

## Til Statsråd Bent Høie, Styreledere og Administrerende direktører ved Helse Sør-Øst og ved Oslo universitetssykehus

### HØRING vedrørende utbygging av OUS og nedlegging av Ullevål sykehus

#### Innledning

Helseminister Bent Høie vedtok i foretaksmøte med Helse Sør-Øst plan for videre utvikling av Oslo universitetssykehus (OUS), 24.6.2016.<sup>1</sup> «Målbildet» for OUS var et samlet, komplett regionsykehus, inkludert lokalsykehusfunksjoner på Rikshospitalet- Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Ikke ett ord om fremtidig skjebne til Ullevål sykehus i vedtaket 24 juni 2016. Dette ble godkjent av helseministeren.<sup>1</sup>

#### Aker sykehus

*Aker sykehus skal utvikles som lokalsykehus for de tre Oslo-bydelen som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde. – Den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*<sup>1</sup> Samtidig utbygging av Gaustad og Aker er slått fast i en rekke rapporter og planer- sist fra Plan og bygg, Oslo kommune, 24 august 2018.<sup>1-6</sup> Det er på tide at alle forviste sykehuspasienter til Ahus igjen får behandling i Oslo. Aker beregnet til ca 10 milliarder.

#### Gaustad/Rikshospitalet

Gaustads utbyggingsplaner har økt fra 40 000 netto areal tilbygg- til 80 000 (72 000 somatikk og 8000 universitetsarealer) og per i dag er tilleggsarealet 160 000 m<sup>2</sup>.<sup>2-6</sup> Oslo kommunes plan og utbyggingsetaten (PBE) har nylig pekt på at planene utvikler seg i alle retninger både ovenfor og nedenfor dagens byggeareal, men det skal ikke komme inn på vernet område og ikke overstige en høyde på 42 meter.<sup>6</sup> Gaustad beregnet til ca 24 milliarder- to byggetrinn.

#### Ullevål sykehus

Ullevål sykehus som egner seg best til videre sykehusutbygging både med hensyn til store arealer -400 000 m<sup>2</sup> eller mer i utbyggingsklare arealer og med mye verdifull sykehuskapasitet intakt – sentralt og lett tilgjengelig for ambulanser og pasienter, og som har 1000 aktive sykehussenger (800 somatiske, 200 psykiatriske), - skal fases ut etter hvert som de andre sykehusene står ferdig bygget – og skal vurderes som salgsobjekt til boliger.

#### Litt historikk

Inntil 2009 var alle Oslos ca 600 000 innbyggere sikret en sykehusseng ved ett av Oslo-sykehusene: Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet, inkludert noen senger ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Inntil 2009 var de regionale (Øst og Sør) og landsomfattende spesialoppgavene innen kreft, spesielle-, sjeldne, kompliserte lidelser og «second opinion»- oppgaver, tatt vare på ved de fire Oslo-sykehusene.

*Akutt nedleggelse av Aker sykehus.* Fusjonen til OUS i 2009 førte til akutt nedleggelse av 4-500 somatiske senger ved Aker sykehus for en beregnet “gevinst” av 1 milliard kroner årlig. Dette skapte et ukjent antall pasienter som ble direkte bortvist fra sitt lokalsykehus. Minst 50 000 pasientinnleggelses hver år (400 senger driftet 365 dager per år, liggetid ca 3 dager)

ble fratatt sitt lokalsykehus på grunn av nedlegging av Aker. Pasienter fra hele Groruddalen og langt utover mot Nordstrand og sentrale deler av Oslo by ble «sykehusflyktninger». Kommunale helsemyndigheter var komplett handlingslammet.

*Out-sourcing av pasienter.* Primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende og sykehusansatte var alle forvirret og usikre på hvor sykehuspasientene egentlig hørte hjemme i de ødelagte sykehusstrukturene. Sykehusledelsen ved OUS gjennomførte “out-sourcing” av en stor del av Oslos pasienter i en gigantisk amatørfusjonering uten hensikt, mål og middel, og uten normale utredninger. Pasientjournalene med livsviktig pasientinformasjon flagret frem og tilbake mellom sykehusene med taxi og andre transportmidler og ble ofte borte, periodevis eller for alltid. Løsningen for pasientflyktningene ble et på forhånd sterkt overfylt Akershus sykehus som knapt var i stand til å betjene sin egen befolkning. Pasientene er fremdeles forvist til Ahus, men forventer å bli tatt inn i varmen igjen ved ny etablering av Aker sykehus.

*Out-sourcing av personell.* Samtidig ble mange kompetente fagpersoner bortvist fra OUS ved at alle faste stillinger ved OUS ble fjernet og erstattet med færre nye “som alle kunne søke på”. I en lamslått fase var det få som opponerte, HMS fulgte som vanlig passivt ledelsens strategi, fagorganiserte hadde aldri opplevd maken og tillitsvalgte ble ikke hørt.

*Konsekvenser ble ikke undersøkt.* Det er i ettertid ikke gransket hvor mye unødig lidelse og død som ligger i sporene etter denne skandaleutsatte sykehusomorganiseringen. Alle fakta og konsekvenser ligger gjemt i en ikke undersøkt nærhistorie.

*Nytt samlet OUS-* skulle reises på Gaustad-jordene og «stå ferdig i 2015» var informasjonen fra sykehusets direktører i 2009. Dette var målet.

*Omkamper.* Så startet omkampene der Ullevål sykehus av OUS- styret ble utpekt som byens storsykehus i 2010, noe som av en eller annen grunn medførte en intens flytting av pasienter fra Ullevål til et overbelastet Rikshospital der hovedverneombudet varslet krise pga manglende arealer for så mange pasienter.<sup>7,8</sup>

*OUS arealutviklingsplan av 2012* viste til tre scenarier der Aker var tatt ut:<sup>7</sup>

1. Ett stort OUS-sykehus ved Ullevål til kr 30 milliarder; 27 til nybygg (55000 m<sup>2</sup>), 0,3 til ombygg og 1,9 til ny infrastruktur. OUS's analyse viste til at dette var eneste *realistiske* storsykehus, men for stort til effektiv drift (1900 senger) og for dyrt.
2. To sykehus- Rikshospitalet/Radiumhospitalet/Statens Epilepsisenter og Ullevål sykehus: 22 milliarder; 15,9 til nybygg, 1,7 til ombygg og 4,3 til oppgradering
3. Fire lokalisasjoner som i dag: Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Statens Epilepsisenter og Ullevål: 16,7 milliarder; 10,3 til nybygg, 1,6 til ombygg, 4,5 til oppgradering.<sup>7</sup>

Ut fra bevilgede helsekroner og byggearealer ble alternativ 3 anbefalt som den mest økonomiske løsningen og riktig bruk av helseressurser.

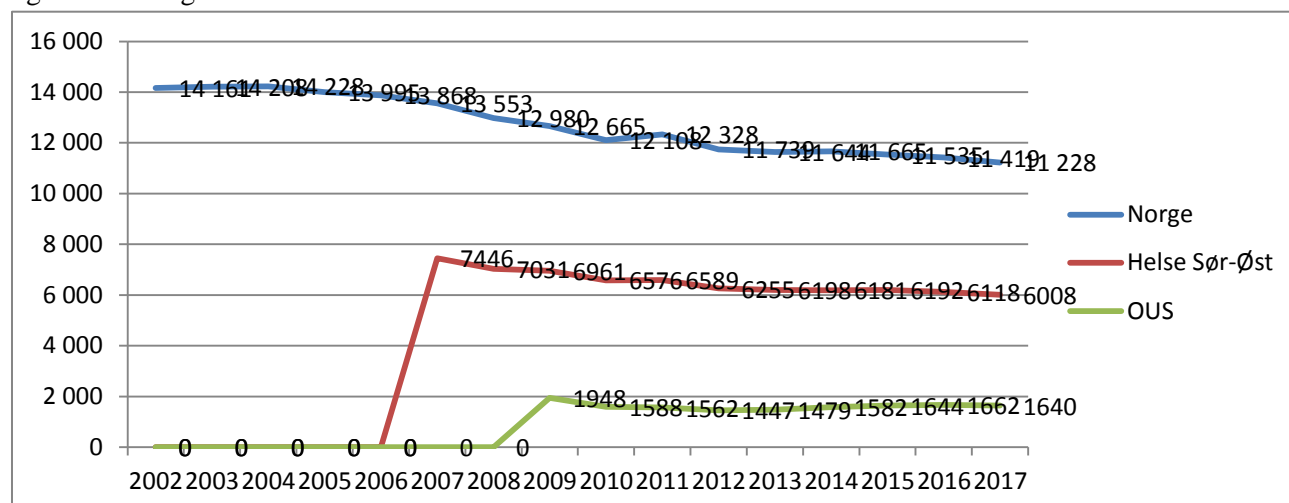
I ettertid er Aker kommet inn i varmen igjen med klare utbyggingstiltak for kr 10 milliarder kroner.

## **Aktivitet ved OUS etter fusjonen**

I perioden 2009 frem til og med 2017 er pasient døgnbehandlinger (utskrivninger) redusert med 25 %, liggedøgn er redusert med 24%, og dagbehandlingen er halvert (58 %) fra 2009 til i dag. Poliklinikk med kontroller + ventetidsgaranti er økt med 25%. I samme periode er antall årsverk økt med 12 % og

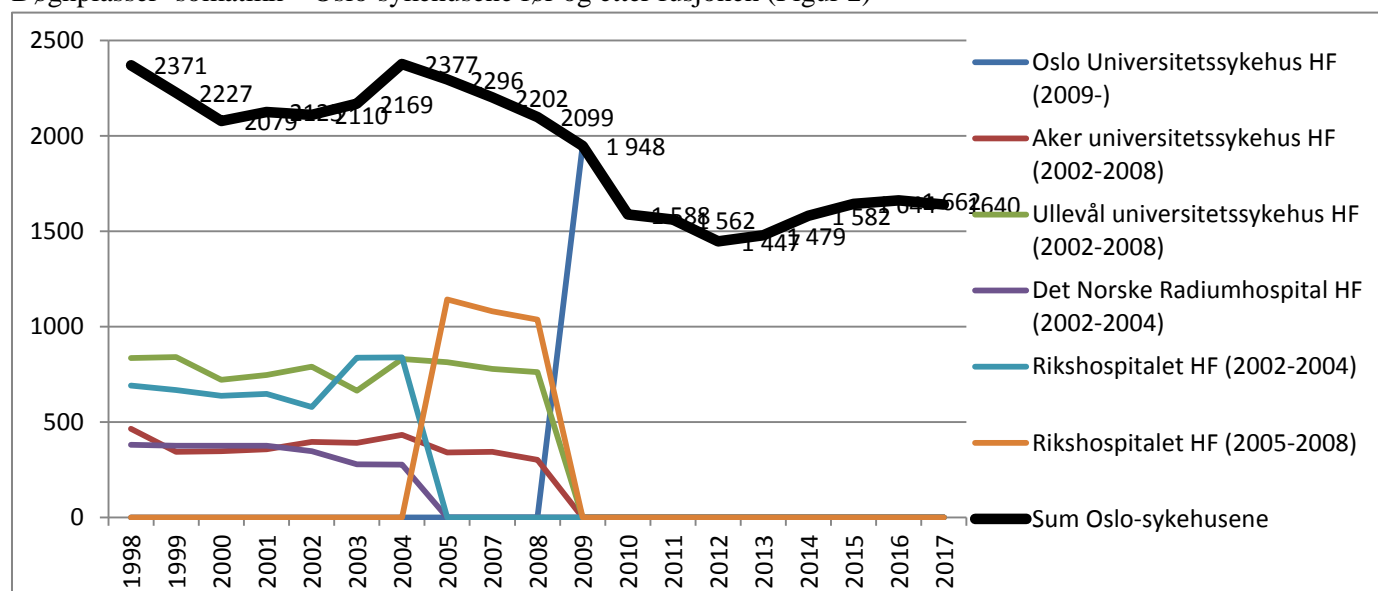
driftskostnader med 25 %, inkludert 1,6 milliarder (7,3 %) ikke redegjort for i tabeller fra SSB. OUS ble et dyrere og mindre effektivt sykehus enn de tidligere fire Oslo-sykehusene til sammen! Se figurer nedenfor.

Døgnplasser – somatiske sykehussenger er kritisk redusert (Figur 1). I Oslo var det i 2017 bare 1640 somatiske senger ved de fire sykehusene i OUS. I tillegg kommer ca 300 senger ved Diakonhjemmet og Lovisenberg.



*Antall senger per 1000 innbyggere:* Fordelt på antall somatiske senger per 1000 innbyggere er landsgjennomsnitt 2,5/1000, HSØ 2,1/1000 og OUS: 2.4/1000 innbyggere i 2017. Dette er svært lavt i forhold til gjennomsnittet for 35 OECD-land vi sammenligner oss med. Gjennomsnittet for 2015 (2017)- OECD35 (acute care, included mental health) var 4,7 akutsenger/per 1000 innbyggere mot Norges 3,8/1000 (OECD 2017).

Døgnplasser- somatikk – Oslo-sykehusene før og etter fusjonen (Figur 2)

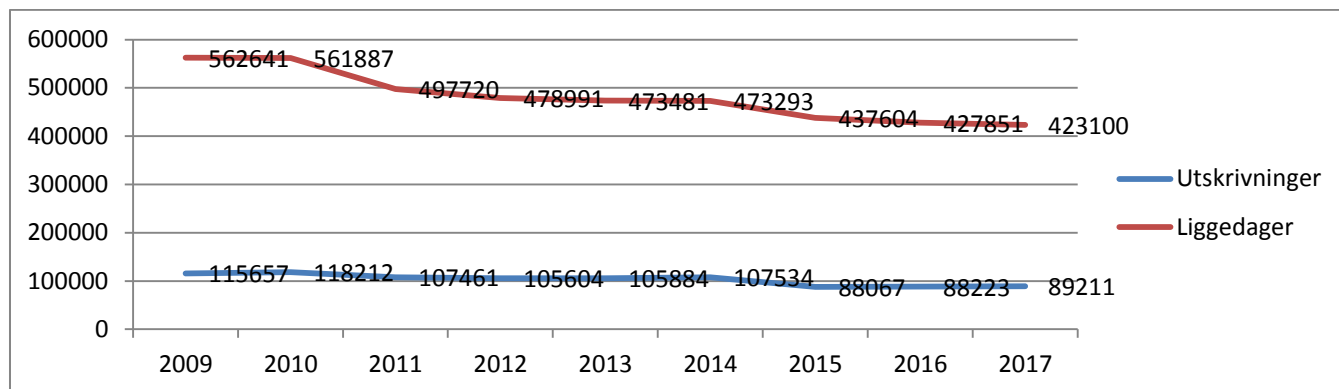


Etter fusjonen av de fire Oslo-sykehusene til OUS i 2009 er Oslos somatiske pasientsenger ved OUS redusert med 15 % og hver 3je pasientseng er fjernet siden 1998, se figur 2. Den sterke reduksjonen i sengetallet skjedde etter 2009. Fra 2016 til 2017 ble 22 somatiske senger borte ved OUS- nesten en hel

fungerende avdeling. Hvor sengene forsvant ifra vet ingen- da sengetallet ved Aker, Ullevål, Gaustad og Radiumhospitalet ikke har vært oppgitt til SSB siden 2012.

Problemet i Oslo er kritisk ut fra at de 1640 somatiske sengene belastes samtidig med regionale- og nasjonale sykehusfunksjoner med til dels lengere liggende pasienter som opptar sykesengen i 14 dager eller mer. Hvis Ullevål fases ut med sine 800 somatiske senger vil Oslos befolkning ha tilgang til kun 0,6 seng per 1000 innbyggere, noe som kan sammenlignes med forhold under en naturkatastrofe.

Utskrivninger- pasientbehandlinger, liggedøgn og dagbehandlinger ved OUS reduseres (SSB)(Figur 3)



I 2017 var 89 200 pasienter innlagt til behandling ved OUS, dvs 27 000 færre pasienter enn ved fusjonen i 2009. Også antall liggedøgn var sterkt redusert med 140 000 liggedøgn i løpet av disse årene. Færre pasienter fikk behandling og de fikk kortere oppholdstid ved sykehuset.

I en tid med nedlegging av sykehussenger ved OUS har det samtidig vært en jevn nedgang med hensyn til behandlingstilbud for befolkningen. Færre er behandlet ved OUS – både innlagte og ved dagbehandlinger, og antall liggedøgn er drastisk redusert. Poliklinikken har riktignok økt noe pga ventetidsgarantien som resulterer i korte 6 minutters konsultasjoner for «å ha sett pasienten» (som for eksempel har reist hele dagen tur-retur Tynset eller Lom). Liggetiden ved OUS er gjennomsnittlig 4,7 dager mot 4,1 dager i landsgjennomsnitt.

*Redusert behandlingstilbud skjer til tross for en klar økning av befolkningen i Oslo-området.*

*Driftskostnader og antall ansatte ved OUS har økt jevnt etter fusjonen til tross for lavere aktivitet (Figur 4). Fusjonen skulle føre til store innsparinger, noe som ikke viste seg å være tilfelle, selv om aktiviteten og sengetallet gikk ned. Dette viser til en dårlig planlegging og beregning- helt uten økonomisk sidestykke- kanskje sammenlignbart med Stortingsgarasjen?*

Mye av ekstra omkostninger har også gått til laboratorie- og røntgenundersøkelser som økte drastisk etter fusjonering, pga gjentatte undersøkelser ved alle behandlingsnivåer pasientene havnet i.



*Driftskostnader øker til tross for redusert aktivitet.*

Årsverk, sykefravær og uheldige hendelser øker. Fra januar til juni 2018 var det registrert gjennomsnitt brutto årsverk ved OUS på ca. 19 000 med en økning på 255 fra samme periode i 2017. Sykefraværet var høyt- nesten 8%.<sup>4</sup> Det var registrert en 20% økning på uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset. I løpet av halvåret var det 22 klare brudd på forsvarlighetskravet ved sykehuset.<sup>4</sup>

## Ulovlig eller lovlig vedtak om nedlegging av Ullevål sykehus?

Helseminister Bent Høie vedtok i foretaksmøte med Helse Sør-Øst plan for videre utvikling av Oslo universitetssykehus (OUS), 24.6.2016. «Målbildet» for OUS var et samlet, komplett regionsykehus, inkludert lokalsykehusfunksjoner på Rikshospitalet- Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Dette ble godkjent av helseministeren.<sup>1</sup>

### *Har Statsråden forsømt sin informasjonsplikt?*

I møte-protokollen framgikk ikke noen planer for Ullevål sykehus. Sykehusets navn var ikke nevnt. Landets største sykehus med den største fagkompetansen samlet på ett sted ble strøket ut av historien som et ikke-tema. Politikere på Stortinget og folk flest visste ikke noe om Statsrådens avgjørelser om å legge ned Ullevål sykehus.<sup>8-11</sup>

Er Statsråden pliktig til å informere Stortinget vedrørende en så stor byggesak og nedleggelse av landets største sykehus? «Regjeringen har en grunnlovfestet informasjonsplikt overfor Stortinget» (Michael Tetzchner, Klassekampen 14.4.2018). Myndighetene må legge fram alle sider av en sak, også dens ulemper før politiske vedtak blir fattet og det poengteres at «vi ikke lurer hverandre med fakta i utredninger». Saksgrunnlaget skal utredes av embetsverket ... på en nøytral måte, noe som ikke har skjedd, og nå er Gaustad- prosjektet kommet langt inn i konseptfasen.<sup>11</sup>

### *Har Statsråden lagt ned et sykehus uten lovhjemmel?*

I henhold til Lov om helseforetak mm av 2013, paragraf 30. *Saker av vesentlig betydning*, står det at foretaksmøtet i regionalt helseforetak kan treffe vedtak i saker av vesentlig betydning.<sup>12</sup> Men i forarbeidene til loven fastslo flertallet i Stortingets helsekomite, Ap, Høyre og Frp, at helseforetakene ikke skal fatte vedtak i saker av «vesentlig betydning for foretaket selv eller vesentlig betydning for å ivareta politiske målsetninger». Saken om å legge ned Ullevål sykehus har ikke vært oppe i Stortinget og Statsrådets handlinger sammen med regional helseforetak kan derved tolkes som en lovstridig handling.

## Utviklingsplan 2035 - April 2018<sup>2</sup>

Utviklingsplan 2035 skisserer et stort Regionsykehus på Rikshospitalet i to faser; til sammen 24 milliarder kr, utbygging av Aker sykehus; 10 milliarder kr, Radiumhospitalet; 6 milliarder og ny sikkerhetsavdeling. Dette utgjør til sammen bortimot 50 milliarder kroner. Ullevål med ca 1000 sykehussenger fases ut og nedlegges. Hele arealet for OUS er i dag nesten 1 million m<sup>2</sup>.

### Bakgrunn og mål

*Plan 2035 skisserer bakgrunn for byggeprosjektet som:*<sup>2</sup>

- nødvendig for befolkningsveksten og flerkulturell utvikling
- sykehuset er på vei inn i ny tid med moderne tilbud
- behov for oppgradering av bygningsmassen

*Plan 2035 skisserer mål blant annet som:*<sup>2</sup>

- utarbeide et solid beslutningsgrunnlag
- plan 2035 skal være «fundamentet for virksomhetsutvikling» for å sikre at OUS også i fremtiden dekker innbyggernes behov for lokal-, regional-, og nasjonal spesialisthelsetjeneste
- dette skal gjøres på kostnadseffektiv måte
- prosjektet skal blant annet levere fremtidige arealbehov og kapasitetsbehov

*Våre kommentarer til bakgrunn og mål*

- Plan2035 vurderer ikke en utbygging på Ullevål sykehus i stedet for utbygging på Rikshospitalet, noe som skulle vært en naturlig sak.
- Ullevål har den største, beste, mest effektive, tilgjengelige og mest sentrale tomt for videre utbygging av sykehusstilbudet i Oslo, sammen med de tre andre sykehusene.
- Et nytt regionsykehus på Ullevål (6-10 milliarder) vil spare minst halvparten av Rikshospitalets kostnad på 24 milliarder.
- Ullevål-alternativ hindrer nedleggelse av dagens 1000 sykehussenger (800 somatiske og 200 psykiatriske).
- Ullevåltomten er løsning tilrettelagt for fremtidige utbygginger.
- Arkitektene Dag Hovland og Tor Winsnes konkluderer slik til planene om å selge Ullevål sykehus og tomte for så å bygge nytt sykehus på Gaustad:<sup>13</sup>
  - Det kan ikke bygges et effektivt, samvirkende regionsykehus med utgangspunkt i Rikshospitalet.
  - Det er ingen reelle tomtereserver der.
  - Risikoprofilen knyttet til utbygging på Gaustad er langt høyere enn den som diskvalifiserte Ullevål sykehus som utbyggingsområde.
  - Det er ikke fornuftig å selge den eneste sentrale eiendommen som kan sikre Oslos sykehuskapasitet på kort og lang sikt.
  - Det er ikke fremtidsrettet å bygge nytt sykehus på Gaustad.<sup>13</sup>

### Plan 2035- og konseptfase 18.5.2018 mangler grunnlagsinformasjon<sup>2,3</sup>

Gaustad-prosjektet beskriver «i dag, i morgen og i fremtiden» - uten at hensikt, bakgrunn eller mål for denne kjempeutbyggingen blir dokumentert.

Plan 2035 inneholder ikke: »solid beslutningsgrunnlag», »nødvendighet for befolkningsvekst», hva som dekker fundamentale behov for fremtiden eller hva som dekker innbyggernes behov for spesialisthelsetjeneste på de forskjellige behandlingsnivåer, osv. Planen er kjemisk fri for slik

informasjon Det skrives noen kjekke ord om gevinst og DRG – og når man ikke vet hva som er innholdet i dette heller- så blir slike beregninger intetsigende.

*Det som må foreligge av data før man i det hele tatt bestemmer seg for å bygge et nytt sykehus og som fremdeles mangler i OUS- sine utredninger er blant annet følgende:* <sup>1-6,9,10,13-15</sup>

1. Sykehusets ansvarsområde

2. Befolkningsgrunnlag og utvikling for det området sykehuset skal betjene som lokalsykehus, regionsykehus og nasjonalt kompetansesykehus.

3. Sengekapasitet og poliklinisk kapasitet for de tre sykehustypene (lokal-region-nasjonal) tilpasset en viss målstørrelse, for eksempel 3-4 somatiske senger per 1000 innbyggere i lokalsykehusstilbud.

4. Arealer nødvendige for denne aktiviteten.

### **Sengekapasitet- aktuelle problemer som ikke er utredet i dag**

Det har vært en rekke kvalitetsstudier, høringer og avisinnlegg, samt eget hefte fra Legeforeningen om alle mangler og heftelser som vil forhindre en god utbygging av ett nytt OUS- i Oslo. <sup>9,10,14-24</sup>

Redd Ullevål-aksjonen har også i samarbeid med Oslo legeforening, tillitsvalgte og andre samarbeidende fagfolk hatt en rekke møter med politikere ved alle nivåer, helsebyråkrater, Universitet, fagorganisasjoner og fagfolk innen helsevesenet for å orientere om kritiske punkter ved en utbygging skisser til nå. <sup>25</sup>

- Hvor stor er sengekapasiteten for somatikk og psykiatri per 1000 innbyggere i Oslo kommune i dag?
- Hvor mange somatiske og psykiatriske senger finnes ved hvert av Oslo-sykehusene- Ullevål, Aker, RH, Radiumhospitalet?
- Hvor mange pasienter utskrives per 1000 innbyggere i Oslo- somatikk?
- Hvor mange liggedager per 1000 innbyggere - somatikk?
- Hvor mange dagbehandlinger og poliklinikkbehandlinger per 1000 innbyggere?
- Kostnader i somatikk per 10 000 liggedøgn?
- Hvor mange heldøgns pasientsenger i somatikk og psykiatri planlegger OUS ved utbygging av Gaustad, Aker og RH? Står ikke i planene.
- Hvor mange pasientrom- ensengsrom- og areal per rom er beregnet? Står ikke i planene.
- Hva er beregnet inn i arealbehov? Står ikke i planene!

*Det mangler også:*

- befolkningsgrunnlag for lokalfunksjoner – antall innbyggere i Oslo og tenkt utvikling mot 2040-2050
- befolkningsgrunnlag for regionfunksjoner – dette skulle foreligge i dag for de fire sykehusene
- befolkningsgrunnlag for landsomfattende funksjoner – dette skulle også foreligge i dag
- kapasitetsbehov for pasienter - skulle foreligge i dag og det må skilles mellom lokale behov og regionale/nasjonale behov. Separat analyse for psykiatri.
  - per 1000 i lokalsykehus – bør være minimum 3-4/1000 innbyggere i Oslo
  - per 1000 i regionsykehus
  - per 1000 i nasjonale funksjoner
- beleggsprosent på 85% er ikke planlagt og bør inkluderes
- kapasitetsbehov for ansatte som skal drive diagnostikk, behandling, pleie, drift og service,
  - antall i stillinger per sykehusseng/diagnostikk/behandling/pleie/drift/service
  - pasient : pleie ratio for forskjellige typer pasienter (intensiv – somatikk- psykiatri)
- servicestruktur – og drift omfang og gjennomføring,

- kvalitetsnivå for blant annet hygiene og smittevern
- kvalitetsnivå for pasientsikkerhet
- beredskap ved uhell, brann, katastrofer, vannforurensning osv.
- areal beregninger av areal som går med til sykehusaktiviteten (se nedenfor)
- reelle kostnader til moderne sykehusdrift, inkludert opptil 10% årlige avskrivninger for slitasje på struktur, bygg og teknisk utstyr.

### **Arealer - aktuelle problemer rundt nødvendige arealer for et nytt sykehus**

Et «Gaustadsykehus» er bestemt og det skal bli så og så mange kvadratmeter som stadig øker fra 40 000 netto areal tilbygg til etter hvert 80 000 (72 000 somatikk og 8000 universitetsarealer) til foreløpig dagens 160 000 m<sup>2</sup>.<sup>2, 3,5,6, 13</sup> Det utvikler seg i høyden, og ovenfor og nedenfor dagens byggeareal, men skal ikke komme inn på vernet område og ikke overstige en høyde på 42 meter (PBE).<sup>6,13</sup> Det siste nytt (24.8.2018) er at utredningsalternativ 1 utgår og dette medfører ny høring av planprogrammet.<sup>6</sup>

Arkitektene Dag Hovland og Tor Winsnes konkluderer med at planene om å selge Ullevål sykehus og tomta for så å bygge nytt sykehus på Gaustad er ikke realistisk.<sup>13</sup> Det kan ikke bygges et effektivt, samvirkende regionsykehus med utgangspunkt i Rikshospitalet. Det er ingen reelle tomtereserver. Risikoprofilen knyttet til utbygging på Gaustad er langt høyere enn den som diskvalifiserte Ullevål sykehus som utbyggingsområde. Det er ikke fornuftig å selge den eneste sentrale eiendommen som kan sikre Oslos sykehuskapasitet på kort og lang sikt.<sup>13</sup>

I 2008 ble det gjort målinger av arealer ved norske sykehus av Larssen og Kvinge (Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift).<sup>26</sup> De viste til arealfordelinger mellom de fire RHF-ene med totalt 4,760 millioner m<sup>2</sup> for 4,7 millioner innbyggere. Areal per innbygger var i snitt 1 m<sup>2</sup>. Hvis 1 m<sup>2</sup> benyttes som «tommelfinger-regel» per innbygger i Oslo skulle dette utgjøre nærmere 700 000 m<sup>2</sup> sykehusbygg i dag og minst 900 000 eller mer i 2050.

*Ensengsrom.* Men mye har endret seg siden 2008. I dag bygges ensengsrom med eget bad og toalett. Der ville man forvente seg et areal på 30 m<sup>2</sup> (5x6 m), inkludert handicap-toalett/bad og forgang per pasientrom. Bare en avdeling med 30 ensengsrom ville trekke minst 900 m<sup>2</sup> bare i direkte sengeareal inkludert tekniske deler.

*Avdeling.* I tillegg kommer 5-6 forskjellige lagerrom, tekstilrom, vaktrom, medisinerom, samtale- og undersøkelsesrom, kjøkken, desinfeksjonsrom, toalettrom, avfallsrom, bøttekott og korridorer etc. per sengepost - ville trekke totalarealet mot 1200 m<sup>2</sup> eller mer for en avdeling.

I undersøkelsen til Larssen ble det sett på arealfordeling per funksjonsområde, basert på ca 70% av helseforetakenes bygningsmasse. Poliklinikkene (14%), sengeområdene (ca14%) og kontor/administrasjon (12%) benyttet de største arealer.<sup>26</sup> Dette viser at sengeområdene ikke trekker den største del av en utbygging av et sykehus.

Å beregne de faktiske areal for senger og servicerom, undersøkelsesrom (ca 16-26 m<sup>2</sup>), operasjonsstuer (45-60 m<sup>2</sup>), laboratorier (god avstand mellom arbeidsplasser), spesialavdelinger, ambulanse, pasient-frie kontorer (6-10 m<sup>2</sup> eller 15 m<sup>3</sup> luft/ person ), tekstil og sengevaskeri, lagerhold osv. er sentrale tiltak ved beregning av arealbehov.

*Men først og fremst er det behov for å slå fast hvorfor Gaustad skal utbygges, om det blir nok senger til Oslos befolkning, og om dette arealet er stort nok og egner seg best for en utbygging i dag for Oslo, for regionen og for nasjonale funksjoner.*

### **Omsorg for pasienten er viktigere enn teknikk**

Utbyggingsplanen 2035 inneholder en rekke flotte, teknologiske og robotiserte behandlingsopplegg der man knapt er i kontakt med pasienten. Sykehusinnleggelse forhindres med helseteam som reiser ut til pasienten medførende smittespredning, og med at sykepleierne gjennomfører enda flere telefonsamtaler, sms- tjenester osv. enn i dag (som skal betales) for å forhindre innleggelse. Til slutt blir sykehusene i Oslo glimrende sted å være - stort sett uten pasienter som derimot lever, lider og dør utenfor sykehus og uten direkte hjelp av spesialisthelsetjenesten! Dette kan bli et fremtidig scenario –



at pasienten sitter i Sky- samtale med sin fastlege, med sykehus, med sykepleier og spesialist – i måneder før det i det hele tatt blir gjort en klinisk undersøkelse.

Erfaringen er at det blir stadig vanskeligere for fastlegen å legge pasienter inn på sykehus- særlig de med multiple og komplekse problemer. Og pasientene som forsøkes legges inn har reelle plager som trenger sykehusinnleggelse, noe som gjentatte ganger er dokumentert. De eldre gir til og med opp sin egen fastlege pga manglende tilgang!

Uansett ny røntgenteknolog og massevis av laboratorietilbud er mange pasienter i dag så dårlige at de kan ikke farte rundt på diverse steder i kommunen. De er faktisk syke og må tilbys ei god, tilrettelagt sykehusseng, god pleie og informasjon, god smakelig mat og drikke, trøst og oppmuntring under pasient-sikre forhold. Det viktigste er god tid til en skikkelig klinisk og annen undersøkelse, et vel forstått behandlings opplegg og en god oppfølging etterpå. Dagens pasienter er ikke sykehuspakker som skal sendes hit og dit der ingen vil vedkjenne seg dem og ingen har kunnskap om dem. Overfylte avdelinger og korridorer er en stor fare for pasienter i dag.

Helsebyråkrater og andre i helseforetakene som har hånd over de økonomiske ressurser – og er uten ansvar for pasienter og personell- må ikke bli så panikkslagne av muligheten for å miste gode tilføringer fra Stortinget at de kaster seg over første og beste byggeprosjekt for «ikke å gå glipp av ressursene». Alle redelige mennesker må nå samle seg om en god gjennomgang av hva som virkelig ønskes av sykehusstilbud for pasientene i Oslo, regionen og landet for øvrig.

### **Konklusjon**

Redd Ullevål-aksjonen mener det er sløsing med hundrevis av millioner å arbeide videre med Gaustad- prosjektet som per i dag er så dårlig dokumentert. Ikke minst fordi planen medfører stor lidelse og risiko for de pasientene av de 150 000 liggedøgn som blir sendt på byen i byggeperioden av nye Gaustad. Historien vil gjenta seg fra 2009 med nye pasientflyktninger som ikke har sykehus å forholde seg til! På sikt vil igangsetting av et så lite dokumentert og uferdig prosjekt være til stor skade, ikke bare for Oslos befolkning, men for hele landet. Prosjektet må stoppes og grunnelementer må på plass før det velges lokalisasjoner.

31.8.2018

Björg Marit Andersen, professor dr med  
Tidligere avdelingsoverlege, OUS-Ullevål

For  
Redd Ullevål sykehus- aksjonen

Interim-leder Redd Ullevål-aksjonen.  
Gaustadveien 1a 0372 Oslo  
975 80 570

## Referanser

1. Foretaksmøte; styreleder Helse Sør-Øst og helsestatsråd Bent Høie, 24.6.2016. Plan for videre utvikling av Oslo Universitetssykehus.
2. Oslo Universitetssykehus HF. I dag, i morgen og i framtiden. Utviklingsplan 2035 April 2018.
3. Helse Sør-Øst. Videreutvikling Aker og Gaustad Konseptfase Gaustad – Steg 1. OUS HF. 16.5.2018. Dokument NSG-0000-Z-RA-0002.
4. OUS. Utvidet rapportering for første tertial og resultater per mai 2018 med risikovurdering for 2018. 21 juni 2018. Sak 41/2018.
5. OUS. Fremtidens Oslo Universitetssykehus. 21 juni 2018. Sak 42/2018.
6. Oslo kommune. Plan og bygningsetaten. Gaustadallen 34- Gaustad sykehusområde--. 24 august 2018.
7. OUS arealutviklingsplan 2012
8. Andersen BM. Spillet om Oslo-sykehusene fortsetter: pasienter og personell blir tapere. Klassekampen 26 juni 2016.
9. Andersen BM. Redd Ullevål universitetssykehus. Er folket klar over planene som vil rasere landets viktigste lokalsykehus? *Dagsavisen* 19 april 2018.
10. Andersen BM. Ikke snik-nedlegg Ullevål! *Dagsavisen- meninger*. 30 april 2018.
11. Aschjem P, Andersen BM. Hva med informasjonsplikten? Hovedinnlegg, *Dagbladet* 26 juni 2018.
12. Lov om helseforetak. Lov -2001-06-15-93.
13. Hovland D, Winsnes T. Et fremtidsrettet, stort, sykehus kan ikke bygges på Gaustad. Ivar Johansens blogg 29 august 2018
14. Opak/Metier. Kvalitetssikring av framtidens OUS, idefase med konkretisering etter høring. 18.1.2016.
15. Nasjonalt medisinsk museum og Oslo legeforening. Nye sykehusbygg i Oslo- hvor og hvordan?. Mai 2018.
16. Hillestad M.E. Innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2019. Åpent høringsbrev til Helsedepartementet. Redd Ullevål sykehus- aksjonen. 20 juni 2018.
17. Andersen BM. Åpent høringsbrev til OUS, styret ved HSØ og Helsestatsråd Bent Høie. Sengeplasser forsvinner ved nye byggeplaner for Oslo universitetssykehus. Redd Ullevål sykehus- aksjonen 22 juni 2018.
18. Andersen BM. Uforsvarlig reduksjon av sengeplasser i Oslo. *Klassekampen* 29 juni 2018.
19. Andersen BM. HF Oslo universitetssykehus- en vellykket løsning? *Dagsavisen* 6 juli 2018.
20. Kåresen R. Sykehusutbygging: OUS-direktøren svar ikke på de spørsmålene kritikerne av Gaustad-prosjektet har reist. *Dagsavisen* 9 august 2018.
21. Odner B, Werner –Erichsen R. OUS-utbyggingen er styrt i feil retning. *Dagsavisen* 14 august 2018.
22. Andersen BM. Rasing av pasienttilbudet i Oslo ved nedlegging av Ullevål sykehus. *Dagbladet* 20 august 2018.
23. Andersen BM. Sykehusene sparer seg til fant. *Klassekampen* 21 august 2018.
24. Kåresen R. Sykehusutbygging i Oslo. Ufullstendig saksforberedelser, regnestykker som ikke holder, høy risiko og mulige løftebrudd. Åpent dokument.Politiker og bydelsmøter – saksunderlag. 28.8.2018.
25. Redd Ullevål-aksjonen- oppsummering per 24 august 2018.
26. Larssen AK. Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift. Dr Philos. NTNU.2011.