belært om at det var hans skyld hvis prosjektet strandet. Det er uklart om helseministeren var klar over den kritiske evalueringsspross forut for vedtaket.

Mangel på realisme ga feilaktig inntrykk

OPAK/Metier hadde i sin kvalitetssikringsrapport hatt en rekke kritiske bemerkninger til nettopp Gaustad-prosjektet. Det var «ikke særlig realistisk å starte med å samle regionsfunksjoner på Gaustad». Prosjektet hadde en risiko som «er betydelig større» enn det som fremkommer i plandokumentene. Planene hadde vært for opptatt av «lokasjon» og «bygg», «og for lite av hvordan man skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv». Kvalitetssikrerne satte «spørsmålsteget ved realismen» i prosjektet og om plandokumentene ga «et riktig bilde overfor beslutningstakere» – til syvende og sist statsråden.

Erikstein var så lite tilfreds med OPAK/Metiers konklusjon at han i den avsluttende fase søkte å få justert den kritiske konklusjon. Da det ikke gikk, bestilte han like godt en ny evalueringssrapport som kunne gi ryggdekning for hans prosjekt – et av Fastlands-Norges største med en antatt kostnadsramme på 38 milliarder. Er det imperiebyggeren på Gaustad som egentlig er landets helseminister?

Viktig å gjenreise Aker som lokalsykehus


Det er mer enn tvilsomt om OUS har økonomisk bæreevne til å realisere sitt planlagte prosjekt – utbygging på Gaustad og Aker på én og samme tid – og trolig heller ikke HSØ i overskuelig fremtid. Det mest påtrengende for Oslos befolkning er gjenoppbyggingen av lokalsykehus på Aker. OUS-ledelsen har latt det skinne gjennom at Gaustad står først i køen med sikte på en trinnsvis realisering av gigantprosjektet. Noe av det første Erikstein planlegger å flytte er traumeavdelingen med dens akutt-mottak til Gaustad – den avdeling som etter 22. juli 2011 ifølge Gjorv-kommisjonen leverte «kirurgi i verdensklasse». Dette er bakgrunnen for oppropet fra lege-allmøtet ved Ullevål høsten 2017: «De fremlagte planene for oppdeling av akutt-sykehuset vil med høy sannsynlighet svekke det samlede akutt-tilbudet, inkludert katastrofeberedskapen, i regionen. Vi ber om at planprosessen stanses.»

OPAK/Metier ga i realiteten støtte til å få utredet en alternativ løsning til Gaustad-prosjektet, fremsatt av Fagforbundet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet: en klarere funksjonsdeling mellom Rikshospitalet som landets fremste spesialsykehus og et oppgradert Ullevål som akutt-sykehus for hovedstadsregionen med de nødvendige kliniske spesialiteter. Det er én åpenbar grunn til at dette alternativet ikke på noe tidspunkt etter Hatlens tid er blitt seriøst utredet: Ullevål-tomten skal via boligsalg bidra til det økonomiske fundament for realiseringen av Gaustad-drømmen.

Er det slik at byrådsleder Raymond Johansen anser sentrumsnære boliger for viktigere enn et betryggende sykehusstilbud for Oslos innbyggere? **+**

Artikkelen er tidligere publisert i Aftenposten 16.1.2018. Gjengitt med tillatelse.

RUNE SLAGSTAD
rune.slagstad@samfunnsforskning.no



Design: Svoel
Trykk: Merkur Grafisk AS