



Sykehusplaner for Nye Oslo Universitetssykehus

En gjennomgang av rettslige problemstillinger aktualisert av lånesøknad fremmet i
statsbudsjettet for bygging av Nye Oslo Universitetssykehus

Vurdering av saksbehandlingsregler som gjelder for utarbeidelse av forsvarlig
beslutningsgrunnlag for Nye Oslo Universitetssykehus

Oslo, 31. oktober 2019

Anne Christine Kroepelien

Advokat

Leder for bydelsutvalget (H) på St.Hanshaugen (2015 – 2019)

Oppsummering – anbefaling

Helse Sør-Øst har søkt om lån til Nye Oslo Universitetssykehus. Lånesøknaden er i tråd med et målbilde fastsatt av helseministeren i 2016 som bestemmer at Nye Oslo Universitetssykehus skal lokaliseres på Gaustad og Aker, og at Ullevål sykehus vil bli lagt ned og tomten solgt. Planene om utvikling av Nye Oslo Universitetssykehus er Norges største landbaserte byggeprosjekt. Stortinget er i statsbudsjettet bedt om å innvilge et lån på nesten 30 milliarder kroner.

Grunnlaget for denne juridiske vurderingen¹ er offentlig tilgjengelige dokumenter knyttet til planer for Nye Oslo Universitetssykehus som ligger til grunn for helseministerens søknad om låneramme og bevilgning i statsbudsjettet for 2020. Vurderingen gjennomgår hvilke regler som gjelder for utredning og saksbehandling i offentlig forvaltning generelt, samt spesielle regler for helseforetak og byggeprosjekter. Det vurderes i hvilken utstrekning disse reglene synes å være fulgt ved utarbeidelse av beslutningsgrunnlaget for lånesøknaden.

Vurderingen konkluderer med at beslutningen om hvor og hvordan nytt sykehus tilbud i Oslo skal bygges og organiseres er truffet uten at de krav som stilles til saksbehandlingen er oppfylt og at grunnlaget for lånesøknaden per i dag ikke er forsvarlig utredet.

Konklusjonen er at Stortinget høsten 2019 ikke bør innvilge lånesøknaden som ligger til grunn for en investeringsbeslutning som vil påvirke helsetilbudet til halve Norges befolkning på et prematurt grunnlag. Det bør sikres et bedre beslutningsgrunnlag til neste gang saken forelegges Stortinget. Behandlingen av lånesøknaden bør avvete til resultatet av reguleringssaken i Oslo kommune er avgjort, noe som ligger et stykke frem i tid².

Nærmere om saksbehandlingen

Det er en omfattende mengde saksdokumenter og vurderinger som har ført fram til de hovedbeslutningene som foreligger i dag. Den viktigste beslutningen som legger premissene for dagens planer er helseministerens *målbilde* fastsatt i foretaksmøte 24. juni 2016.

¹ Dette notatet er utarbeidet på eget initiativ og uten å ha blitt engasjert. Arbeidet er utført ubetalt. Jeg har ingen bindinger til noen involverte parter i prosessen.

² På Oslo Plan- og bygningsetats hjemmeside er det oppgitt at oversendelse av saken til byrådet forventes 1.10.2020. Deretter følger politisk behandling.

Målbildet som helseministeren besluttet for Oslo Universitetssykehus (OUS) består av to elementer. For det første at regionsfunksjonene skal samles, og for det andre bestemmer målbildet *hvor* de ulike regions- og lokalsykehusfunksjonene skal lokaliseres.

Den førstnevnte beslutningen – en samling av regionsfunksjonene – er en beslutning som etter helseforetaksloven § 30 innebærer en omfattende omlegging av sykehusstrukturen i Oslo og i regionen, og som det derfor tilligger ministeren å treffe i foretaksmøte. Implisitt innebærer målbildet også nedlegging av Ullevål sykehus og salg av tomten, noe som er en inngripende og irreversibel endring av sykehusstrukturen. En slik beslutning skulle ikke vært truffet uten en utredning som oppfyller kravene i Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen), det vil bl.a. si at forslag til tiltak skulle vært sendt på høring til berørte parter. Høringen i 2014 av idéfaserapporten 1.0 Campus Oslo oppfyller ikke kravet, da sykehusstrukturen som var grunnlag for denne høringen var vesentlig forskjellig fra målbildet som helseministeren vedtok i 2016. Det er heller ikke gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse slik utredningsinstruksen krever, også for politiske vedtatte mål.

Heller ikke de mange interne vurderingene som OUS og Helse Sør-Øst (HSØ) har utarbeidet gjennom årene avhjelper den mangelfulle saksbehandlingen forut for helseministerens beslutning; hovedårsaken er at hverken HSØ eller OUS har gjennomført en høring av den foreslåtte nye sykehusstrukturen eller sørget for å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse. Utredningsinstruksen gjelder ikke for helseforetakene når de utfører oppgaver som er tillagt dem etter helseforetaksloven, men utredningsinstruksens regler skal anvendes når helseforetakene utfører oppgaver på vegne av Helsedepartementet. Konsekvensen er at ny sykehusstruktur for OUS ikke er forsvarlig utredet.

Det andre elementet i helseministerens målbilde, beslutning om lokalisering av sykehusbyggene, skal følge bestemmelsene i Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (Tidligfaseveilederen). OUS' og HSØs saksbehandling, og følgelig beslutningsgrunnlaget for lånesøknaden, er ikke utarbeidet i tråd med Tidligfaseveilederen regler. Det pekes særlig på følgende feil og mangler:

- Det forelå ikke en utviklingsplan for OUS da idéfasearbeidet startet opp. Utviklingsplanen for OUS forelå først i 2018, dvs. etter at målbildet var fastsatt;
- Det forelå ikke en virksomhetsplan for OUS da arbeidet startet opp og en samlet virksomhetsplan foreligger fremdeles ikke;

- Det kan reises spørsmål om det ble tatt utenforliggende hensyn i forbindelse med evaluering og valg av konsept i rapporten Konkretisering etter høring 28. januar 2016 og om etterfølgende endringer av opptaksområdet for Oslo Universitetssykehus er tilstrekkelig innarbeidet i planene;
- Det er utarbeidet for få alternative konsepter, og valg av konsept i målbildet ble tatt for tidlig i forhold til det som følger av Tidligfaseveilederen. Tidligfaseveilederen forutsetter at flere alternative konsepter skal videreføres inn i konseptfasen, noe som ikke har skjedd. Utarbeidelse av flere ulike utbyggingsalternativer på Gaustad avhjelper ikke brudd på Tidligfaseveilederens bestemmelser fordi alle alternativene er knyttet til Gaustad og i stor grad omfattet av de samme risikofaktorene, bl.a. knyttet til regulering;
- Konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven anbefales gjennomført før beslutning om tomtevalg. Slik konsekvensutredning finnes fortsatt ikke. Dette medfører stor reguleringsrisiko;
- 0-alternativet er ikke hensiktsmessig utformet og har aldri blitt beregnet iht. Finansdepartementets veileder for nullalternativ; og
- Beslutningen om målbildet innebærer at lokaliseringsspørsmålet ble bestemt for tidlig og i strid med bestemmelsene i Tidligfaseveilederen.

Spørsmål om hva som er en egnet og hensiktsmessig sykehusstruktur er prinsipielt et annet spørsmål enn hvor sykehuset skal ligge. I denne saken ser det ut til at et strukturspørsmål har blitt forsøkt løst med en lokaliseringsbeslutning. Dette har prematurt låst beslutningstagerne inn i en løsning som har ført til at ingen av spørsmålene, hverken sykehusstruktur eller tomtevalg, har fulgt de prosessene og blitt underlagt de utredningene som kreves, og som de fortjener ut fra sakens betydning.

Dersom Stortinget innvilger investeringslånet vil en omfattende omlegging av sykehusstrukturen for Oslo bli gjennomført uten å være forsvarlig utredet. Dersom HSØ har feilberegnet kostnadene for Nye Oslo Universitetssykehus, vil konsekvensen være at kostnadsoverskridelser vil gå direkte ut over tilbudet til pasientene i regionen. Helseministerens beslutning om målbildet er ikke et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, og det er derfor ikke klagerett for dem som berøres. Utredningsinstruksens regler er forvaltningsinterne, og kan ikke påberopes av innbyggere direkte for domstolene. På det nåværende tidspunktet i beslutningsprosessen er det derfor bare Stortinget som kan avhjelpe saksbehandlingsfeilene ved ikke å innvilge lånesøknaden.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
2	Bakgrunnen for Nye Oslo Universitetssykehus og viktige beslutninger så langt.....	7
3	Saksbehandlingsregler som gjelder for helseministerens vedtakelse av målbildet i 2016	21
3.1	Generelle og spesielle regler som gjelder for helseforetak.....	21
3.1.1	Særlige saksbehandlingsregler for salg av tomter	23
3.1.2	HSØs ansvar for å føre tilsyn med OUS' virksomhet.....	24
3.2	Vurdering av om Helse- og omsorgsdepartementet utredet målbildet iht. reglene om forsvarlig utarbeidelse av beslutningsgrunnlag.....	24
3.2.1	Vurdering av regler for salg av tomter	26
3.2.2	Vurdering av HSØs ansvar for å føre tilsyn med OUS.....	26
4	Har reglene for planlegging og utredning av utbyggingsprosjekter i helsesektoren blitt fulgt ved vedtagelsen av planene om videreutvikling av OUS?.....	27
4.1	Generelle og spesielle krav til saksbehandling i helseforetak	27
4.2	Vurdering av saksgangen i sykehusprosjektet hittil opp mot kravene i Tidligfaseveileder	29
4.2.1	Manglende utviklingsplan og manglende virksomhetsplan.....	30
4.2.2	Ble det tatt utenforliggende hensyn da Alternativ 3 (målbildet) ble valgt etter evaluering?	30
4.2.3	For få alternative konsepter og for tidlig valg av konsept.....	32
4.2.4	0-alternativet som HSØ har utarbeidet er ikke hensiktsmessig.....	33
4.2.5	Nye Oslo Universitetssykehus løser ikke behovet for mer sykehuskapasitet i Oslo.....	35
4.3	Fastsettelse av tomtevalg i målbildet i 2016 strider mot forutsetningene i Tidligfaseveilederen	35

Vedlegg 1 Styrevedtak Helse Sør-Øst 16. juni 2016 s. 36

Vedlegg 2 Styrevedtak i Oslo Universitetssykehus 28. januar 2016 s. 38

Liste med referanser s. 42

1 Innledning

I Statsbudsjettet for 2020 har Helse- og Omsorgsdepartementet fremmet forslag om en låneramme på 29,1 mrd. kroner til første etappe Nye Oslo Universitetssykehus med en lånebevilgning på 100 mill. kroner for 2020. Formålet med lånesøknaden er å finansiere Helse Sør-Øst (HSØ) sine planer om et nytt lokalsykehus på Aker og et regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad. Planene innebærer en omlegging av sykehusstrukturen i Oslo-regionen.

Et viktig premiss for sykehusplanene er *målbildet* som ble vedtatt av helseminister Bent Høie i foretaksmøte 24. juni 2016³ hvor punkt 1 lyder:

«Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-Østs sitt fremtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er i dag sykehusdrift både på Aker⁴ og Gaustad⁵. HSØs planer for Nye Oslo Universitetssykehus innebærer omfattende utbygging på begge steder. Planene innebærer en gradvis overføring av virksomhet fra Ullevål sykehus til nye sykehusbygg på Sinsen (på tomten til Aker sykehus), og en betydelig utvidelse av dagens Rikshospital. På sikt ønsker HSØ å selge Ullevål sykehus-tomten. Det planlagte prosjektet vil bli Norges største landbaserte prosjekt, og dagens budsjett tilsier at ferdigstilte bygg blir Norges dyreste sykehusbygg.

Det er stor uenighet i flere miljøer om HSØs planer for utviklingen av Oslo Universitetssykehus (OUS). Fra helsefaglig side fremholdes det at de medisinsk-faglige løsningene ikke er godt ivaretatt, bl.a. på grunn av oppsplitting av fagmiljøer, dårlig plass i de planlagte byggene, og at det vil bli mindre sykehuskapasitet tilgjengelig for innbyggerne. De

³ Protokoll fra foretaksmøte 24. juni 2016.

⁴ Aker sykehus ble besluttet nedlagt om lokalsykehus for Groruddalen 01.01.2011, til tross for vedtaket er det fortsatt noe virksomhet ved sykehuset.

⁵ På Gaustad ligger to sykehus; Rikshospitalet og fredede Gaustad sykehus som har virksomhet innen psykisk helse, rus og avhengighet. OUS har i tillegg virksomhet på flere andre lokaliteter i Oslo-regionen, bl.a. Radiumhospitalet på Montebello, Statens Senter for Epilepsi i Bærum og Regional Sikkerhetsavdeling i Asker.

ansattes representanter i styrene i OUS og HSØ har ikke støttet planene slik de i dag foreligger, og det ble fremmet mistillitsforslag mot administrerende direktør i OUS fordi dagens planer ikke la til rette for en virksomhetsplan som gir et godt pasienttilbud. Arkitekter og andre bygningskyndige er opptatt av at de nye byggene som planlegges ikke vil ha tilstrekkelige bygningsmessige kvaliteter til å fylle sitt formål på en god måte. Ekspertise i prosjektledelse⁶ har påpekt mangler ved prosessen fordi det ikke er utredet et sammenlignbart alternativ. Det har vært reist spørsmål ved de økonomiske forutsetningene for prosjektet. Antikvariske myndigheter har alvorlige innvendinger, særlig når det gjelder prosjektet på Gaustad. I tillegg er det et stort engasjement på lokalplan som knytter seg forskjellige forhold, bl.a. kulturminneverdier, friluftsinnteresser, byutvikling osv.

Dette notatet tar for seg juridiske problemstillinger knyttet hvilke regler som gjelder for politisk besluttede mål, og spør om «målbildet» er blitt utredet i henhold til de regler som vanligvis gjelder for denne typen beslutninger. I tillegg vurderes om saksbehandlingsreglene for byggeprosjekter i sykehussektoren (Tidligfaseveilederen⁷) er fulgt.

2 Bakgrunnen for Nye Oslo Universitetssykehus og viktige beslutninger så langt

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) ble etablert i 2009 etter en sammenslåing av virksomhetene i Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF.⁸ OUS er heleid av Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (HSØ). OUS' ansvarsområde omfatter landsfunksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner, område- og lokalsykehusfunksjoner. OUS har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt for grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell.⁹ OUS er Nord-Europas største sykehus med mer enn 24 000 ansatte.

Siden etableringen av OUS i 2009 har det kontinuerlig vært arbeidet med hvordan helseforetaket skal utvikle sin virksomhet. Oslos behov for sykehustjenester vokser som følge av økende befolkning og demografiske forhold. Det er på det rene at dette vil kreve en

⁶ Jf. oppslag i Dagens Næringsliv med Eilif Holter.

⁷ Denne vurderingen er gjort på grunnlag av den versjonen av Tidligfaseveilederen som vi har mottatt fra HSØ.

⁸ <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#om-helseforetaket>

⁹ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/HFenes%20vedtekter/Vedtekter%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF.pdf>

betydelig ny bygningsmasse, bl.a. for å erstatte eldre og uhensiktsmessige bygninger. Dette betyr at vurderinger som gjelder bruk av arealer og bygninger har utgjort en stor del av de rapportene som hittil har vært utført. I den første fasen (2009 – 2015) var det områdene Ullevål og Gaustad som ble vurdert. Først i 2016 kom tomten på Sinsen (Aker sykehus) inn i vurderingene for plassering av nytt lokalsykehus.

De viktigste elementene i arbeidet med nye sykehusplaner for Oslo så langt har vært¹⁰:

Arealutviklingsplanen 2025¹¹

Arealutviklingsplan 2025 ble lagt frem i 2011 av daværende direktør for OUS Siri Hatlen. Planen inneholdt forslag til vedlikehold og utvikling av sykehusstilbudet i Oslo, og vurderte behov for lokaler, arealutnyttelse, planlegging av oppgradering, ombygging og nybygg, samt avvikling av lokaler som ikke ble ansett som hensiktsmessige eller nødvendige for framtidig drift. Arealutviklingsplanen redegjør for befolkningsutvikling og forventet kapasitetsbehov knyttet til OUS' ansvarsområde. Arealutviklingsplanen er ikke en virksomhetsplan for Oslo universitetssykehus¹². Hovedkonklusjonen i Arealutviklingsplanen 2025 var at en større samling av virksomheten i OUS ikke kunne la seg gjennomføre på det tilgjengelige tomtearealet ved Rikshospitalet, og at det kun var Ullevålstomten som var tilstrekkelig stor til å kunne romme et samlet sykehus. Arealutviklingsplan 2025 anbefalte å opprettholde den lokasjonsbaserte funksjonsdelingen i OUS, og å beholde og utvikle Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet i en delt løsning.

Idéfase 1.0 OUS Campus Oslo, 19. juni 2012¹³

Bjørn Erikstein tok over som direktør for OUS i desember 2011 og fortsatte arbeidet med utvikling av bygningsmassen ved OUS på grunnlag av Arealutviklingsplanen.

I mars 2012 var fremdeles Arealutviklingsplan 2025 grunnlaget for videre utvikling av OUS. Styret forutsatte at Helsedirektoratets Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter

¹⁰ En liste med referanser til offentlig tilgjengelige dokumenter som det henvises til er inntatt med internetreferanser sist i notatet.

¹¹ Arealutviklingsplanen ble fremlagt i desember 2011.

¹² Jf. Arealutviklingsplanen s.2.

¹³ Campus Oslo Idéfase rapport 1.0.

ble lagt til grunn for arbeidet¹⁴. I desember 2012 besluttet styret strategi for OUS¹⁵ og oppstart av idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet¹⁶.

Anbefalingen fra Idéfase 1.0 var full samling av all sykehusvirksomhet på Gaustad, noe som forutsatte at Ringveien ble lagt i tunnel. Forslaget ble sendt på høring og til ekstern kvalitetssikring. OPAK og Metier var engasjert av OUS som ekstern rådgiver iht. rammeavtale og avga kritiske kvalitetssikringsrapporter. Forslaget om full samling på Gaustad fikk ikke støtte i høringsrunden, og ble lagt bort.

I desember 2014 ble OUS-styret forelagt nye sykehusplaner. Styret besluttet da at «*det videre arbeidet skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring*», og i tillegg at alternativet full samling av all sykehusvirksomhet på Ullevål sykehus¹⁷ skulle legges bort. Det er verdt å merke seg at «full samling på Ullevål» har elementer av alternativet som HSØ fikk «belyst¹⁸» våren 2019.

Idefaserapport 2.0 Framtidens OUS Idéfaserapport 2.0, 9. april 2015¹⁹

Idéfaserapport 2.0 Framtidens OUS er en videreutvikling av Idéfase 1.0 OUS Campus Oslo. Idéfaserapport 2.0 med justert kapittel 1 og 10 ble behandlet i OUS' styremøte 9. april 2015 som slutføring av Idefase Oslo Universitetssykehus. Det fremgår av saksfremlegget²⁰ at OUS ønsker å etablere et «*målbilde*» for utvikling og lokalisering av OUS' virksomhet og det ble besluttet å arbeide videre med tre alternativer. Alle de ansattes representanter var imot administrasjonens valgte alternativer og fremla sammen et alternativt forslag og en

¹⁴ OUS styremøte 29.03.12, sak 18/2012 hvor det bla. besluttes: «*Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og i henhold til beslutningsfullmakten i Helse Sør-Øst, og innenfor en kostnadsramme for planleggingsaktiviteter i 2012 på 36 millioner. Det skal samtidig vurderes hvilke av områdene som føres direkte videre i en idéfase og hvilke områder som bearbeides videre i Arealutviklingsplanen.*».

¹⁵ OUS styremøte 17. desember 2012 sak 84.

¹⁶ Styremøte 17. desember 2012 sak 85. I sak 85 fremgår det av saksfremlegget at: «*I perioden fra mai og frem til dags dato har Oslo universitetssykehus utviklet en overordnet strategi for sykehuset. Samtidig har det blitt utført en infrastrukturkartlegging på Ullevål som belyser de økonomiske og tidsmessige utfordringene ved å utvikle et nytt klinikkbygg i umiddelbar tilknytning til dagens sentralområde. Den viser at klargjøring av aktuell tomt før riving av dagens bygg vil ta 5-7 år og koste nær 2 milliarder, samtidig som risiko for uheldige konsekvenser i forhold til pågående pasientbehandling i nabobygg vurderes som høy.*»

¹⁷ I styremøte 18. desember 2014 sak beslutter styret at: «*Styret tar redegjørelsen om Idéfase OUS – Campus Oslo til orientering. Styret ber om at det i idéfaserapporten innarbeides en plan for det videre arbeid med en fremtidsrettet løsning for utviklingen av Oslo universitetssykehus. Planen skal ta hensyn til resultatene av ekstern kvalitetssikring og høring, med spesiell vektlegging av lokalsykehusfunksjonen. Alternativene "Full samling på Ullevål" og "Gaustad Øst" utredes ikke videre nå. Bearbeidet rapport, inkludert plan for det videre arbeid, herunder for virksomheten, legges fram i neste styremøte.*»

¹⁸ «Belysningen» er for øvrig relativt lik løsningen som ble illustrert i Parksykehuset, dvs. at Rikshospitalet flyttes til Ullevål. I «belysningen» skal virksomheten på Rikshospitalet flyttes nå mens den i varianten Parksykehuset skal flytte over tid.

¹⁹ Framtidens OUS Idéfaserapport 2.0 ble behandlet som sak 20 på OUS styremøte 9. april 2016.

²⁰ Jf. styremøte 9. april 2015 sak 20 hvor det fremgår på s. 5 at: «*For å kunne gjennomføre disse prosjektene på en hensiktsmessig måte er det etter administrerende direktørs vurdering en forutsetning at det foreligger en samlet utredning og et klart målbilde for den videre utvikling og lokalisering av virksomheten i Oslo Universitetssykehus HF slik det også er presisert i styrevedtaket i Helse Sør-Øst RHF.*»

anbefaling om istedenfor å arbeide videre med tre andre løsninger. De ansattes forslag ble nedstemt.

Som del av vedtakets pkt. 1 besluttet styret «*Styret ber i tillegg om at de tre alternativene [Understreket her] beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:*

- *Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.*
- *Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.»*

Iht. styrevedtaket skal OUS utrede også en delt løsning med lokalsykehusfunksjon utenfor Ullevål. Det er ikke mulig å konstatere, på grunnlag av offentlig tilgjengelig dokumentasjon, om OUS har fulgt opp dette styrevedtaket.

Det synes heller ikke å være gjort en ny vurdering av behov for nytt lokalsykehus etter at foretaksmøtet 24. juni 2016 besluttet at bydelene Grorud, Stovner og Alna skulle tilbakeføres fra Akershus Universitetssykehus HF til OUS.

Etter 9. april 2015 konsentrerer OUS det videre idéfasearbeidet omkring tre alternativer: 0-alternativet, delt løsning mellom Gaustad sør/Ullevål og delvis samling på Gaustad sør med lokalsykehus plassert utenfor hovedsykehuset. I styremøte 17. desember 2015²¹ blir idéfasearbeidet oppsummert i «Konkretisering etter høring versjon 0.9», en rapport som ble lagt frem sammen med en presentasjon av OPAK og Metiers kvalitetssikringskonklusjoner. Saken ble utsatt til møtet i januar 2016²².

*Framtidens OUS, Idéfase Konkretisering etter høring, 28. januar 2016*²³

I styremøtet 28. januar 2016 ble Årlig melding til HSØ behandlet. Det fremgår av meldingen²⁴ at «*Videre ble som et resultat av både evaluering, kvalitetssikring og høring besluttet at alternativene med full samling på Ullevål, full samling Gaustad Øst, og tung utbygging nord for Rikshospitalet og Gaustad sykehus ble lagt til side. Ett nytt alternativ ble*

²¹ OUS styremøte 17 desember 2015 sak 82/2015.

²² Sak 82, vedtak: *Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring» og ekstern kvalitetssikring, fremmes for endelig behandling i styremøtet 28. januar 2016, med sikte på etterfølgende oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.*

²³ Styremøte 28. januar 2016 sak 8.

²⁴ Styremøte 28. januar 2016 Årlig melding 2015 s. 17.

konkretisert: Delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor Gaustad-området.»

Konkretisering etter høring²⁵ blir behandlet i samme styremøte. OUS oppsummerer i rapporten gjenstående alternativer som:

«0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er i størrelsesorden 26 mrd. kr.

I Alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler OUS har ansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske virksomheten, samt regionsykehus med spisset akuttvirksomhet inkludert multitraume. Hovedandelen av sykehusfunksjoner innen psykisk helse og avhengighet samles på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles. To aktuelle første etapper skisseres for dette alternativet: Enten nybygg på Gaustad eller nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for Alternativ 2 er i størrelsesorden 34 mrd. kr.

I Alternativ 3, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionssykehus med ansvar for tre bydeler og som derfor har både lokale, område-, regions- og nasjonale funksjoner. Akutfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus for tre av OUS seks bydeler mest trolig på Aker. To faktuelle første etapper anbefales; nybygg for både akutfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad, eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for Alternativ 3 er i størrelsesorden 38 mrd. kr.»

Fremstillingen i saksfremlegget bekrefter at det er kapasitetsbehovet for seks bydeler i Oslo som er lagt til grunn for alle alternativene som beskrives i Konkretisering etter høring.

²⁵ Konkretisering etter høring versjon 0.9 er sendt ut sammen med styrepapirene. Konkretisering etter høring versjon 1.0 er datert 28. januar, samme dag som styremøtet. Det legges til grunn at denne rapporten er fremlagt i OUS styremøtet.

OUS ber om at nullalternativet får en forenklet vurdering i konseptfasen, da det etter idéfaseutredningen er åpenbart at dette ikke er et egnet alternativ²⁶; det innvilges av HSØ²⁷.

I rapporten «Konkretisering etter høring» er «byutvikling og innovasjon» vektet som et hovedkriterie med 20 %²⁸ i den kvalitative evalueringen av løsninger²⁹. Videre fremgår det av rapportens Hovedoppsummering³⁰ at *«I evalueringen kommer Alternativ 3 bedre ut enn Alternativ 2. Begge alternativene har bærekraft, mens 0-alternativet har det ikke. Investeringsbehovet varierer i størrelsesorden 12-15 mrd. kr. for første etappe.»*

OPAK og Metier gjorde senhøsten 2015 en kvalitetssikring av Konkretisering etter høring versjon 0.9. De påpeker en rekke feil og mangler ved forslagene, bla. knyttet til foreslått driftsmodell, manglende dokumentasjon av effektivitetsgevinster, usikkerhet om hva som er optimal størrelse og konstaterer at det ikke er dokumentert at store sykehus er mer effektive enn små sykehus. OPAK og Metier påpeker også at det burde vært utredet flere alternativer før det tas et valg om sykehusstruktur for OUS. Fra OPAK og Metiers presentasjon av kvalitetssikringskonklusjonene³¹ fremgår det av «Overordnet vurdering³²» at:

- *«Vi er enige om at det er strategisk optimalt å definere et målbilde med underliggende etapper som støtter opp under målbildet*
- *Men:*
 - *Det foreligger konklusjoner i rapporten vi ikke klarer å verifisere*
 - *Det foreligger risiko i det anbefalte målbilde (alternativ 3) som vi mener ikke er tilstrekkelig håndtert og kommunisert.»*

I OUS' saksfremlegg³³ fremgår at OPAK og Metier har anbefalt at det arbeides videre med flere alternativer før endelig løsning velges. I saksfremlegget svarer OUS ut OPAK og Metiers innvendinger på følgende måte:

²⁶ OUS styremøte 28. januar 2016, sak 8/2016.

²⁷ Det er usannsynlig at et «rent» nullalternativet løser OUS' behov.

²⁸ Jf. Kap.12 Evaluering av alternativene på s. 136 (vektig av hovedkriterier) og på s. 142 (evaluering) i Idéfaserapport OUS 2.0, Konkretisering etter høring fremlagt som del av styrepapirene til møtet 17. desember 2015 (sak 82) og behandlet i styremøtet 28. januar 2016 (sak 8).

²⁹ Det finnes også en «Konkretisering etter høring», versjon 1.0. Den har samme dato som styremøtet i OUS 28. januar 2016 men er ikke vedlagt styrepapirene. Vektig av evalueringskriterer for byutvikling og innovasjon den samme i begge versjonene av rapporten Konkretisering etter høring.

³⁰ Idéfase OUS, konkretisering etter høring s.6.

³¹ Samme presentasjon fra OPAK og Metier er vedlagt styrepapirene til i desembermøtet 2015 og januar møtet 2016.

³² Jf. s. 272 i samlefil for styrepapirene til møtet 28. januar 2016.

³³ OUS styremøte 28. januar 2016, Saksfremlegget s. 14.

«Administrerende direktør vil vise til at denne vurderingen ble gitt før siste brev fra Statens veivesen forelå og før vedtaket i Bystyret i Oslo forelå. På bakgrunn av dette mener administrerende direktør at det ikke vil være riktig å sette i gang en utredning av nye alternative målbilder for Oslo Universitetssykehus HF.»

OUS' utkvittering av OPAK og Metiers anbefaling om å arbeide videre med flere alternativer overrasker fordi OUS på dette tidspunktet hadde fått informasjon fra Statens veivesen i brev 19. januar 2016 om at lokk over ringveien ikke var gjennomførbart. Brevet fra Statens veivesen er en oppfordring til å arbeide videre med flere alternative sykehusløsninger snarere enn å begrense antall alternativer. Byrådet i Oslo ble ikke informert før de uttalte seg om at lokk over ringveien ikke var gjennomførbart. Byrådet avga sin uttalelse³⁴ 21. januar 2016³⁵ på grunnlag av en mottatt skisse av sykehusplanene på Rikshospitalet som viste lokk over ringveien. Det følger av dokumentene at tilbakemeldingene fra Statens veivesen ikke kan leses som en bekreftelse på at Alternativ 3 er den beste løsningen og at uttalelsen fra byråd i Oslo er avgitt på grunnlag av hvordan utbygningen på Rikshospitalet var planlagt *før* det var avklart at lokkløsningen ikke var gjennomførbart.

Styret besluttet deretter «målbildet» for OUS³⁶ mot ansattrepresentantenes stemmer³⁷. Ansattrepresentantene protokollerte en omfattende stemmeforklaring med alternative forslag og viste bl.a. til at det ikke foreligger en virksomhetsplan for OUS.

OPAK og Metiers endelige kvalitetsrapport er datert 11. februar 2016 og den fastholder de innvendingene som fremkommer av styrepapirene. OPAK og Metier skriver i tillegg at kapasitetsbehovet er uklart fordi HSØ ikke har avklart oppgavefordelingen mellom Oslo sykehusene, at det ikke er samsvar mellom ferdigstillelse av siste byggetrinn i prosjektet (beregnet til 2033/2035) og kapasitetsbehovet for helsetjenester i OUS' opptaksområde (målbildet har horisont til 2030), noe som medfører at plan og behov ikke er samstemte. OPAK og Metier fastholder sin kritikk av målbildets økonomiske bæreevne, påpeker at gevinstberegningene er overordnede og vanskelige å etterprøve ettersom de stort sett er basert på at et stort sykehus er mer effektivt enn et lite, samt at konsekvensene av at risikoen

³⁴ HSØ referer i sine presentasjoner flere ganger til vedtaket.

³⁵ Protokoll fra byrådsmøte i Oslo 21. januar 2016.

³⁶ Se sak 8 <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202016/Styrem%C3%B8te%202016-03-17%20Samlefil.pdf>

³⁷ For øvrig fester ikke målbildet i dette styrevedtaket tomten for det nye regionssykehuset til Gaustad.

inntreffer ikke er vurdert. OPAK og Metier vurderer risikoen i Alternativ 3 (målbildet) som større enn det som reflekteres i Konkretisering etter høring, og de stiller spørsmål ved realismen i Gaustad-prosjektet. Videre påpekes bl.a. at reduksjonen i arealbehov til Alternativ 3 bør kvalitetssikres. OPAK og Metier opprettholder sin anbefaling om å opprette et nytt sykehusprosjekt hvor flere alternativer utredes.

Oppfølging av risiko, OUS styremøte 28. april 2016

OUS' styremøtet 28. april 2016 behandlet oppfølging av risiko iht. styrevedtaket i januar.

Det fremgår av saksfremlegget³⁸ at: *«Gjennomgangen viser at det er høy risiko knyttet til bygging på Ullevål, middels risiko knyttet til bygging på Gaustad og lav risiko knyttet til bygging på Aker. Oppsummert for alternativene gir dette høy risiko i byggefasen for Alternativ 2, Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål, og middels risiko for Alternativ 3; Delvis samling på Gaustad med lokalsykehus på Aker.»*

I april 2016 utførte WSP³⁹ en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av Framtidens Oslo Universitetssykehus i idéfase⁴⁰. WSP⁴¹ tar opp grunnlaget for ROS-analysen og bemerker: *«Det fremgår at ROS-analysen har som omfang å se på idéfasens gjenstående alternativer. OUS-styret og Byrådet i Oslo har uttalt seg om foreliggende skisserte alternativer og allerede nå anbefalt Alternativ 3. Anbefalinger på nåværende tidspunkt er fattet på et prematurt grunnlag og gir uheldige føringer sammenliknet med et ideelt forløp.»*

WSP er også kritiske til utvelgelsen av alternativer og at det så tidlig er valgt å bare arbeide videre med tre alternative løsninger, og påpeker at *«Alternativ 2 fremstår i dag som et alternativ med relativt store svakheter og høy risikoeksponering både med hensyn til totaløkonomi og kvalitative egenskaper. ROS-analysen viser at det er grunn til å stille spørsmålet om Alternativ 2 i idéfasen burde vært silt ut/forkastet som et aktuelt alternativ. Ihht. beslutning i styret i OUS skal Alternativ 2 tas med som et reelt alternativ til etterfølgende konseptfase. Det er en normal utvikling i konseptfasen at alternativene detaljeres, konkretiseres og forbedres. Det er i denne optimaliseringsprosessen også normalt*

³⁸ OUS styremøte 26. april 2016, sak 28, Saksfremlegg, Innledning s. 2.

³⁹ WSPs ROS analyse er del av styrepapirene til OUS styremøte 26. april 2016, sak 28.

⁴⁰ Dette er en annen type ROS analyse enn den ROS analysen som skal gjennomføres etter plan- og bygningslovens med formål å sikre samfunnsikkerhet.

⁴¹ WSPs ROS analyse april 2016, Innledning pkt. 1.3.

at varianter av basisalternativene utredes for å redusere risikoeksponering og styrke positive egenskaper ved alternativene. Alternativ 2 må i denne fasen forbedres i betydelig grad for at dette alternativet reelt skal kunne konkurrere med Alternativ 3. ROS-analysen gir ikke grunnlag for å kunne vurdere realismen i å oppnå en slik forbedring.»

I tillegg fremgår det av fotnoten at: «*Det er et krav at konseptfasen skal omfatte minst to alternativer i tillegg til 0-alternativet. Hvis Alternativ 2 hadde blitt forkastet i nåværende fase burde et nytt, reelt alternativ blitt utviklet, før overgangen til neste fase.»*

Styret tar rapportene om ROS-analysen og øvrig oppfølging av risiko til orientering, og oversender dokumentene til HSØ.

HSØs styrebehandling av målbildet 16. juni 2016

HSØ-styret vedtok målbildet for OUS i styremøte 16. juni 2016. Det fremgår ikke av HSØs saksfremlegg at vedtaket i OUS-styret er et flertallsvedtak, og at de ansattes representanter både i styremøte 9. april 2015 og 28. januar 2016 stemte imot «målbildet» med omfattende stemmeforklaringer. Derimot fremgår det av saksfremlegget⁴² at «*Gjennomgangen av risikofaktorene som nevnt ovenfor, viser at det er høy risiko knyttet til bygging på Ullevål, middels risiko knyttet til bygging på Gaustad og lav risiko knyttet til bygging på Aker.»*

HSØ-styret konstaterer⁴³ at «*målbildet for Oslo universitetssykehus HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Oslo»*, og derfor skal saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.

I samme styremøte vedtar HSØ⁴⁴ at opptaksområdet for OUS skal utvides fra seks til ni bydeler, dvs. med ca. 150 000 innbyggere fra Groruddalen (bydelene Grorud, Stovner og Alna).

⁴² HSØs styremøte 16. juni 2016, saksfremlegget s. 7.

⁴³ HSØs styremøte 16. juni 2016, vedtak pkt. 11.

⁴⁴ HSØs styremøte 16. juni 2016, sak 52.

Foretaksmøtets fastsettelse av målbildet for Nye Oslo Universitetssykehus i 2016

Etter å ha mottatt HSØs styrevedtak truffet 16. juni 2016⁴⁵ innkalte departementet til foretaksmøte med lovens minimumsfrist. Saksfremlegget til HSØs styremøte er vedlagt protokollen fra foretaksmøtet.

Det fullstendige vedtaket som ble truffet i foretaksmøtet⁴⁶ var:

1. *«Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-Øst sitt fremtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.*
2. *Foretaksmøtet ber om at det ved utviklingen av Aker Sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.*
3. *Foretaksmøtet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå i parallell.»*

Dette vedtaket stadfester noen deler av vedtaket truffet i HSØs styremøte 16. juni 2016. Styret i OUS hadde 28. januar 2016⁴⁷ også vedtatt et målbilde (som var uten valg av tomt for et samlet regionssykehus); og i OUS-styret var vedtaket om målbilde truffet mot de ansattrepresentantenes stemmer. HSØs målbildevedtak følger som vedlegg 1 og OUS' målbildevedtak som vedlegg 2.

⁴⁵ Protokoll fra HSØs styremøte 16. juni 2016; sak 53-2016, pkt. 11 lyder: «Målbildet for Oslo universitetssykehus HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Oslo. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.»

⁴⁶ Protokoll fra foretaksmøte 24. juni 2016 jf. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a992ef9163a54e4a98aa4c4e8908d54e/protokollhelsesorost24062016.pdf>

⁴⁷ OUS styremøte 28. januar 2016 sak 8.

Det fremgår av protokollen fra foretaksmøtet at: «*Idéfaserapport 2.0 datert mai 2015 hensyntar innspill fra høringsuttalelsene og anbefaling fra en ekstern kvalitetssikring gjennomført høsten 2014*». Foretaksprotokollen opplyser ikke om navnet på firmaet som har gjennomført den eksterne kvalitetssikringen i 2014, og heller ikke at det ble gjort en ekstern kvalitetssikring høsten 2015 og at viktige anbefalinger fra denne siste kvalitetssikringen (OPAK og Metier⁴⁸) ikke er hensyntatt.

HSØ styremøte 15. juni 2017⁴⁹

Sak 72 omhandlet videreføring av planer for utviklingen av OUS. Forslag til vedtak var tilslutning til det pågående arbeidet og oppstart av konseptfase. Etter diskusjoner i styremøtet kom det inn et nytt punkt i vedtaket. Styret fastslo at det var knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringsalternativene, og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen OUS' tomtearealer dersom risikobildet skulle tilsi det.

Det er ingenting som tyder på at HSØ etter 15. juni 2017 har vurdert, med unntak av «belysningen» jf. nedenfor, alternativ lokalisering til Gaustad og Aker.

Oslo Universitetssykehus' Konseptrapport «Videreutvikling av Aker og Gaustad» datert 16. november 2018 og PWCs eksterne kvalitetssikringsrapport «Videreutvikling av Aker og Gaustad (KSK)» datert 19. november 2018

Konseptrapporten ble behandlet i OUS-styret 6. desember 2018⁵⁰ sammen med PWCs eksterne kvalitetssikringsrapport «Videreutvikling av Aker og Gaustad (KSK)» datert 19. november 2018⁵¹. Begge dokumentene er lagt ved lånesøknaden.

Utgangspunktet for PWC-rapporten er målbildet. Det fremgår flere steder i rapporten⁵² at målbildet gir føringer som overstyrer de saksbehandlingsregler som ellers ville vært lagt til grunn for tilsvarende prosjekter, samt at PWC ikke har kvalitetssikret føringene fra målbildet.

⁴⁸ OPAK AS og Metier AS Ekstern kvalitetssikring av idéfase – Fremtidens OUS.

⁴⁹ Styremøte i HSØ 15. juni 2017 sak 72.

⁵⁰ I saksfremlegget på s. 13 bemerkes at det er risiko knyttet til bygging tett på sykehus i drift (Gaustad), «Bygging tett på operativ virksomhet medfører risiko for at det kan oppstå hendelser og ikke-planlagte driftsforstyrrelser som påvirker driften. (Rystelser/vibrasjoner som kan påvirke medisinsk teknisk utstyr, støy fra byggearbeider, støv, lys for anleggsarbeider til sjenanse for sykehuset, kobling opp mot eksisterende infrastruktur, nye systemer/versus eksisterende systemer f.eks adgangskontroll, brannvarslingsanlegg og andre sikkerhetssystemer).» For øvrig var bygging tett på et sykehus i drift var en av grunnen til at bygging på Ullevål (Alternativ 2) ble evaluert dårligere enn Gaustad i Idéfaseen.

⁵¹ Jf. PWC Ekstern kvalitetssikring datert 19. november 2018.

⁵² Jf. PWC Ekstern kvalitetssikring datert 19. november 2018. At målbildet ligger til grunn for PWCs arbeid fremgår flere steder bl.a. på s. 1, 3, 4, 12 og 18.

PWC påpeker⁵³ at systemet som Tidligfaseveilederen forutsetter ikke er fulgt, og bemerker at «I henhold til tidligfaseveilederens kapittel 7.2 skal konseptfasen bygge på godkjent styringsdokument for tidligfasen. Vi ønsker å påpeke at det ikke foreligger et styringsdokument for konseptfasen, og det er informert at årsaken til dette er at mandatet anses å være dekkende for de gjeldende føringer.»

Videre fremgår det at⁵⁴:

- «Nullalternativet er ikke utredet bortsett fra at det er benyttet som utgangspunkt for driftsøkonomiske analyser. Dette er et avvik fra tidligfaseveilederen, men er i tråd med føringer i mandatet. Avviket er forklart i konseptrapportens del 1, kapittel 2.4.
- Grad av ferdigstillelse hovedprogram ved beslutningspunkt B3A var 40 prosent. Dette er et avvik fra tidligfaseveilederen, som sier at hovedprogram skal være om lag 80 prosent ferdigstilt ved B3A. Avviket er forklart i konseptrapportens del 1, kapittel 2.4. Det ble ved beslutningspunkt B3A vurdert at grad av ferdigstillelse var tilstrekkelig til å bearbeide volumstudier på hovedfunksjonsnivå og til å lage skisser som grunnlag for vurdering av nærhetsbehov, funksjonssammenhenger og flyt. Det ble også lagt til grunn at alternativene som ble utredet måtte ha fleksibilitet i seg til å fange opp endringer i steg 2.
- Alternativene som er utredet for Aker samsvarer ikke med de tre alternativene som står i mandatet. Dette er forklart i konseptrapportens del 1, kapittel 2.2.1.
- Beregnet arealbehov er både for Aker og Gaustad større enn det areal som angis som dimensjonerende ramme i mandatet.»

Når det gjelder valg av alternative konsepter påpeker PWC⁵⁵ at «Vår vurdering er at alternativene er utredet i tråd med målbildet for OUS».

OUS' konseptrapport omtaler kun ulike utbyggingsalternativer på Gaustad og Aker og bygger på helseministerens vedtatte målbilde, et målbilde som PWC skriver de ikke har kvalitetssikret.

⁵³ PWC Ekstern kvalitetssikring datert 19. november 2018 s. 11.

⁵⁴ PWC Ekstern kvalitetssikring datert 19. november 2018 s. 13.

⁵⁵ PWC Ekstern kvalitetssikring datert 19. november 2018 s. 15.

OUS-styret anbefaler på dette grunnlaget at konseptrapporten legges til grunn for videre arbeid i forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad. Styrevedtaket i OUS 6. desember 2018 med tilhørende konseptrapport er grunnlag for lånesøknaden.

HSØ behandler konseptrapporten i styremøtet 31. januar. I samme møte besluttes «belysning» av Ullevål-alternativet. HSØ gjennomfører belysningen som en vurdering av alternativet «full samling på Ullevål», og legger til grunn det virksomhetsinnholdet som er planlagt for nytt regionssykehus på Gaustad/Rikshospitalet. Dette innebærer å flytte all virksomhet som i dag drives på Rikshospitalet til Ullevål, og er sammenliknbart med løsningen som ble lagt bort av OUS-styret allerede i desember 2014⁵⁶.

Viktige vedtak og hendelser etter at lånesøknad er sendt

Det ble avholdt drøftingsmøte⁵⁷ i OUS 3. juni 2019 mellom arbeidsgiver og ansattes representanter. De ansatte fremmet bekymringer knyttet til administrerende direktør Bjørn Eriksteins arbeid med sykehusplanene. De ansatte påpekte bl.a at «*En virksomhetsmessig utviklingsplan skal være grunnlagsdokumentet for utredningsforløpet. Sykehusets ledelse har ikke utarbeidet en slik plan, og det har derfor vært vanskelig å overskue hvilket opptaksområde og hvilke driftskonsept ledelsen har lagt til grunn for de bygningsmessige løsningene*⁵⁸.»

I brev av 18. juni 2019⁵⁹ uttalte foretakstillitsvalgte⁶⁰ for ca. 20 000 ansatte i OUS mistillit til administrerende direktør ved OUS. Bakgrunnen var at sykehusets ledelse hadde underkjent en rapport utarbeidet av virksomhetslederne innen akutfeltet og istedenfor lagt frem for styret en alternativ rapport utarbeidet av sykehusets egen ledelse uten involvering fra de tillitsvalgt⁶¹.

⁵⁶ En tilsvarende løsning ble også lagt bort i 2011 i Arealutviklingsplanen.

⁵⁷ Jf. hovedavtalen kap. 7, jf. arbeidsmiljøloven kap. 8.

⁵⁸ Drøftingsnotat Fremtidens OUS, 03.06.2019 s.1.

⁵⁹ Mistillitsforslaget ble behandlet i OUS styremøtet 24. juni 2019 som sak 50 jf. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202019/Styrem%C3%B8te%202019-06-24%20Styresaker%20samlefil.pdf>

⁶⁰ Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Legeforeningen, Yngre legers forening, Norsk Radiografforbund, Delta, NITO, Tekna, Psykologforeningen, Norsk Ergoterapeutforbund, Forskerforbundet, Utdanningsforbundet, Den norske jordmorforening og NFF.

⁶¹ Fremgangsmåten strider mot bestemmelsene i Hovedavtalens paragraf 31.

HSØ behandlet oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad i styremøte 20. juni 2019⁶². Det fremgår av protokollen⁶³ at endelig fordeling av virksomhetsinnholdet mellom Nye Gaustad/Rikshospitalet og Nye Aker fremdeles ikke er avklart. Styret traff vedtak om å videreføre planene mot de ansatte representantenes stemmer.

Styremøtet behandlet også belysningen av bygging på Ullevål og konstaterte at «*Ullevål-alternativet også kan gi tilfredsstillende bygningsmessig funksjonalitet og kapasitet*» men konkluderte at alternativet ikke var økonomisk bærekraftig. Det er grunn til å stille spørsmålsteget ved valget av hvilket alternativ som ble utpekt for å belyse Ullevålsalternativet⁶⁴.

Bjørn Erikstein går av som administrerende direktør for OUS 24. juni 2019, foranledningen var brevet datert 18. juni fra de foretakstillitsvalgte.

⁶² HSØ styremøte 20. juni 2019, sak 50 Oslo universitetssykehus HF – oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad. De ansatte representantene foreslo saken utsatt til etter behandling av mistillitsforslaget mot administrerende direktør i OUS, men ble nedstemt.

⁶³ HSØ styremøte 20. juni 2019, sak 50 vedtakspunkt 3.

⁶⁴ Det fremstår som åpenbart at det ikke er økonomisk forsvarlig å flytte fra Rikshospitalet som ble bygget for 20 år siden.

3 Saksbehandlingsregler som gjelder for helseministerens vedtakelse av målbildet i 2016

3.1 Generelle og spesielle regler som gjelder for helseforetak

Helseforetakenes organisering og drift reguleres av *lov om helseforetak*.⁶⁵ De regionale helseforetakene er eiere av helseforetakene, og har etter lovens § 2a ansvaret for å planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Helseforetakenes formål er å yte likeverdige spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til de som trenger det når de trenger det.

Eierstyring utøves i foretaksmøte, jf. helseforetaksloven § 16. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet er eier av de regionale helseforetakene, og utøver sin eierstyring i foretaksmøtet. Helseforetakene har ansvar for egen økonomi med den begrensning at foretakene ikke kan gå konkurs. Som ene-eier har staten ubegrenset eieransvar for, og full kontroll med foretakene, men foretaksorganiseringen stiller klare formkrav mht. hvordan eier kan utøve styring.

Forarbeidene til helseforetaksloven påpeker at: *«I denne modellen er det ingen tvil om at staten har det fulle og hele ansvar, og har tilgang til direkte informasjon og hele bredden av relevante virkemidler. Dette vil i seg selv forebygge uverdige spillsituasjoner om hvem som har ansvaret. For både befolkningen og sektorens aktører vil det være en fordel at det ikke lenger vil være noen tvil om at det er staten som har både det formelle og reelle ansvar for forholdene i sykehussektoren».*

Videre fremgår det at: *«Dette totalansvaret må kombineres med en utstrakt bruk av delegasjonsteknikker, noe som forenkles ved at virksomhetene organiseres som foretak.»*

I regionale helseforetak skal saker av vesentlig betydning besluttet av foretaksmøtet, jf. helseforetaksloven § 30. Det samme gjelder andre prinsipielle saker eller saker som har vesentlige samfunnsmessige virkninger, herunder vedtak som kan endre virksomhetens karakter, vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer av sykehusstruktur, omfattende endringer i sykehusstrukturen og endringer i antallet helseforetak i helseregionen.

⁶⁵ Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.

Slike saker skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet; og motsetningsvis følger det at styret i helseforetaket ikke skal treffe vedtak i denne typen saker. Helseforetakslovens system er altså at helseforetakene er tildelt myndighet og skal organisere «sørge-for»-ansvaret slik at befolkningen får spesialisthelsetjenester. Helseforetakslovens § 30 innebærer en begrensning i styrets kompetanse, og er samtidig en grense for hva som er helseforetakenes oppgaver.

Finansdepartementets utredningsinstruks gjelder for utarbeidelse av beslutningsgrunnlag for statlige tiltak som utføres i, eller på oppdrag for, statlige forvaltningsorganer og gjelder fullt ut for beslutningsgrunnlag som utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet. Instruksjonen gjelder både når nye statlige tiltak skal utredes, og når vesentlige endringer av eksisterende tiltak utredes. Utredningsinstruksjonen er et forvaltningsinternt dokument. Formålet med utredningsinstruksjonen er å sikre et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak før beslutninger treffes, gjennom å identifisere alternative tiltak, utrede og vurdere virkningene av aktuelle tiltak, involvere dem som er berørt av tiltaket tidlig i utredningsprosessen og samordne berørte myndigheter.

Det er viktig at statlige tiltak er velbegrunnede og gjennomtenkte før det tas en beslutning om hvilket tiltak som skal iverksettes. Veileder til Utredningsinstruksjonen – Instruks om utredning av statlige tiltak er utarbeidet for nærmere å beskrive hvordan utredninger av statlige tiltak skal gjennomføres. Veilederen redegjør for omfanget av Utredningsinstruksjonens bestemmelser.

Kravene i utredningsinstruksjonen gjelder selv om det allerede er besluttet på politisk nivå å gjennomføre tiltak, også konkrete tiltak. For å overholde minimumskravene må utredningen likevel besvare hvilke andre tiltak som også kan være relevante, i tillegg til de andre spørsmålene som gjenstår. Det følger av instruksjonens punkt 2-1 at det er viktig å avklare virkninger av mulige alternativer, også for politisk vedtatte tiltak, før de gjennomføres. Terskelen for å fravike instruksjonen er høy, og det bør foreligge vektige grunner for fravikelse. Det fremgår at eventuell fravikelse skal fremgå av høringsnotatet for saker som skal sendes på høring. Utredningsinstruksjonen gjelder uavhengig av om tiltaket skal finansieres innenfor virksomhetens ordinære budsjetttramme eller gjennom at budsjettet øker.

Forvaltningsloven legger til grunn at forvaltningen skal opplyse sakene så godt som mulig før det blir tatt beslutninger. Høring er et virkemiddel for at innbyggere, organisasjoner og

næringsliv skal kunne si sin mening om ulike forslag til forvaltningen, men også for at de skal få anledning til å føre kontroll med hva forvaltningen gjør og med hvordan den utfører oppgavene sine. Det følger av utredningsinstruksen § 3-3 at tiltak med vesentlige virkninger normalt skal legges ut på høring. Det følger av veilederen til utredningsinstruksen pkt. 3-3 at hvis høringsuttalelsene eller andre forhold fører til vesentlige endringer i forslaget, skal det reviderte forslaget legges ut på ny høring.

Utredningsinstruksens pkt. 2-2 fastsetter at ved utredning av tiltak som forventes å gi vesentlige nytte- eller kostnadsvirkninger, også når mål er politisk bestemt, skal det gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse i henhold til rundskriv R-109⁶⁶. I slike analyser skal det være et nullalternativ.

Det følger av rundskriv R-109 at *«en samfunnsøkonomisk analyse skal ta utgangspunkt i en tydelig og presis definisjon av problemet eller problemene som skal løses. Med utgangspunkt i problembeskrivelsen må det defineres ett eller flere mål for hva en skal oppnå med tiltakene. Målene må innebære en løsning på de identifiserte problemene. Beskrivelsen av problem og mål er grunnlaget for å identifisere hvilke alternative tiltak som skal vurderes [understreket her]»*. Rundskriv R-109 fastsetter også at dersom *«nullalternativets levetid er svært kort, kan det vurderes å utvikle et minimumsalternativ (null-pluss alternativ) som skal sammenlignes med nullalternativet»*.

3.1.1 Særlige saksbehandlingsregler for salg av tomter

Det følger av helseforetaksloven § 31 at *«Vedtak om å pantsette eller avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret.»*

Både HSØs og OUS' vedtekter fastsetter at det er foretaksmøtet som skal treffe beslutning om salg av eiendommer over kr. 10 millioner. Videre fremgår det av forarbeidene til helseforetaksloven at vedtak om salg av fast eiendom utover den grensen som er fastsatt i vedtekter for helseforetakene, i henhold til konstitusjonell praksis skal behandles av Stortinget før salg besluttes.

⁶⁶ R-109/14.

3.1.2 HSØs ansvar for å føre tilsyn med OUS' virksomhet

Det følger av helseforetaksloven § 38, 2 ledd at «*Daglig leder i regionalt helseforetak skal også føre tilsyn med helseforetak som det regionale helseforetaket eier, og skal påse at virksomheten der er i samsvar med det regionale helseforetakets vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøtet og styret.*»

3.2 Vurdering av om Helse- og omsorgsdepartementet utredet målbildet iht. reglene om forsvarlig utarbeidelse av beslutningsgrunnlag

Fordelingen av myndighet mellom departementet og helseforetaket iht. helseforetaksloven § 30 tilsier at vedtak som treffes av foretaksmøtet skal ha vært gjenstand for forsvarlig saksbehandling i departementet før foretaksmøtet treffer vedtak i saken.

Målbildet er mer enn en ordinær investeringsbeslutning i nye bygg. Målbildet fastsetter et samlet og komplett regionssykehus på Gaustad og endrer dagens sykehusstruktur med lokasjonsbasert funksjonsdeling. Det følger av dette at målbildet medfører en omfattende endring av sykehusstrukturen i Oslo.

At målbilde-vedtaket var utenfor hva HSØ-styret vurderte at var deres myndighetsområde bekreftes av at det var HSØ-styret som selv sendte sitt styrevedtak til Helse- og omsorgsdepartementet. Dersom OUS eller HSØ ikke har myndighet iht. helseforetaksloven § 30 til å treffe beslutninger om omfattende omlegging av sykehusstrukturen før foretaksmøtet hadde vedtatt tiltaket, blir styrevedtakene å anse som råd til helseministeren.

I 2016 gjennomførte Helse- og omsorgsdepartementet hverken høring eller en samfunnsøkonomisk analyse av ny sykehusstruktur for Osloregionen før helseministeren i foretaksmøtet traff målbildevedtaket 24. juni 2016.

Det har vært påpekt at HSØs planlagte omlegging av sykehusstrukturen bryter opp svært gode og anerkjente faglige miljøer⁶⁷ ved å dele opp og innplassere sykehusvirksomheten som i dag skjer på Ullevål på to andre steder. Ansatterepresentantene i styrene har stemt imot planene flere ganger bla. fordi de mener det ikke er dokumentert at omleggingen hverken vil gi en driftsgevinst for helseforetaket eller bedre spesialisthelsetjenester for befolkningen.

⁶⁷ Ifølge Legeforeningen rammes særlig multi-traumemiljøet ved Ullevål sykehus hardt av oppsplittingen som innebærer at et velfungerende multi-traume miljø deles opp mellom to nye sykehus; leger advarer at «*liv vil gå tapt*».

OPAK og Metiers eksterne kvalitetssikring av forslaget i 2015⁶⁸ og en nylig gjennomført britisk studie,⁶⁹ tilsier at det er grunnlag for de ansattes bekymringer. Legeforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, NRF, Forskerforbundet, Utdanningsforbundet, Tekna, NITO, NFF, Norsk ergoterapeutforbund, Delta, Psykologforeningen er alle imot den planlagte virksomhetsdelingen mellom Rikshospitalet og Nye Aker sykehus fordi de frykter at pasienttilbudet blir dårligere⁷⁰. Det foreligger fortsatt ikke en virksomhetsplan for OUS⁷¹.

Idéfase 1.0 Campus Oslo ble sendt på høring i 2014, men løsningen som inngår i målbildet i 2016 avviker vesentlig fra sykehusplanen som ble sendt på høring i 2014. En vesensforskjell mellom Idéfase 1.0 Campus Oslo og målbildet vedtatt 2016 er at målbildet innebærer en oppsplitting av sykehusmiljøet ved Ullevål sykehus og en omfattende omlegging fra dagens sykehusstruktur med lokasjonsbasert funksjonsdeling mellom Rikshospitalet og Ullevål sykehus. I tillegg skal det etableres lokalsykehus på Aker.

Utviklingsplanen for OUS ble vedtatt i 2018⁷². Utviklingsplanen legger målbildet til grunn⁷³ for helseforetakets utvikling. HSØs regionale utviklingsplan legger også målbildet til grunn og omtaler sykehusplanene for Gaustad/Aker som «i konseptfase»⁷⁴. Det fremgår ikke av Nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2019)⁷⁵ at det planlegges en vesentlig omlegging av sykehusstrukturen i Oslo-regionen. I 2017 ble Ullevål sykehus tegnet inn på sykehuskartet⁷⁶ som ble presentert av helseministeren.

OUS og HSØ har utført en rekke omfattende vurderinger knyttet til målbildet, men målbildet som ble vedtatt i 2016 av foretaksmøtet, er ikke sendt på høring. Hverken HSØ eller OUS har sendt Idéfase 2.0 Fremtidens OUS eller Konkretisering etter høring 1.0 på høring. Det følger av gjennomgangen ovenfor at den manglende utredningen av målbildet ikke er rettet opp av hverken HSØ eller OUS etter at målbildet ble vedtatt i 2016.

⁶⁸ OPAK AS og Metier AS Ekstern kvalitetssikring av idéfase – Fremtidens OUS.

⁶⁹ Jf. <http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf> er en britisk studie hvor det konkluderes at deling av elektiv og akuttkirurgi er driftsøkonomisk bedre enn å samle kirurgivirksomheten. OPAK og Metier påpeker i sin kvalitetssikringsrapport fra 2015 at det ikke er dokumentert at et stort sykehus gir bedre driftsøkonomi enn små sykehus.

⁷⁰ Jf. Protokoll fra drøftingsmøte 3. juni 2019 i forbindelse med Bjørn Eriksteins avgang som daglig leder ved OUS.

⁷¹ Dette er sannsynligvis den viktigste årsaken til at målbildet har medført så stor motstand, jf. bla. drøftingsmøtet 3. juni 2019.

⁷² I OUS-styret ble Utviklingsplanen i 2018 vedtatt mot de ansatterepresentantens stemmer fordi planen la målbildet til grunn.

⁷³ OUS' utviklingsplan pkt. 5.

⁷⁴ HSØs utviklingsplan s. 40.

⁷⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

⁷⁶ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehuskartet-er-tegnet/id2550221/>

Fordi målbildet innebærer en vesentlig omlegging av sykehusstrukturen i Oslo skulle beslutningsgrunnlaget for målbildet vært utarbeidet iht. reglene i utredningsinstruksen av Helse- og omsorgsdepartementet (eller av et annet forvaltningsorgan f.eks. HSØ eller OUS) før ministeren traff vedtak i foretaksmøtet. Hvis HSØ eller OUS hadde utredet endringen på vegne av departementet skulle de fulgt reglene i utredningsinstruksen. Det er hverken gjennomført en høring eller utarbeidet en samfunnsøkonomisk analyse⁷⁷.

Som en følge av at reglene i utredningsinstruksen ikke er fulgt av Helse- og omsorgsdepartementet, HSØ eller av OUS er det ikke mulig å fastslå at målbildet som ble vedtatt i 2016 er den beste organiseringen av sykehus- og spesialisthelsetjenestetilbudet for Oslos innbyggere. Dette er vesentlige mangler som hefter ved beslutningsgrunnlaget for lånesøknaden.

3.2.1 Vurdering av regler for salg av tomter

Det forventes at Ullevålstomten kan innbringe kr. 6-7 milliarder ved salg. Salg av Ullevålstomten følger implisitt av at planene for Nye Oslo Universitetssykehus forutsetter at Ullevål tømmes for virksomhet. Salget er bekreftet av helseministeren⁷⁸ selv om foretaksmøtet ennå ikke har truffet en formell beslutning om salg av Ullevålstomten.

Gode grunner tilsier at helseforetakslovens § 31 skal forstås slik at beslutninger som forutsetter salg av fast eiendom i denne størrelsesorden skal fremlegges for Stortinget før konsekvensen av beslutningen er irreversibel.

3.2.2 Vurdering av HSØs ansvar for å føre tilsyn med OUS

Det kan stilles spørsmål ved om HSØ skulle påsett at OUS ikke arbeidet med planene for Nye Oslo Universitetssykehus før målbildet var besluttet av foretaksmøtet.

⁷⁷ Bortsett fra å konstatere at disse to dokumentene ikke foreligger i offentlig tilgjengelige dokumenter tas det forbehold om at det kan være elementer i Helse- og omsorgsdepartementet som ikke er kjent.

⁷⁸ Aftenposten <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/e1Lgv9/arbeidet-med-oslos-nye-sykehus-kan-ikke-skyves-ut-i-nye-utredninger-bent-hoeie> og <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/e86Lw4/oslos-innbyggere-skal-faa-et-nytt-og-bedre-sykehustilbud-og-det-er-paa-hoey-tid-bent-hoeie>

4 Har reglene for planlegging og utredning av utbyggingsprosjekter i helsesektoren blitt fulgt ved vedtagelsen av planene om videreutvikling av OUS?

4.1 Generelle og spesielle krav til saksbehandling i helseforetak

Forvaltningslovens regler gjelder for helseforetakene, jf. forvaltningsloven § 5. Det gjelder også uskrevne krav til god forvaltningsskikk. God forvaltningsskikk bygger på skrevne regler og ulovfestede normer for god saksbehandling, og gjelder for all offentlig forvaltningsvirksomhet. I tillegg til direkte anvendbare skrevne saksbehandlingsregler, vil formålet og sammenfatninger som følger av andre regler og anbefalinger danne grunnlag for ulovfestede normer.

Det grunnleggende kravet til offentlig saksbehandling er at den er forsvarlig. Et viktig formål med saksbehandlingsreglene, og plikten til å utrede en sak, er å sørge for at fakta som har betydning blir klarlagt og bedømt riktig. Kravene til forsvarlig saksbehandling skjerpes i kompliserte og kostbare prosjekter, og særlig dersom prosjektet er omstridt. Dersom hensyn eller fakta som ikke er relevante for formålet trekkes inn ved en avgjørelse, kan det være tatt utenforliggende hensyn.

For helseforetak gjelder spesielle saksbehandlingsregler når det gjelder sykehusutbygging. Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter⁷⁹ ble vedtatt i 2011 og gjaldt frem til den ble erstattet av Sykehusbyggs Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggprosjekter i 2017.⁸⁰ Det følger av Tidligfaseveilederen pkt. 2 at *«helseforetakene skal ha «minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige byggeprosjekt»*.

Bakgrunnen for revisjonen av Helsedirektoratets veileder var dyrekjøpte erfaringer ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nye Rikshospitalet, St. Olavs hospital, Nye Ahus og Kalnes. Formålet med Tidligfaseveilederen er at beslutningsgrunnlaget for nye sykehusbygg skal bli bedre og den nye veilederen setter nye og strengere krav.

Tidligfaseveilederens systematikk er at planleggingen av byggeprosjekter inndeles i faser som skal gjennomføres i henhold til regler i veilederen før prosjektet på bestemte beslutningspunkter føres videre til neste fase. Disse fasene omtales som prosjektinnramming,

⁷⁹ <https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html>

⁸⁰ OUS startet opp idéfasearbeidet som ligger til grunn for dagens planer i 2012, jf. sak 85/2012.

konseptfase og forprosjektfase. Før forprosjektfasen skal konseptet kvalitetssikres av en eksternt kvalitetssikrer. Prosessen skal innledes med basis i foretakets Utviklingsplan⁸¹ og er illustrert slik:



I likhet med det som gjaldt etter Helsedirektoratets tidligere veileder, forutsetter Tidligfaseveilederen at det ved inngangen til konseptfasen skal foreligge flere alternative konsepter. Det første steget i konseptfasen er å identifisere, utvikle og utrede alternative konsepter (muligheter for hvordan det vedtatte programmet kan løses) i form av fysiske løsninger. Poenget med konseptfasen er å beslutte hvilket konsept som skal bearbeides videre i en forprosjektfase.

Helsedirektoratets tidligere veileder forutsetter også at det gjennomføres alternativanalyser både i idéfasen og konseptfasen og at det i konseptfasen utredes og utvikles 3-4 alternativer (i tillegg til 0-alternativet) til et detaljeringsnivå som gir grunnlag for valg av den løsningen som i størst grad møter målene for prosjektet.

Finansdepartement har utgitt en veileder om nullalternativet⁸² som har utfyllende regler om hvordan nullalternativet iht. utredningsinstruksen⁸³ skal utarbeides for å være reelt. Rundskriv

⁸¹ Utviklingsplanen er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte fremtidige behov for helsetjenester. Utviklingsplanen er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål. Sammen med Økonomisk langtidsplan skal utviklingsplanen gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Jf. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner: <https://helse-midt.no/Documents/2016/Veileder%20utviklingsplaner%20end.pdf>

⁸² Finansdepartementets veileder nr. 8 Nullalternativet.

⁸³ Finansdepartementets utredningsinstruks gjelder ikke direkte for helseforetakene, men det er forutsett i Nyttårsbrevet 31. desember 2002 fra Helse- og omsorgsdepartementet at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystem som de som gjelder for statlige byggeprosjekter.

R-109/14 fastsetter at dersom «nullalternativets levetid er svært kort, kan det vurderes å utvikle et minimumsalternativ (null-pluss alternativ) som skal sammenlignes med nullalternativet».

4.2 Vurdering av saksgangen i sykehusprosjektet hittil opp mot kravene i Tidligfaseveileder

Det er oppstart av idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet som er utgangspunkt for sykehusplanene som høsten 2019 er materialisert i lånesøknaden. Da arbeidet startet la OUS-styret⁸⁴ til grunn at Helsedirektoratets veileder for Tidligfaseplanlegging skulle anvendes⁸⁵.

HSØ styret vedtok⁸⁶ i 2017 at Veileder for Tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter (Tidligfaseveilederen) skal tas i bruk på «*pågående byggeprosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang*».

På bakgrunn av gjennomgangen av tilgjengelige saksdokumenter og saksbehandlingsreglene pekes det på følgende mangler:

- Det forelå ikke en utviklingsplan for OUS da styret besluttet⁸⁷ å starte idéfase for idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet. På dette tidspunktet forelå det kun en strategi for OUS⁸⁸. Utviklingsplanen for OUS forelå først i 2018;
- Det forelå ikke en virksomhetsplan for OUS da arbeidet startet opp, og en samlet virksomhetsplan foreligger fremdeles ikke;⁸⁹
- Det kan reises spørsmål om det ble tatt utenforliggende hensyn i forbindelse med evaluering og valg av konsept i rapporten Konkretisering etter høring 28. januar 2016;

⁸⁴ Det ble besluttet på styremøte 29. mars 2012 (sak 18/2012) at: «*Styret forutsetter at videre planlegging og beslutninger skjer i henhold til "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter"*» jf. Sak 18/2012, styrevedtak pkt 6 jf. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202012/Styrem%C3%B8te%202012-03-29.pdf>. I oppfølgnings sak OUS sak 85/2012 (Mandat idéfase for somatikk og psykisk helse) redegjøres det i saksfremlegget⁸⁴ for veilederen, og som del av styrepapirene vedlegges «Eksempel på oppbygning av en idéfaserapport». Det følger av denne at: «*For å kunne sette i gang en idéfase for et prosjekt skal det foreligge en utviklingsplan hvor tiltaket inngår, og tiltaket må være innpasset i investeringsplanen for foretaket. Idéfase skal resultere i en idéfaserapport. Hvis utviklingsplan ikke foreligger eller krever oppdatering må idéfasen utsettes til dette er avklart.*»

⁸⁵ Dette er fasen med Idéfasearbeidet som leder frem til fastsettelsen av målbildet.

⁸⁶ HSØ styremøte sak 88/2017 <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremoter/2017/20170914/088-2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf>

⁸⁷ OUS Styremøte 17. desember 2012 sak 85. OUS ble etablert i 2009; det synes ikke å foreligge en utviklingsplan for virksomheten før i 2018. Arealutviklingsplan 2025 er en utviklingsplan for eiendomsmassen men ikke en virksomhetsplan.

⁸⁸ Strategien ble vedtatt i OUS Styremøte 17. desember 2012 i sak 84.

⁸⁹ Manglende virksomhetsplan for OUS påpekes bl.a. i drøftingsprotokollen 3. juni 2019.

- Det er utarbeidet for få alternative konsepter, og valg av konsept i målbildet ble tatt for tidlig i forhold til det som følger av tidligfaseveilederens regler. Etter januar 2016 har alt arbeid vært konsentrert omkring Alternativ 3, full samling av regionssykehus på Gaustad med lokalsykehus på Aker;
- 0-alternativet ikke hensiktsmessig og dessuten aldri blitt beregnet iht. Finansdepartementets veileder for nullalternativ⁹⁰, og
- Kapasitetsutfordringene for OUS, som siden 2011 har vært en viktig årsak til behovet for å øke sykehuskapasiteten, er ikke løst⁹¹.

4.2.1 Manglende utviklingsplan og manglende virksomhetsplan

Både Tidligfaseveilederen og Helsedirektoratets veileder⁹² forutsetter at det foreligger en utviklingsplan før oppstart av planprosessen. Begge veilederne forutsetter også at det foreligger en virksomhetsplan.

4.2.2 Ble det tatt utenforliggende hensyn da Alternativ 3 (målbildet) ble valgt etter evaluering?

Formålet med helseforetakene er å levere helsetjenester til innbyggere i sitt opptaksområde; helseforetakene har et *sørge-for* ansvar. Formålet med evaluering etter idéfasen er å sørge for at det beste alternativet som oppfyller helseforetakets formål velges. Omfattende betraktninger om byutvikling generelt faller utenfor helseforetakenes samfunnsoppdrag slik det er definert av helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven⁹³ formål. Heller ikke OUS eller HSØs vedtekter har bestemmelser om at helseforetaket skal ta hensyn til byutvikling ved utarbeidelse av planer og strategier. Byutvikling er kommunenes ansvar, og gjennomføringen gjøres av plan- og bygningsmyndighetene.

Innplassering av et stort sykehus i en by krever kontakt med planmyndighetene, og Tidligfaseveilederen forutsetter at det gjøres tomteanalyser før tomt velges. Dette er en prosess som følger av Tidligfaseveilederens kapittel 6. I OUS' planer, slik de er omtalt i

⁹⁰ Finansdepartementet veileder angir at hvis nullalternativet ikke vil løse problemene bør det utarbeides et null-pluss alternativ.

⁹¹ Særlig Legeforeningen har vært opptatt av at sykehusplanene for Oslo gir mindre kapasitet for pasientbehandling enn det OUS har i dag.

⁹² I Helsedirektoratets veileder kommer forventningen om at det foreligger en utviklingsplan tydelig til uttrykk i forordet. Tidligfaseveilederen forutsetter også en utviklingsplan i pkt. 1.1.

⁹³ Jf. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helsefore>; <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse> Det følger heller ikke av § 2a (Regionale helseforetaks ansvar) eller § 10 (Vedtekter for regionale helseforetak) at et helseforetak skal ta hensyn til byutvikling ved evaluering av planer.

rapporten Konkretisering etter høring, ser det ut som det er andre hensyn enn de som følger av helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven som er vektlagt.

Det fremstår som sannsynlig at det er muligheten til å avhende Ullevålstomten som gjør at Alternativ 3 (Delvis samling på Gaustad) kommer bedre ut enn Alternativ 2 (Delt løsning Gaustad - Ullevål). Å ta hensyn til gevinstrealisering ved salg av Ullevålstomten ved evaluering av hvilke alternativer som oppfyller helseforetakets formål kan være å ta utenforliggende hensyn vurdert ut fra at ivaretagelsen av en nasjonal helsepolitikk og pasientenes rettigheter er helseforetakenes sentrale oppgaver. Helseforetakene er organiserte som egne rettssubjekter. For disse kan det derfor argumenteres med at økonomiske hensyn må være relevante ved nye bygg. Likevel er det et problem at et argument som ligger på siden av den materielle oppfyllelsen av lovens formål, kan se ut til å ha en avgjørende betydning for valg av utbyggingsalternativ som også har svært mange andre viktige samfunnsmessige konsekvenser. Når det heller ikke finnes offentlige tilgjengelige verdierestimater på tomter, som ikke er omregulert til annen bruk en sykehusvirksomhet, blir det vanskelig å etterprøve hvordan gevinstrealiseringen er vektlagt i evalueringen av alternative sykehusstrukturer. Det er også vanskelig gjennom rapportene å få innsikt og etterprøve hvordan gevinstrealiseringspotensialet har virket inn ved de øvrige hensynene, og om det har virket inn flere ganger. Det er mulig at resultatet av evalueringen kunne falt ut til fordel for Alternativ 2 (Delt løsning Gaustad - Ullevål) dersom byutvikling ikke hadde vært et av evalueringskriteriene i rapporten Konkretisering etter høring.

OUS har i flere presentasjoner påpekt at Oslo kommune foretrakk Alternativ 3 og det kan stilles spørsmål ved om det politiske målet om gjenoppbygging av Aker sykehus har hatt betydning for at Oslo kommune har foretrukket Alternativ 3. Aker sykehus ble nedlagt 1. januar 2011 da HSØ overførte «sørge-for» ansvaret for bydelene Grorud, Stover og Alna til Akershus universitetssykehus, en beslutning som var upopulær blant innbyggerne i Groruddalen. Flere bystyrepolitikere i Oslo har ønsket at Aker sykehus skulle gjenetableres.

Det fremgår av korrespondanse mellom OUS og Oslo kommune i forbindelse med reguleringssaken at gjenetablering av Aker sykehus bare kan realiseres dersom Alternativ 3 (full samling på Gaustad med varianten lokalsykehus et annet sted enn på Ullevål) velges som konsept for sykehusstrukturen i Oslo. OUS' begrunnelse synes å ha vært at OUS ikke har tilstrekkelig pasientgrunnlag til både å flytte multi-traume til Gaustad, beholde

virksomhet på Ullevål og etablere et nytt sykehus på Aker. Dette fremkommer bla. av brev fra OUS til Oslo kommune⁹⁴.

Det bemerkes at OUS allerede vinteren 2016 var klar over at de skulle få tilbake «sørge-for» ansvaret for bydelene Grorud, Stover og Alna. Utvidelsen av OUS' ansvarsområde er en endret forutsetning for valg av målbilde. Overføringen av ansvar ble formelt besluttet av HSØ samme dag (i saken før) som HSØ besluttet å endre sykehusstrukturen i Osloregionen⁹⁵ gjennom å velge Gaustad som sted hvor et samlet regionssykehus skulle etableres. Denne utvidelsen av OUS' utvidede ansvarsområde burde være et tilstrekkelig grunnlag for å etablere et nytt lokalsykehus⁹⁶ for disse bydelene uavhengig av om Alternativ 2 eller Alternativ 3 var valgt som «målbilde».

Det påpekes også at det kan fremstå som om ulempene ved utbygging av sykehus i drift bare er tatt med i evalueringen av delt løsning mellom Gaustad - Ullevål og ikke for Alternativ 3 (målbildet). Det er på det rene at utbygging av Rikshospitalet også må foregå tett opptil sykehus i drift, tomten der er dessuten vesentlig trangere slik at ulempen for eksisterende drift må antas å bli større. Erfaringene fra bygging av nytt akuttbygg på Ullevål i 2014 viser at det er mulig å bygge opp til sykehus i drift.

4.2.3 For få alternative konsepter og for tidlig valg av konsept

Siden 2015 har eksterne kvalitetssikrere⁹⁷ påpekt at OUS/HSØ burde ha utredet flere alternativer.

Selv om Tidligfaseveilederen ikke gjaldt da prosjektet startet opp forutsettes det at den tas i bruk ved neste faseovergang⁹⁸. Prosjektet er nå i ferd med å gå over i forprosjektfasen før konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven er utført. Det er ikke i tråd med Tidligfaseveilederen. Manglende konsekvensutredning gjør at en rekke risikofaktorer ved tomten ennå ikke er vurdert, og at beslutningsgrunnlaget følgelig er dårligere.

⁹⁴ Brev fra OUS til Oslo kommune datert 22.10.2015.

⁹⁵ Jf. HSØs styremøte 16. juni 2016 sak 52.

⁹⁶ Både Diakonhjemmet og Lovisenberg driver lokalsykehus med et sørge-for ansvar for tre bydeler.

⁹⁷ Opak og Metier og WSP jf. redegjørelsen i pkt. 2 ovenfor.

⁹⁸ <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2017/20170914/088-2017%20Saksframlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20tidligfasen%20i%20sykehusbyggprosjekter.pdf>

Det er lagt til grunn at lokalisering for nye sykehusbygg er Oslo⁹⁹. Når lokalisering er avklart skal valg av tomt finne sted i konseptfasen, jf. pkt. 6.3. Tidligfaseveilederen forutsetter at beslutning om konseptvalg ikke skal tas *før* det foreligger en konsekvensutredning (Oslo kommune har i tråd med plan- og bygningsloven krevd konsekvensutredning, et arbeid som ikke er ferdigstilt).

For å avhjelpe manglene i beslutningsgrunnlaget er det nødvendig å utarbeide et alternativt konsept fram til et sammenliknbart alternativ. Det mest nærliggende av tidshensyn synes å være å ta opp igjen og arbeide med alternativet «delt løsning» mellom Gaustad og Ullevål (Alternativ 2), bearbeidet med Aker sykehus som lokalsykehus for bydelene som skal overføres til OUS' opptaksområde. En variant av dette forslaget er bearbeidet som en idfase i et forslag fra en uavhengig gruppe (Parksykehuset¹⁰⁰) med støtte fra Legeforeningen.

Arbeidet med konsekvensutredning og offentlig ettersyn av reguleringsplanen vil ta tid (ifølge Plan- og bygningsetaten i Oslos hjemmesider fram til 1. oktober 2020, deretter følger den politiske behandlingen)¹⁰¹. Bearbeidelse av et reelt alternativ som sammenlikningsgrunnlag vil av denne grunn ikke innebære tap av tid.

4.2.4 0-alternativet som HSØ har utarbeidet er ikke hensiktsmessig

Nullalternativet er en beskrivelse og tallfesting av dagens situasjon og den forventede utviklingen uten tiltak på området. Tidligfaseveilederen pkt. 7.5 fastsetter at nullalternativet skal være sammenliknbart med de andre alternativene.

Hensikten med nullalternativet er å sikre et best mulig beslutningsunderlag. Iht. til Direktoratet for økonomistyring er nullalternativet sammenlikningsgrunnlaget (referansen) for beskrivelser og tallfesting av virkningene av tiltakene som analyseres¹⁰².

Finansdepartements veileder for nullalternativet fastsetter at alternativer, inkludert nullalternativet, skal være optimalisert i forhold til prosjektets målsetting jf. pkt 4. Rundskriv

⁹⁹ Det er her lagt til grunn at det ikke var nødvendig å sende lokaliseringsanalysen på høring, slik som forutsatt i Tidligfaseveilederens pkt. 6.1 6 ledd, når lokalisering er (og forblir) Oslo. Alternativt kan det argumenteres at valget mellom Ullevål og Gaustad også var et lokaliseringsvalg, og at det for dette lokaliseringsvalget også burde vært gjennomført en konsekvensutredning.

¹⁰⁰ https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6d7d57f69ad54785b645e9a1e46f1635/temahefte_ullevaal_2019_enkelt sider.pdf

¹⁰¹ <https://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?caseno=201704683&wfl=Y&Dateparam=10/09/2019&sti=>

¹⁰² Jf. Direktoratet for økonomistyring, Veileder i samfunnsøkonomiske analyser s.226
<https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utdredninger/Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf>

R-109/14 fastsetter også at dersom «nullalternativets levetid er svært kort, kan det vurderes å utvikle et minimumsalternativ (null-pluss alternativ) som skal sammenlignes med nullalternativet».

Som redegjort for ovenfor vurderte OUS både 2012 og i 2014 at nullalternativet ikke var et reelt sammenlikningsgrunnlag og valgte å ikke gå videre med nullalternativet. Til tross for dette inntas nullalternativet som et sammenlikningsgrunnlag i Konkretisering etter høring hvor det fremgår at: «0-alternativet innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og bare nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet».

I Konseptrapporten som ligger til grunn for lånesøknaden¹⁰³ fremgår «Et nullalternativ har vært utredet i forbindelse med alternativutredningene i arbeidet med idéfasen. Det har derfor ikke vært aktuelt å gjøre dette i forbindelse med konseptfasen, ettersom målbilde og lokalisering er godkjent av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24.6.2016. I tråd med prosjektets mandat er nullalternativet tatt med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter».

Det er derfor overraskende at HSØ også i lånesøknaden trekker nullalternativet med seg som et sammenlikningsgrunnlag¹⁰⁴. Nullalternativet som presenteres i lånesøknaden er uansett utilstrekkelig som et sammenlikningsgrunnlag for utbyggingsalternativet på Gaustad, særlig fordi det ikke optimalisert¹⁰⁵.

¹⁰³ Konseptrapport HSØ Videreutvikling av Aker og Gaustad, s. 24.

¹⁰⁴ Det fremgår i lånesøknaden (Økonomisk langtidspan 2019-2062 Nullalternativet sammenlignet med realisering av målbildet 27.11.2018 s. 2: Det er i regi av Sykehusbygg og Oslo universitetssykehus HF gjennomført en oppdatering av idéfasens anslag på investeringsbehov ved 0-alternativet. Hensikten med denne oppdateringen er å synliggjøre konsekvensene ved bruk av eksisterende bygningsmasse hvis investering i nytt sykehus ikke gjennomføres. Foreliggende anslag på investeringsbehov er kun en skjønsmessig oppdatering av tidligere vurderinger, dvs. at det ikke foreligger et konkret prosjekt som er kostnadsberegnet.

¹⁰⁵ Legeföreningen har påpekt at det er foretatt en rekke valg som gir dårlige løsninger og særlig høye kostnader bla. fordi forutsettes «tung rehabilitering» av store bygningsvolum til en kostnad som vil være høyere enn ved nybygging av de samme volumene, som stipuleres til 100 % av kostnaden for nybygg. De samlede arealene hvor det planlegges "tung rehabilitering" utgjør 97 757 kvadratmeter. Omfanget øker ekstrakostnadene knyttet til behov for rokade-areal og ulempekostnader. Det er åpenbart at det ikke er hensiktsmessig å rehabiliterer bygg til en kostnad som er høyere enn nybygg. I tillegg har nullalternativet og målbildet ulik realisering av kapasitet, i null-alternativet planlegges overføring av bydel Alna i 2028 og Stovner-Grorud i 2031, mens dette for utbygningsalternativet skal gjennomføres i 2029 og 2034. Nullalternativet og utbygningsalternativet har også ulik kapitalisering av investeringene. I nullalternativet kapitaliseres investeringene fortløpende, mens de først kapitaliseres ved overtagelse av nye bygg i utbyggingsalternativet (målbildet). Det er også lagt til grunn ulik beregning av ulempekostnad. I null-alternativet beregnes ulempekostnaden til kr. 1250 millioner, i tillegg beregnes det at rehabilitering med høy grad vil koste 100 % av nypris, fordi ulempekostnader regnes inn. Ulempekostnaden kalkuleres i begge regnestykkene. I alternativet med utbygging på Gaustad legges det inn en betydelig lavere sum (5 % av bygge-kostnad, omlag kr. 600 millioner) som ulempekostnad. Videre beregnes ulik kostnader for rokade-bygg. I nullalternativet avsettes 100 millioner til rokade-bygg. Det er på det rene at i utbyggingsalternativet vil det også være behov for rokadebygg når C1 avsnittet skal fraflyttes, men kostnaden tas ikke med. Det er avsatt ulikt til rehabilitering av Gaustad sykehus; i nullalternativet er det avsatt kr. 1560 millioner til rehabilitering mens kostnaden i utbyggingsalternativet ikke er medtatt. Til slutt er det foretatt en ulik beregning av tomte-verdi: i utbyggingsalternativet stipuleres det med salg av overflødig tomteareal på Ullevål og SSE mens det i nullalternativet ikke inntas verdier utløst ved salg av overflødige tomer på Aker og Ullevål. Til slutt pååekes at kostander til erverv av tomt på Aker er ikke tatt inn i utbyggingsalternativet (disse kostnadene ligger trolig omlag kr. 2 milliarder).

4.2.5 Nye Oslo Universitetssykehus løser ikke behovet for mer sykehuskapasitet i Oslo

Det er ikke hensyntatt, etter at målbildet ble vedtatt i 2016, at OUS' «sørge-for» ansvar er utvidet med tre bydeler (Grorud, Stovner og Alna) som skal overføres fra Akershus Universitetssykehus. Behov for utvidet kapasitet har siden oppstart av arbeidet med Arealutviklingsplanen vært et av «problemene» som skulle løses. Økt etterspørsel etter sykehuskapasitet i regionen er en viktig etterfølgende forutsetning som burde ha medført at flere alternativer ble vurdert.

Det er heller ikke avtalt en vesentlig ny oppgavefordeling¹⁰⁶ mellom OUS og de private/ideelle sykehusene i Oslo (Diakonhjemmet og Lovisenberg); og det til tross for at det siden 2016 har vært en forutsetning at de private/ideelle sykehusene skal få økte oppgaver.

4.3 Fastsettelse av tomtevalg i målbildet i 2016 strider mot forutsetningene i Tidligfaseveilederen

Målbildet utpeker Gaustad som sted for et samlet og komplett regionssykehus, og låser tomtevalget allerede ved fastsettelsen av målbildet¹⁰⁷. Det er før det er konstatert at det er tilstrekkelig plass til den planlagte sykehusvirksomheten ved å bygge ut Rikshospitalet.

Det er svært uheldig at målbildet låser tomtevalget før oppstart av konseptfasen. Dette har ført til at ingen spørsmål om tomtevalg senere har vært gjenstand for kvalitetssikring. For eksempel er spørsmålet «*Er prosjektets lokalisering vurdert i forhold til det regionale helseforetakets totale tilbud?*» besvart i PWCs «Ekstern kvalitetssikringsrapport»¹⁰⁸ i november 2018 med: Målbildet for OUS avklarer lokalisering.

Valg av lokalisering og tomt reguleres i Tidligfaseveilederen pkt. 6. Tidligfaseveilederen anbefaler at konsekvensutredning etter Plan- og bygningsloven gjennomføres *før* lokaliseringsvalg velges slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsgrunnlag. Videre forutsettes at hvis konsekvensutredning kreves iht. plan- og bygningsloven regler – slik som i dette

¹⁰⁶ Det er gjennomført noen mindre justeringer. Bl.a. byrådet i Oslo har ønsket å utvide opptaksområdet for disse sykehusene.

¹⁰⁷ For forskjellen mellom lokalisering og valg av tomter jf. Tidligfaseveilederen pkt. 6.3.

¹⁰⁸ PWC rapport s. 3.

prosjektet – *skal* konsekvensutredningen foreligge før endelig beslutning om tomt treffes jf. pkt. 6.3.

Målbildet ble fastsatt uten at forholdet til reglene i plan- og bygningsloven var vurdert slik som Tidligfaseveilederen legger opp til. En nødvendig følge av at målbildet ble fastsatt i 2016 er at valg av tomt har skjedd på en måte som ikke følger reglene i Tidligfaseveilederen.

Det at målbildet ble fastsatt av helseministeren forhindrer at tomtevalget for nye sykehusbygg kvalitetssikres etter 2016, og anses å være en mangel ved beslutningsgrunnlaget. Det forutsettes i Tidligfaseveilederen at tomtevalget er en del av kvalitetskontrollen i KSK rapporten¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Jf. Tidligfaseveilederen tabell A.

Vedlegg 1: HSØs styrets enstemmige vedtak 16. juni 2016

1. Styret gir sin tilslutning til et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.
2. Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomisk handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.
3. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelse av sørge for-ansvaret, og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.
4. Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.
5. Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder. Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.
6. Med utgangspunkt i det gjennomførte idéfasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehustomtene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.
7. Idéfase Radiumhospitalet videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når avklaring av kapasitetsbehov knyttet til

virksomhetsmodellen på Radiumhospitalet som er beskrevet i denne saken er gjort. Dette inkluderer også behov for universitetsarealer. Som første del av konseptfasen skal det lages en plan som viser utnyttelsen av sykehustomten over tid, herunder innplassering av et protonsenters dersom dette legges til Oslo universitetssykehus HF. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF. Det skal i tillegg gjøres en nærmere vurdering av om finansiering og gjennomføring av utbyggingen skal skje på ordinær måte eller i et samarbeid med private aktører basert på skisseprosjektet gitt som gave til Oslo universitetssykehus HF. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

8. Idéfase regional sikkerhetsavdeling videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når tomtevalget er gjort. Prosjektet skal vurderes for trinnvis utvikling. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
9. I videre planlegging må omfang, ressursbruk, framdrift og prioritering av tiltakene skje ut fra en avveining mellom pasientenes behov, når det er behov for mer kapasitet og økonomisk handlingsrom. Realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, mens første trinn i utviklingen av regionsykehuset på Gaustad og lokalsykehuset på Aker skal starte opp samtidig og foregå i parallell så langt dette er praktisk mulig.
10. Styret tar til etterretning at prosjektene vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at Oslo universitetssykehus HF både i perioden før og etter bygging bedrer de økonomiske resultatene, og at det i konseptfasene utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og planer for gevinstuttak.
11. Målbildet for Oslo universitetssykehus HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Oslo. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Vedlegg 2: OUS' flertallsvedtak 28. januar 2016 i sak 8/2016

1. Styret tar informasjonen fra eksternt kvalitetssikring av «Idéfase Oslo universitetssykehus» til orientering. Oslo universitetssykehus HF protokoll styremøte 28. januar 2016.

2. Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring», oversendes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling. Styret anbefaler på grunnlag av idéfaseutredningen, og det som er framkommet i kvalitetssikringen at følgende legges til grunn for det videre arbeidet:
 - a. Styret gir sin tilslutning til at et framtidig målbilde for Oslo universitetssykehus med ett samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet, er å foretrekke. Styret konstaterer imidlertid at det foreligger risikoer som bør avklares nærmere og finner ikke grunnlag på dette tidspunkt å legge bort noen av alternativene eller noen av etappene. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til avgrensninger av alternativer og/eller etapper og oppstart av idé-/ konseptfaser når de største usikkerhetsfaktorene er mer avklart, herunder at det er foretatt de nødvendige avklaringer med Helse Sør-Øst RHF.

 - b. Styret ber Helse Sør-Øst RHF vurdere om 0-alternativet kan gis en forenklet utredning i konseptfasen, da det allerede etter idéfaseutredningen er åpenbart at dette ikke er et egnet alternativ.

 - c. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere hvordan skalering av lokalsykehus/-funksjonen skal tilpasses framtidig kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.
Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales ført videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli stemte imot punkt 2 i vedtaket i sak 8/2016.

De la frem følgende vedtaksforslag/begrunnelse, som de ønsket ført i protokollen: ”Forslag til vedtak/begrunnelse:

På bakgrunn av Rapport OUS, Idefase og tilbakemelding fra eksterne kvalitetssikringsrådgivere trekker styret følgende konklusjon:

1. Styret konstaterer at rapporten fra KS-rådgiverne peker på vesentlige svakheter i den foreliggende Idefaserapport for framtidens OUS. Styret forventer at disse svakhetene følges opp i påfølgende faser. Idefaserapporten inneholder samtidig analyser og skisser som kan danne grunnlag for kommende faser av arealutvikling i OUS.
2. Styret er av den oppfatning at Idefaserapportens to viktigste prosjektutløsende behov, befolkningsveksten i Oslo-området og tilstanden på eksisterende bygg, taler for at de to behovene som prioriteres i neste fase, er nybygg som bedrer tilstanden og kapasiteten for lokal- og områdesykehuspasienter og for kreftpasienter. Styret konstaterer at HSØ legger opp til en viss økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus i årene framover, men erkjenner samtidig at dette ikke løser behovene verken for økt kapasitet innen lokal-og områdepasienter eller kreftpasienter. Dette må derfor møtes ved tiltak fra OUS.
3. Styret konstaterer at risikoen for at en ikke vil kunne realisere tunnel- eller løkkløsning ved RH for ring 3 er stor. Styret er dessuten av den oppfatning at det er feil bruk av knappe investeringsmidler i OUS å bruke disse på kostbare veiprojekt og på riving og nybygg som gjelder andre eieres (UiOs) bygg – ikke minst fordi disse fortsatt er i tilfredsstillende stand. På bakgrunn av at alternativ ”Delvis samling på Gaustad” med klyngemodell forutsetter bygging på tvers av Ring 3, vil ikke styret at det arbeides videre med dette alternativet.
4. Styret mener at en framtidig OUS struktur der en de nærmeste 20 årene primært har elektive lands- og regionfunksjoner på RH og akutte region- og områdefunksjoner på Ullevål, vil gi grunnlaget for sykehussteder med bidrag til gode pasientforløp og effektiv drift lokalisert til steder med sitt særegne fokus og med en styrbar størrelse. Dagens bygningsmessige forhold har to svakheter i forhold til denne modellen: Flere av de kliniske byggene for somatikk ved Ullevål er av de dårligste innen OUS. Erstatningsbygg for disse må derfor prioriteres. Kapasiteten arealmessig på RH er noe knapp i forhold til de funksjonene den skal ha framover. Dette må møtes med noe nybygging på RH. Dette

vil gi to sykehussteder som begge har stor nærhet til samarbeidende virksomhet ved Det matematisk-naturvitenskaplige og Det medisinske fakultet ved UiO.

5. Styret konstaterer at Radiumhospitalet innen overskuelig tid vil være et sted godt egnet for et unikt samspill mellom avansert kreftbehandling og forskning. Integrering og samhandling mot øvrige deler av OUS' virksomhet må utvikles til å gi enda bedre forskning og pasientforløp innen kreft i hele OUS. Styret erkjenner at kvaliteten på de fleste bygg med pasientbehandling på RAD er en svakhet i forhold til å utvikle potensialet i Radiumhospitalets rolle for kreftvirksomheten i OUS. Styret mener at det nye kliniske bygget som er beskrevet i egen idefaserapport, er et egent svar på denne utfordringen og går inn for at dette legges til grunn for en egen konseptfase.
6. Styret konstaterer at de akutte region- og områdefunksjonene på Ullevål vil kreve at det også er noe lokalsykehusvirksomhet her. Styret går i tillegg inn for at det umiddelbart settes i gang en idefase i forhold til hvordan dagens bygningsmasse kan danne utgangspunkt for en gradvis oppbygging av lokalsykehusfunksjoner på Aker. Parallelt med dette arbeides det videre med en konseptfase for fremtidig lokalsykehus. I denne planleggingen forutsetter styret at samspillet med en evt ny Storbylegevakt og Helsarena Aker ivaretas.
7. Styret erkjenner at psykisk helse og avhengighet er en del av OUS' virksomhet som har særlige utfordringer både i forhold til gammel bygningsmasse og befolkningsvekst. Denne delen av sykehusenes virksomhet er dessuten gitt en prioritet av eier (ref ”den gyldne regel”). Situasjonen for regional sikkerhetsavdeling (RSA) har vært spesielt utfordrende, og det foreligger derfor en egen idefaseutredning som legger fram alternative løsninger av dette behovet. Styret ber ut fra dette for det første om at alternativene skissert i idefaserapport RSA videreføres i konseptfase. For det andre ber styret administrasjonen komme tilbake med en utredning av om en bør satse på å samle nybygg for psykisk helse og avhengighet på Ullevål eller Aker.
8. Styret ser ikke behov for at det i konseptfaser nå arbeides videre med det som i Idefaserapporten er kalt null-alternativ. For det første bygger dette alternativet på fortsatt virksomhet i bygg som allerede har overlevd sin naturlige levetid og for det andre kan en ikke se at det er noen føringer som krever fortsatt utredning av et slikt null-alternativ.

9. Styret konstaterer at HOD i foretaksprotokollen mot regionforetakene har stilt krav om at det utarbeides helhetlige virksomhetsutviklingsplaner for regionen og at disse legges til grunn for samlet sykehusutvikling i regionen. Styret ber administrasjonen i OUS engasjere seg i dette arbeidet og ser at ikke minst på grunn av OUS Oslo universitetssykehus HF regionfunksjoner, vil en slik plan få en viktig rolle som premiss for videre utvikling av OUS og den vil bøte på mangler som KS-rapporten har pekt på i forhold til foreliggende Idefaserapport Framtidens OUS. Styret ber om at administrasjonen parallelt med denne virksomhetsutviklingsplanen, arbeider med å konkretisere en virksomhetsutviklingsplan for de sykehusstedene en vil ha i OUS i forlengelse av dette vedtaket.
10. Oppsummert gir styret dermed følgende føringer for videre arbeid med framtidens OUS. Føringene bygger på at styret ikke finner noen av de framlagte tre alternativene for framtidens OUS godt egnet for videre arbeid eller realistiske ut fra sykehusets økonomiske forutsetninger og rammer. På bakgrunn av det materialet som foreligger, bør en imidlertid gå videre med følgende tiltak: - RH utvikles videre med fokus på elektive lands- og regionfunksjoner. Og det arbeides videre med en konseptfase for å konkretisere innhold i og utforming av en slik utvidelse (10-15.000 kvm) - Ullevål utvikles videre med fokus på akutte somatiske region- og områdefunksjoner samt det omfanget av lokalsykehus som samtidig bør integreres i en slik virksomhetside. Det arbeides videre med en konseptfase for bygningsmessige tiltak som innen ti år kan gi tidsmessige arealer for virksomheten som i dag er lokalisert i de dårligst stilte byggene. - Aker utvikles til et lokalsykehus for Oslo. Dette realiseres skrittvis der første skritt er en konseptfase som beskriver hvordan lokalsykehuset i løpet av fem år kan starte opp i tilknytning til eksisterende sykehusbygg. Parallelt med dette arbeides det videre med en konseptfase for fremtidig lokalsykehus. - Innenfor psykisk helse og avhengighet går den foreliggende idefase for nytt RSA bygg videre til konseptfase og det gjennomføres en utredning av om nybygg for psykisk helse og avhengighet for øvrig skal skje på Ullevål eller Aker. - Det nybygget for klinisk virksomhet på Radiumhospitalet som er beskrevet i en egen idefaserapport går videre til konseptfase. - På basis av dette og parallelt med en virksomhetsutviklingsplan på regionalt plan, utarbeides en konkretisering av virksomhetsbeskrivelse for de fire sykehusstedene innen OUS. - De svakhetene som er pekt på i KS-rådgivernes tilbakemelding følges opp i de respektive delene av det videre arbeidet.

LISTE MED REFERANSER

<i>Lover, regler og vedtekter</i>	
1999 Lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven)	https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse
2001 Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)	https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven
2011 Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter	https://docplayer.me/201062-Is-1369-tidligfaseplanlegging-i-sykehusprosjekter.html
2014 Rundskriv R-109/14	https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf
Februar 2016 Instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen)	https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2016-02-19-184?q=finansdepartements%20utredningsinstruks Fastsatt ved kgl.res. 19. februar 2016 med hjemmel i instruksjonsmyndigheten. Fremmet av Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Ansvarlig departement Finansdepartementet.
Veileder til utredningsinstruksen	https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utredninger/Veileder-til-utredningsinstruksen.pdf
Finansdepartementets veileder nr. 8 Nullalternativet <i>Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektalternativ</i>	https://www.ntnu.no/documents/1261860271/1263838555/Veileder%20nr%208%20Nullalternativet.pdf
Vedtekter for OUS	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Vedtekter%20i%20Oslo%20universitetssykehus/Vedtekter%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF%202019-08-20.pdf
Vedtekter for HSØ	https://www.regjeringen.no/contentassets/fd164ee393264425aa054ce8ff637caf/vedtekter-for-helse-sor-ost-rhf-sist-endret-10012017-endelig.pdf
<i>Planer, idéfaser og vurderinger</i>	
Desember 2011 Arealutviklingsplanen 2025	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2011%20Arealutviklingsplan%202025.pdf
Juni 2014 Campus Oslo Idéfase rapport 1.0	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2014%20Idéfase%20OUS%20v.%201.0.pdf
Februar 2016 OPAK AS og Metier AS Ekstern kvalitetssikring av idéfase – Fremtidens OUS	https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/OPAK-Metier%20kvalitetssikring%20av%20id%C3%A9fasen%2020161102.pdf
April 2016 FRAMTIDENS OUS Idéfaserapport 2.0	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Aker-Gaustad-byggeprosjekter/Documents/2015%20Idéfase%20OUS%20v.%202.0.pdf
19. november 2018 PWC Ekstern kvalitetssikring datert	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8te%202018-12-06/Styrem%C3%B8te%202018-12-06%20Styresak%202018-77-02%20Ekstern%20kvalitetssikring%20KSK_Videreutvikling%20av%20Aker%20og%20Gau stad.pdf
Utviklingsplan for Oslo Universitetssykehus	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nyheter/Documents/Utviklingsplan%20Oslo%20universitetssykehus%202035-vedtatt-styre.pdf
Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst	https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20versjon.pdf
Parksykehuset Idéfase utredning utarbeidet av en uavhengig gruppe	https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6d7d57f69ad54785b645e9a1c46f1635/temahefte_ullevaal_2019_enkeltsider.pdf

<i>Styremøter i OUS og HSØ</i>	
9. april 2015 Samlefil OUS styremøte	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202015/Styrem%C3%B8te%202015-04-09%20Samlefil.pdf
28. januar 2016 Samlefil OUS styremøte	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202016/Styrem%C3%B8te%202016-01-28%20Samlefil.pdf
28. april 2016 Samlefil OUS styremøte	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202016/Styrem%C3%B8te%202016-04-28%20Samlefil.pdf WSPs ROS analyse er del av styrepapirene under sak 28.
16. juni 2016 HSØs styremøte	https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2016/20160908/067-2016%20Saksframlegg%20-%20Godkjenning%20av%20protokoller%2016.%20og%2030.%20juni%202016.pdf Protokoll fra styremøte sak 53-2016 jf. https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2016/20160908/067-2016%20Saksframlegg%20-%20Godkjenning%20av%20protokoller%2016.%20og%2030.%20juni%202016.pdf
24. juni 2016 Protokoll fra foretaksmøte	https://www.regjeringen.no/contentassets/a992ef9163a54e4a98aad4e8908d54e/protokollhel sesorost24062016.pdf
15. juni 2017 Styremøte i HSØ Sak 72	Saksframlegg: https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2017/20170615/072-2017%20Saksframlegg%20-%20Videref%C3%B8ring%20av%20planer%20for%20utviklingen%20av%20OUS.pdf Protokoll: https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/-%20Godkjent%20protokoll%20styrem%C3%B8te%2015%20%20juni%202017.pdf
16. november 2018 HSØs Konsepprapport Videreutvikling av Aker og Gaustad	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202018-12-06/Styrem%C3%B8te%202018-12-06%20Styresak%202018-77-01%20Videreutv%20av%20Aker%20og%20Gaugstad_Konseptrapp%20med%20skisseprosjektrapp%20Aker%20og%20Gaugstad.pdf
3. juni 2019 Protokoll fra drøftingsmøte i forbindelse med Bjørn Eriksteins avgang	https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styrem%C3%B8ter%202019/Styrem%C3%B8te%202019-06-05%20Styresak%202019-39-06%20Dr%C3%B8ftingsprotokoll%203.6.2019%20Konseptfase%20Aker%20og%20Gaugstad%2020190605.pdf
20. juni 2019 HSØ styremøte	https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/-%20Godkjent%20protokoll%20fra%20styrem%C3%B8te%2020.%20juni%202019.pdf



Anne Christine Kroepelien er advokat, medlem av Høyre og var leder for bydelsutvalget på St. Hanshaugen 2015-2019. Hun ble engasjert i sykehusstriden i Oslo fordi Ullevål sykehus ligger i bydel St.Hanshaugen.

Dette notatet er utarbeidet på eget initiativ og uten å være engasjert av noen. Arbeidet er utført ubetalt. Anne Christine Kroepelien har ingen bindinger til noen involverte parter i prosessen.