

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	31. januar 2019

SAK NR 006-2019

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF – KONSEPTRAPPORT VIDEREUTVIKLING AV AKER OG GAUSTAD

Forslag til vedtak:

Styret viser til at det foreligger konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad og tilleggsutredning for virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer som er eksternt kvalitetssikret. Styret ved Oslo universitetssykehus HF anbefaler at konseptrapporten legges til grunn for det videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad. Videre mener styret ved Oslo universitetssykehus at en utbygging i etappe 1 som også inkluderer gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil gi sikrest og mest effektiv drift. Styret ved Oslo universitetssykehus åpner også for at en utbygging for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan skje i forlengelsen av etappe 1.

1. Styret godkjenner konseptrapporten og ber om at tilleggsutredningen videreutvikles til en full konseptfaseutredning. Styret forutsetter at Aker og Gaustad utvikles i parallell.
2. Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres, og behov for endringer skal tas hensyn til i det videre arbeidet.
3. Styret ber om at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt virksomhetsinnhold og driftskonsepter for både Aker og Gaustad i forkant av oppstart forprosjekt. Spesielt skal det for fagområdene traume- og akuttmedisin, fødselshjelp, nyfødtintensiv og kreft beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling.
4. Utnyttelse av tomten på Aker skal vurderes med sikte på å redusere behovet for tomteerverv.

5. Styret viser til stemmeforklaring fra de tillitsvalgte ved behandling av konseptrapporten i prosjektets styringsgruppe og ber om at Ullevål belyses som alternativ lokalisering til Gaustad, med samme virksomhetsinnhold.
6. Resultatet av arbeidet under vedtakets punkt 2, 3, 4, og 5 forelegges styret for behandling senest innen juni 2019.
7. Styret skal holdes orientert om utviklingen i reguleringsprosessen.
8. Oslo universitetssykehus HF skal etablere et opplegg for kartlegging og håndtering av risiko i prosjektet.
9. Økonomisk bærekraft for byggeplanene må realiseres, både ved effektivisering i forkant og gevinstrealisering etter innflytting. Det må etableres et organisasjonsutviklingsprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for dette arbeidet.
10. Styret ber administrerende direktør om å søke Helse- og omsorgsdepartementet om lån til i henhold til gjeldende retningslinjer, slik at prosjektet sikres finansiering fra og med 2020. Lånesøknaden skal omfatte konseptrapportens innhold inkludert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og tilleggsutredningen for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer. Oppstart av forprosjekt forutsetter styrets godkjenning.

Hamar, 24. januar 2019

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Videreutviklingen av Aker og Gaustad er et ledd i realisering av målbildet for Oslo universitetssykehus HF slik det ble godkjent i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016.

Målbildet innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Styret ble i møtet 13. desember 2018, sak 115-2018, orientert om konseptrapporten for videreutvikling av Aker og Gaustad som ble avgitt medio november 2018.

Denne saken skal gi grunnlag for behandling av konseptrapporten og beslutning om veien videre for arbeidet med videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF. Det redegjøres i den forbindelse for vedtak i styret ved Oslo universitetssykehus HF fra sak 77/2018. Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 13. desember i sak 115-2018 følges opp gjennom at realisme i forutsetningene om effektivisering, muligheter for minimering av tomtekjøp og nullalternativet beskrives nærmere og drøftes.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Tidligere behandling

Planene for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF har vært under arbeid i flere år, med oppstart av idéfase i 2013.

Behandling av idéfase og konseptfase i styrene ved Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF fra 2013 frem til desember 2018 er beskrevet i tidligere styresaker, sist i styresak 115-2018.

Styret ved Oslo universitetssykehus HF behandlet 6. desember 2018 sak 77/2018; *Videreutvikling av Aker og Gaustad – konseptrapport*. Følgende vedtak fremgår av protokoll godkjent i møtet 14. desember 2018:

1. *Styret tar konseptrapporten Aker og Gaustad til etterretning og anbefaler Helse Sør-Øst RHF å legge rapporten til grunn for videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad.*
2. *Styret gir sin tilslutning til oppdatert økonomisk langtidsplan 2019-2062 for Oslo universitetssykehus HF.*
3. *Styret mener at en utbygging som også inkluderer gynekologi, barn og føde i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i etappe 1, vil gi sikrest og mest effektiv drift samt best driftsøkonomi. Styret konstaterer imidlertid at disse områdene bør utredes noe mer før forprosjekt og at finansielle hensyn også tilsier en forskyvning i tid.*
4. *Styret mener imidlertid at utbyggingen for gynekologi, føde og barn i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må søkes gjennomført i forlengelsen av etappe 1.*

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Aasmund M. Bredeli og Else Lise Skjæret-Larsen fremmet alternativt vedtaksforslag som ikke ble vedtatt. Det alternative vedtaksforslaget og protokolltilførsel fra de samme styremedlemmene framgår av vedlegg 1; *Protokoll fra styremøte i Oslo universitetssykehus HF den 6. desember 2018.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 13. desember 2018 sak 115-2018; *Oslo universitetssykehus HF – konseptrapport videreutvikling av Aker og Gaustad.* Følgende vedtak fremgår av foreløpig protokoll fra styremøtet:

Det ble vist til den utsendte drøftingsprotokollen fra de konserntillitsvalgte.

Kommentarer i møtet

Styret har kommet et skritt videre i forståelsen av økonomisk bærekraft og kalkylene for investeringer i foreliggende konseptrapport.

Det ble stilt spørsmål til hvor realistisk effektiviseringen i forkant og etterkant av innflyttingen i nye bygg vil være. Dette ønsker styret nærmere belyst i styresaken i januar 2019. Dette påvirker den økonomiske bærekraften i prosjektet, men ikke sammenligningen med null-alternativet.

Styret ber også om at det blir vurdert løsninger på Aker som minimerer behovet for tomtekjøp. Videre ønsket styret en nærmere beskrivelse av nullalternativet.

Styrets enstemmige vedtak

- 1. Styret tar redegjørelsen om konseptrapport for videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.*
- 2. Styret ber om at det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 for endelig behandling av konseptrapporten, inkludert vurdering av reguleringsrisiko og risiko knyttet til økonomisk bærekraft.*

2.2 Kort om konseptrapporten og tilleggsutredning

I konseptfasen er det i steg 1 utredet og valgt et hovedalternativ for hver av utbyggingene ved Aker og Gaustad, og i steg 2 er det utarbeidet skisseprosjekt for disse.

For Aker er hovedalternativet kalt *Utsikt*. *Utsikt* er et kompakt og effektivt sykehus med korte avstander mellom arealer med funksjonell avhengighet. Det er beregnet et netto funksjonsareal for Aker på 58.768 m² for Oslo universitetssykehus HF og 5.714 m² for Universitetet i Oslo (UiO). P50-kalkyle for Aker er på 12.720 millioner kroner, med tillegg av 580 millioner kroner for ikke-bygg nær IKT. Mulige tomtekjøp er ikke innberegnet her.



For Gaustad er hovedalternativet kalt *Kam*, grunnet formen og strukturen på døgnområdene. Det anbefalte konseptet innebærer en kombinasjon av et høyt og effektivt behandlingsbygg på dagens inngangsplass med døgnområder på toppen, og en utbygging mot Gaustad sykehus i øst som blant annet inneholder nye poliklinikker og areal til undervisning. Målet er at beslektede funksjoner fra nytt og eksisterende sykehus skal kunne fungere samlet. Det er beregnet et netto funksjonsareal for Gaustad på 41.340 m² for Oslo universitetssykehus HF og 3.810 m² for UiO. P50-kalkyle for Gaustad er på 12.890 millioner kroner, med tillegg av 570 millioner kroner for ikke-byggnær IKT.



Beregninger i konseptrapporten viser at det totale prosjektet for samling av et komplett regionssykehus på Gaustad med lokalsykehusfunksjoner og nytt lokalsykehus på Aker inkludert samling av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har økonomisk bæreevne på projektnivå. Dette forutsetter den økonomiske effektiviseringen som Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med i oppdatert økonomisk langtidsplan og oppnåelse av de prosjektrelaterte økonomiske gevinstene. Prosjektet har imidlertid en negativ nåverdi på om lag 200 millioner kroner. Oslo universitetssykehus HF har behov for mellomfinansiering de første årene mens rente- og avdragsbelastningen er høyest og frem til salget av Ullevål er gjennomført.

Bæreevnen i prosjektet er sensitivt for endringer i forutsetninger. Analyser i konseptrapporten viser at prosjektet ikke har økonomisk bæreevne dersom ett av følgende fire scenarier oppstår:

- 87% eller mindre av identifiserte prosjektgevinster på 1,2 milliarder kroner oppnås
- Byggeprosjektets sluttkostnad skulle bli 2,5 milliarder kroner dyrere
- 87% eller mindre av den generelle effektiviseringen på om lag 800 millioner kroner (for byggeprosjektene) oppnås
- Dersom den gjennomsnittlige renten på lånene skulle øke med 0,67 prosentenheter sammenlignet med benyttet langsiktig renteforutsetning på 3,7%

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente gjeldende økonomisk langtidsplan i styresak 052-2018. Det fremgår av saken at det er tatt høyde for store byggeprosjekter ved flere av helseforetakene i regionen. Helse Sør-Øst har oppdatert økonomisk langtidsplan for regionen med resultatene fra konseptrapporten og oppdateringen av innspill til økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF. Hensyntatt størrelsen på regionale buffere og beregnede likviditetsreserver, viser oppdateringen en tilfredsstillende utvikling og et akseptabelt risikonivå.

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte våren 2018 risikovurderinger av gjenværende virksomhet på Ullevål mellom etappe 1 og 2 av utbyggingen. Risikovurderingen viste spesielt høy risiko for øyeblikkelig hjelp for barn og fødselshjelp. På denne bakgrunn ba Oslo universitetssykehus HF om at det ble gjennomført tilleggsutredning av areal- og kostnadmessige konsekvenser ved å inkludere virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer i etappe 1. Som en del av tilleggsutredningen er det vurdert konsekvenser av om hele eller deler av psykisk helsevern og TSB overføres fra etappe 1 til etappe 2. Tilleggsutredningen, uten noen overføring fra etappe 1 til etappe 2 av psykisk helsevern og TSB, innebærer en investering (P50) på 3.930 millioner kroner, med tillegg av ikke-byggnær IKT på 224 millioner kroner. Tilleggsutredningen viser en svekket økonomisk bæreevne av etappe 1 med de vurderte endringene i omfang.

Ekstern kvalitetssikrer, PricewaterhouseCoopers AS, leverte sin endelige rapport den 19.11.2018 og konkluderer som følger:

«Alle spørsmålene som KSK skal undersøke er besvart i konseptrapporten med tilhørende vedlegg og underlagsdokumenter. Noen av spørsmålene har enkelte mangler. Manglene knytter seg til at de nye effektmålene må avklares og at det savnes en miljøplan som sikrer at ytre miljø i tilstrekkelig grad hensyntas. Ingen av manglene er så alvorlige at det anbefales å stoppe videre fremdrift i prosjektene. Prosjektene kan etter vår mening igangsette videre planlegging i en forprosjektfase.

Vi vil imidlertid bemerke at det etter vår oppfatning er betydelig usikkerhet knyttet både til investeringskostnadene og de driftsøkonomiske gevinstene. Denne usikkerheten vil igjen kunne påvirke økonomisk og finansiell bæreevne for prosjektene. Det ligger også til grunn en betydelig effektivisering av driften ved OUS i perioden 2019-2027, samt gevinstrealisering fra andre prosjekter i OUS, for å sikre økonomisk bærekraft for prosjektene. Å realisere dette vil kreve mye av OUS i årene som kommer.»

Det er også gjennomført ekstern kvalitetssikring av tilleggsutredningen, og det anbefales fra PricewaterhouseCoopers AS at det gjennomføres mer detaljerte utredninger (skisseprosjekt) før det tas beslutning om å inkludere tillegget i etappe 1.

2.3 Nærmere beskrivelse av virksomhetsinnhold

Oslo universitetssykehus HF driver virksomhet på over 40 lokalisasjoner og omfatter blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Helseforetaket består av to tidligere regionsykehus, og fagmiljøer og spesialiserte funksjoner er fortsatt spredt på flere sykehus. Det har lenge vært et ønske om samling av spesialiserte funksjoner i Oslo, for å kunne utvikle gode helsetjenester for pasienter i Oslo, regionen og Norge. Det er nødvendig å gjøre strukturelle endringer for å kunne gjøre god bruk av ressurser og kostbart utstyr, samt utvikle kompetansen i små fagmiljøer i et mer spesialisert helsevesen.

Målbilde for Oslo universitetssykehus HF

Målbildet for Oslo universitetssykehus HF er et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Videreutviklingen av helseforetaket innebærer at regionale og nasjonale spesialiserte funksjoner samles på Gaustad, sammen med lokalsykehusfunksjoner for deler av Oslo. Videre vil mottak og behandling av alvorlig skadde pasienter (multitraume), med tilhørende akuttfunksjoner, flyttes til Gaustad. På Aker etableres et nytt lokalsykehus i tett samarbeid med Oslo kommune, der dagens samhandlingsarena og den planlagte storbylegevakten blir sentrale

elementer. Det nye Aker sykehus blir et stort akutt sykehus med medisinske og kirurgiske akuttfunksjoner, gynekologisk avdeling, fødsler og nyfødttintensiv med samme tilbud som ved andre sykehus i regionen.

Radiumhospitalet skal videreutvikles som et faglig tyngdepunkt innen kreftbehandling, med vekt på medikamentell kreftbehandling og strålebehandling. Utviklingen av Radiumhospitalet inkluderer etablering av et nytt protonsentrum for behandling av kreft.

Psykisk helsevern og TSB i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF samlokaliseres på Aker (jf. styresak 072-2017). Tjenestetilbudet skal integreres med somatisk virksomhet og kommunale tilbud. Det pågår et arbeid med å avklare lokalisering av ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Ila (jf. styresak 010-2018). Det vil fremmes en egen sak for styret om lokaliseringen av lokal sikkerhetspsykiatri (LSA) og seksjon for psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA).

Tilleggsutredning og virksomhetsområder med behov for nærmere avklaringer

Med bakgrunn i styrevedtak i sak 42/2018 i Oslo universitetssykehus HF, er det gjort en tilleggsutredning for gynekologi, fødselshjelp, barnesykdommer og nyfødttmedisin, som viser at det er mulig å inkludere hele eller deler av det aktuelle volumet i etappe 1. Som en del av tilleggsutredningen er det også vurdert konsekvenser av om hele eller deler av psykisk helsevern og TSB overføres fra etappe 1 til etappe 2.

Enkelte problemstillinger knyttet til virksomhetsinnholdet i et fremtidig Oslo universitetssykehus HF omtales i styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF, spesielt omhandler dette traumevirksomheten. I protokolltilførselen til vedtak i styresak 77/2018 er det blant annet reist spørsmål knyttet til fordeling av fødsler og funksjoner innen nyfødttmedisin mellom Gaustad og Aker, organiseringen av kreftbehandlingen, samt om psykisk helsevern og TSB likevel ikke vil gis prioritet i etappe 1.

Psykisk helsevern

For psykisk helsevern og TSB er det i konseptfasen lagt til grunn at all sykehuspsykiatri tilhørende Oslo universitetssykehus HF lokaliseres til Aker. Videre er det lagt opp til at DPS-strukturen som er i Oslo per i dag beholdes. Det er i dag et veletablert og godt samarbeid mellom bydelene og DPS-ene i Oslo og dette skal opprettholdes. Det betyr at bydelene som sogner til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus fortsetter med tilhørighet til henholdsvis Vinderen DPS og Lovisenberg DPS. Videre vil Oslo universitetssykehus HF beholde sine to DPS, slik at bydelene Bjerke, Nordre Aker og Sagene fortsetter med tilhørighet til Nydalen DPS og bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø fortsetter med tilhørighet til Søndre Oslo DPS. Bydelene Alna, Grorud og Stovner tilhører i dag DPS Groruddalen ved Akershus universitetssykehus HF. Det er lagt opp til at denne strukturen skal bestå, også ved overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Det må gjøres en ytterligere avklaring av om sykehuspsykiatrien skal følge øvrige spesialisthelsetjenester ved etappevis overføring av bydelene, eller om sykehuspsykiatrien skal overføres samlet (og da sammen med overføring av DPS). Dette må avklares før forprosjekt starter opp.

Det er avdekket forhold vedrørende bruk av de nasjonale framskrivningsfaktorene for psykisk helsevern og TSB for virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF, som ytterligere må kvalitetssikres. Pasientsammensetningen innen spesielt døgntilbud i psykisk helsevern er noe

annerledes i Oslo enn i resten av regionen med en større andel innlagte pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det må derfor arbeides videre med vurderinger av framskrivninger innen psykisk helsevern.

Traumevirksomheten

Det er en rekke gjensidige avhengigheter mellom akuttmedisin, akuttkirurgi og traumatologi som stiller krav til tett samarbeid mellom spesialiteter og volum for vedlikeholdelse og utvikling av kompetanse. I dagens organisering ligger traumemottaket på Ullevål sykehus, med lokalsykehusfunksjon innen kirurgi for noe over 400.000 innbyggere i Oslo. Regionsykehuset på Gaustad må ha tilstrekkelig volum av kirurgi for å sikre god ressursutnyttelse, men også for å kunne gi god traumebehandling. I styresak 53-2016 er det lagt til grunn at Gaustad skal ha ansvar for lokalsykehusfunksjonene for tre bydeler i Oslo. Ansatte ved Oslo universitetssykehus HF har laget en rapport, «Fag og virksomhetsbeskrivelse Akuttfunksjoner inkludert akuttmottak, traume og beredskap», som stiller spørsmål ved om tre bydeler er tilstrekkelig for å sikre god ferdighetstrening for traumesenteret. Denne problemstillingen er omtalt i styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF, hvor det heter: «Med de foreliggende planene blir det betydelig mer kirurgi på Gaustad i 2035 enn det er på Ullevål sykehus i dag, men det blir mindre akuttkirurgi innen gastrokirurgi og ortopedi. Det blir dermed viktig med rotasjonsordning til Aker slik at hele pasientgrunnlaget for Oslo universitetssykehus HF i 2035 kan brukes som grunnlag for traumefunksjonen».

Med utviklingen innen kirurgi, med færre åpne inngrep og relativt færre ulykker, vil opptaksområdet i seg selv ikke være tilstrekkelig for sikre nødvendig volum og kompetanse innen akutt- og traumebehandling. Rotasjon til Aker sykehus, slik det er beskrevet i styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF, samt ferdighetstrening gjennom simulering, trening og praksis i utlandet i områder med økt forekomst av traumer og ulykker, vil være aktuelle tiltak for å fremme utvikling av kompetanse.

Det er behov for et tydeligere bilde av driftskonseptet når det gjelder traumesenteret ved Oslo universitetssykehus HF, hvor den planlagte modellen vurderes opp mot erfaringer og organisering internasjonalt.

Fødsler og nyfødttmedisin

Ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, er det i dag en fødeavdeling med om lag 2.500-3.000 fødsler årlig, og fødetallet på Ullevål sykehus er om lag 7.000 årlig. Oslo universitetssykehus HF legger opp til å dele fødslene mellom Gaustad og Aker, basert på en funksjonsfordeling, hvor det er lagt til grunn at antall fødsler ved Rikshospitalet ikke skal øke, jf. styresak 77/2018 i Oslo universitetssykehus HF.

Gaustad vil primært håndtere premature fødsler og svangerskap hvor det er påvist fosteravvik eller hvor mor eller barn har tilstander som kan kreve rask intensiv eller kirurgisk behandling. En slik tilnærming krever en aktiv seleksjon av fødende. Også ved Aker vil det være behov for å kunne håndtere akutte tilstander hos nyfødte, og det er planlagt en nyfødttintensiv enhet med rundt 20 senger på Aker. Avdelingen vil ikke være fysisk samlokalisert med barneavdelingen på Gaustad, og planen er at personale skal rotere mellom de to sykehusene for å sikre god kompetanse. Aker vil dessuten ha et stort akuttmedisinsk tilbud med anestesi- og intensivleger, samt kirurgi og intervensjonsradiologi. Gynekologisk avdeling vil ligge på Aker.

Et begrenset antall nyfødte vil ha behov for avansert eller langvarig intensivbehandling, og disse vil bli flyttet for nyfødtintensiv behandling på Gaustad, i likhet med pasienter som er i behov av mer avansert behandling fra andre sykehus. Det er fra fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF sin side ytret ønske om en samling av alle fødsler og nyfødtmedisin ved Gaustad. En slik modell vil gi en stor fødeavdeling på ett sted i Oslo, på Gaustad. Enkelte er kritisk til at man skal transportere nyfødte som er tiltrengende spesialisert intensivbehandling fra Aker til Gaustad.

En samling av alle fødsler på Gaustad vil gi en svært stor fødeavdeling, også i nordisk sammenheng, og beredskapsmessige grunner kan tale for en deling av fødslene i Oslo. Nyfødtintensivavdelingen ved Aker vil være stor i regional sammenheng, ettersom Aker vil ha den største fødeavdelingen i regionen. Rutiner for transport av de sykeste vil ikke skille seg fra rutiner for transport av tilsvarende pasienter fra andre sykehus, som f.eks. Akershus universitetssykehus HF som i dag har i underkant av 5.000 fødsler. Det legges til grunn en fortsatt todeling av fødslene ved Oslo universitetssykehus HF, men det er ønskelig at det gjøres en fornyet vurdering av fordelingen av fødsler mellom Aker og Gaustad. Omfanget av fødsler, herunder normale fødsler, må være tilstrekkelig stort på Gaustad til at man kan utvikle et ledende fagmiljø innen nyfødtmedisin.

Kreftbehandling

Når det gjelder pasienter med kreft vil avansert kirurgisk kreftbehandling skje på Gaustad. Behandling av brystkreft, prostatakreft, medikamentell kreftbehandling av voksne og strålebehandling legges til Radiumhospitalet. Det er planlagt fortsatt bruk av kreftbygget på Ullevål for enkelte kreftformer etter etappe 1. Lokalsykehusfunksjoner for kreftpasienter tilhørende Aker legges til Aker. Radiumhospitalet vil gi behandling til pasienter med kreft tilhørende bydelene som har Gaustad som lokalsykehus. Jf. styresak 053-2018, legges det opp til en utvikling av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, hvor medikamentell kreftbehandling inngår som et innsatsområde. Det vil være nødvendig å utarbeide en helhetlig plan og konkretisere rolle- og oppgavefordelingen innen kreftområdet i Oslo.

2.4 Alternativer for omfang av etappe 1

I konseptrapporten er det lagt til grunn et innhold i etappe 1 av utbyggingen ved Aker og Gaustad for både somatikk, psykisk helsevern og TSB slik det ble beskrevet i styresak 072-2017 og i mandat for konseptfasen.

Kapasitetsberegningene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal kvalitetssikres. Det er til nå brukt nasjonale framskrivningsfaktorer for psykisk helsevern og TSB for Oslo universitetssykehus HF, noe som innebærer at det ikke er lagt inn høyere forventninger til effektivisering eller samhandling enn for virksomheten som er planlagt i for eksempel nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF og nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF. Behov for endringer skal tas hensyn i det videre arbeidet, for eksempel ved dimensjonering av psykisk helsevern og TSB i etappe 2.

Tilleggsutredningen av virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer ønskes av Oslo universitetssykehus HF inn i eller i forlengelsen av etappe 1, fordi det innebærer sikrere og mer effektiv drift.

Ekstern kvalitetssikrer skriver i sin gjennomgang av tilleggsutredningene at det er gjort gode vurderinger av handlingsrommet på tomten, kapasitet og arealbehov. Det vises videre til at det

for tilleggsutredningen ikke er utarbeidet et funksjonsprogram tilsvarende som for hovedutredningen. Dette fører isolert sett til at arealene og dermed kostnadene blir mer usikre enn hva som er tilfelle for hovedutredningen.

Helse Sør-Øst RHF har gjort en ytterligere verifisering av rammene for tilleggsutredningene, og det er ikke avdekket vesentlige avvik. I 2019 vil det for tilleggsutredningene gjennomføres steg 2 av konseptfasen, med skisseprosjekt. Det er isolert sett ikke økonomisk bærekraft på projektnivå knyttet til tilleggsutredningene, og det innebærer tidligere bruk av regional likviditet enn forutsatt i opprinnelige beregninger i konseptrapporten. Dette medfører redusert margin i forhold til foretaksgruppens planmessige nedre sikkerhetsgrense for tilgjengelig likviditet på 1 milliard kroner. I avsnitt 2.7 påvises allikevel økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for et slik samlet innhold i etappe 1 under gitte forutsetninger. Det påvises også bærekraft på regionalt nivå.

Det anbefales på denne bakgrunn at omfang av etappe 1 tilsvarer virksomhetsomfang utredet i konseptfasen tillagt virksomhet innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer slik utredet i tilleggsutredningen.

2.5 Reguleringsprosess og utnyttelse av tomtearealer

For både Aker og Gaustad har arbeidet med å regulere de aktuelle tomtene pågått i parallell med konseptfasen. Det er orientert om milepæler og status i dette arbeidet i sak 115-2018 behandlet 13. desember 2018.

For Aker foreligger et fastsatt planprogram fra Oslo kommune, og planrådgiver har påbegynt arbeidet med reguleringsplan og konsekvensutredning i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen. For Gaustad ble det gjennomført ytterligere en begrenset høring før årsskiftet, og det forventes at det foreligger et godkjent planprogram tidlig i 2019. For begge prosjektene arbeides det ut fra en forutsetning om at et ferdig utkast av reguleringsplan med konsekvensutredning sendes Plan- og bygningsetaten (PBE) i Oslo kommune sommeren 2019. En godkjent reguleringsplan for begge alternativene kan tidligst forventes å foreligge sommeren 2020. Dette kan i så fall innebære et sammenfall med oppstart av forprosjekt, forutsatt at prosjektet er godkjent og innvilget lån på statsbudsjettet for 2020.

Risikoen knyttet til reguleringsprosessen vil vedvare inntil en godkjent reguleringsplan foreligger etter et vedtak i Oslo bystyre. Det er tett dialog både med PBE og Riksantikvaren, og risikoforhold både for Aker og Gaustad er godt belyst gjennom den initiale prosessen med fastsetting av planprogram.

Ved avslutningen av konseptfasen er det som omtalt i sak 115-2018, byggehøyder og hensyn til vern som er som er vurdert som de mest krevende risikoforholdene knyttet til reguleringsprosessen.

Byggehøyder

Konseptene både på Aker og Gaustad utfordrer bestemmelsene om byggehøyder i henhold til Oslo kommunes norm for høyhus som setter begrensning til 42 meter som maks høyde. Det gis likevel aksept for vurdering av planforslag utover 42 meters høyde gitt at normens krav til utredninger etterfølges. I tillegg pålegges forslagsstiller å utrede et alternativt løsningsforslag med en utbyggingsløsning hvor bygningsmassen overholder kravet til maksimal byggehøyde. Oslo

kommune ved PBE mener det innebærer høy reguleringsrisiko når forslagsstiller går utover normens høydeangivelse. Dette gjelder både Aker og Gaustad.

Etter dialog og nærmere avklaringer har Oslo kommune ved PBE imidlertid uttrykt seg positivt til utredning av høyhusalternativ på Aker. For Gaustad er det informert om at høyhus innebærer svært stor reguleringsrisiko. Blant annet som følge av hensyn til Gaustad sykehus og frykt for at høye bygninger skal svekke Rikshospitalets arkitektoniske kvaliteter. Tilsvarende dialog som for Aker er foreløpig ikke gjennomført.

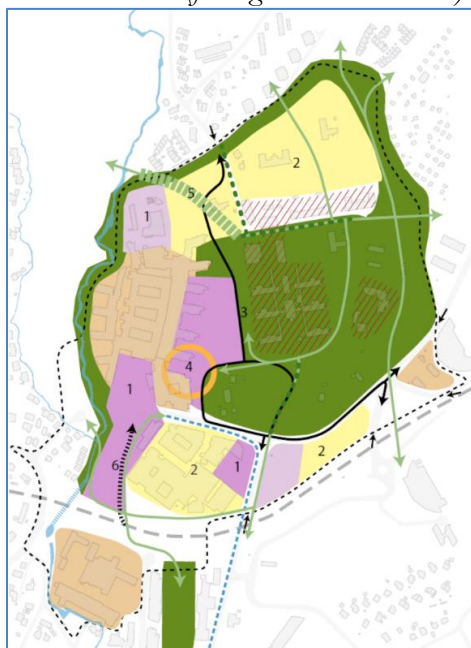
Gaustad

Oppsummert skal følgende planalternativer illustreres og utredes i reguleringsplanarbeidet:

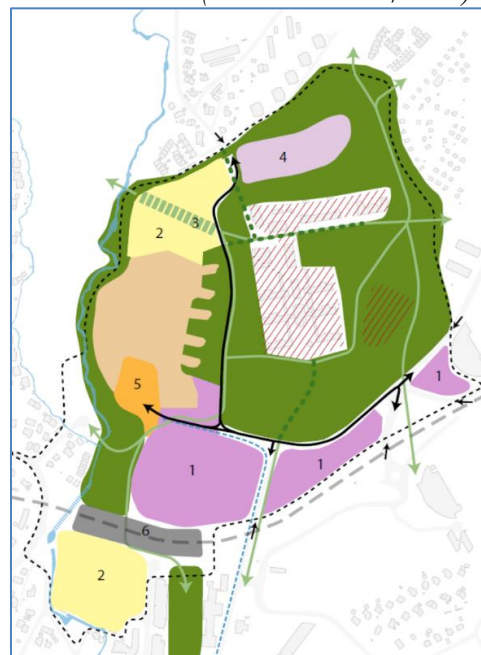
1. Planalternativ 1a – Utvikling hovedsakelig i sør og øst med utvidelsesmuligheter i nord og sør. Det tillates byggehøyder over 42 m. Dette er prosjektorganisasjonen sitt foretrukne alternativ (forslagstilleres alternativ)
2. Planalternativ 1b – I prinsipp som planalternativ 1a, men byggehøyder under 42 m.
3. Planalternativ 2a – Transformasjon og nybygg i sør, langs Ring 3, lav tetthet på utvidelsesmulighet i nord. Byggehøyder under 42m. Plan og bygningsetatens alternativ.
4. Planalternativ 2b – Byantikvarens alternativ, prinsipp som planalternativ 2a, men med lavere høyder for bedre ivaretagelse av siktlinjer fra Gaustad sykehus

Under følger illustrasjon av planalternativene.

















Planalternativ 1 (forslagstilleres alternativ)



Planalternativ 2 (Oslo kommune v/PBE)



Tegnforklaring

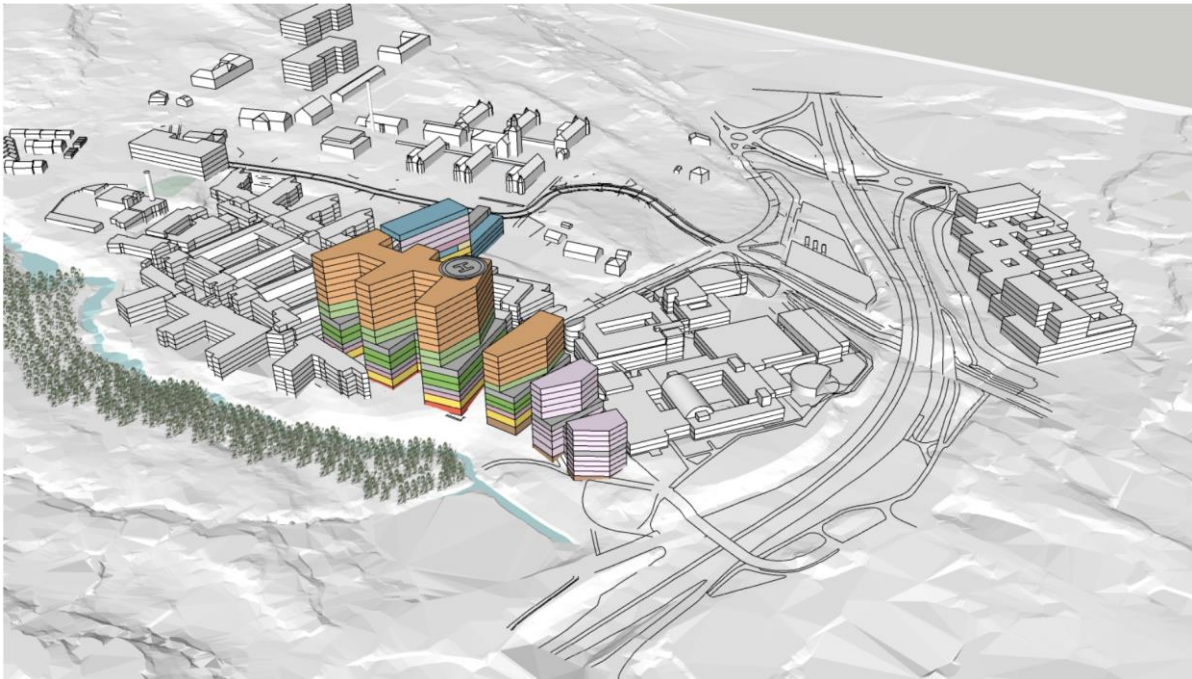
- | | |
|---|---|
|  Allé |  Planområdet |
|  Grønnstruktur gjennom bebyggelse |  Utviklingsområde med høyere tetthet |
|  Fredet bygningsmiljø |  Hovedinngang og torg/møteplass |
|  Gangforbindelser |  Utviklingsområde med utgangspunkt i eksisterende kvaliteter og lavere tetthet |
|  Trikketrasé |  Område avsatt til fremtidig utvikling |
|  Eksisterende bebyggelse videreføres |  Grønn sone |
|  Elv/bekk |  Intern hovedforbindelse |
|  Lokk over Ring 3 |  Kjøreatkomst |

Figur 1 Planalternativ 1 og 2, Gaustad

Gjennom den videre reguleringsprosessen skal de andre planalternativene illustreres, undersøkes, konsekvensutredes og inngå i ROS-analysen som grunnlag for utarbeidelse av reguleringskart og planbestemmelser. Hensikten med dette er å få belyst hvilke konsekvenser de ulike alternativene har for ulike samfunnshensyn. Den videre dialogen med Oslo kommune v/PBE vil avgjøre om det må utarbeides selvstendige reguleringsplanforslag for hvert enkelt planalternativ eller om det fremmes ett reguleringsplanforslag til politisk behandling.

Planalternativ 1a

Utbyggingsløsningen for planalternativ 1a er løsningen som ligger i skisseprosjektet og som ut fra sykehusfaglige, funksjonelle og økonomiske hensyn er vurdert som den klart beste løsningen. Det er derfor viktig å vurdere konsekvensene dersom reguleringsplanprosessen skulle lede til større endringer eller tilpasninger av skisseprosjektet.



Figur 2 Planalternativ 1a

Planalternativ 1b

Det er utført studier av planalternativ 1b som er illustrert i figur 3. Denne viser konsekvenser av at bygningshøyden reduseres til maks 42 meter, hvilket gir 9 etasjer. Alternativet medfører et større fotavtrykk hvor noe av bygningsvolumet er plassert i grøntarealet i henhold til planområdedisposisjon i planalternativ 1.



Figur 3 Planalternativ 1b

Planalternativ 2

Planalternativ 2 er PBE sitt planalternativ. Dette medfører tung sykehusutbygging i området hvor UiO sine bygg, Preklinisk institutt, Domus Medica og Domus Odontologica, er lokalisert. Dette er velfungerende bygninger. Konsekvensen er at disse byggene som utgjør i størrelsesorden 50.000 m² må fjernes og reetableres. Før riving må det etableres erstatningsbygg for universitetets arealer. Det er to varianter av planalternativ 2 (a og b) som skal utredes sammen med planalternativ 1. Alternativ 2b skal vise en tilpasning til Byantikvarens innspill med lavere utnyttelse av området og bevaring av siktlinjer fra Gaustad sykehus. I dette alternativet er erstatningsbygg for universitetets virksomhet plassert på den delen av planområdet som dekker arealet til Sintef og Treteknisk institutt og som eies av Forskningsrådet (dvs sør for Ringveien).

Oppsummering Gaustad

Analysen viser at det for Gaustad fortsatt er mulig å bygge et funksjonelt sykehus dersom reguleringsprosessen skulle ende opp med at det ikke tillates å etablere høyhus, slik at bebyggelsen må justeres ned til maksimalt 42 meter. Dette slik det er vist i alternativ 1b. En slik løsning vil imidlertid ikke gi like gode funksjonelle sammenhenger som basisløsningen og vil utfordre vernemyndighetene med hensyn til nærhet til det vernede Gaustad.

Planalternativ 2 vil gi store økonomiske og fremdriftsmessige konsekvenser og vil ikke muliggjøre etablering av et sammenhengende anlegg med gode funksjonelle forbindelser. Videre legger det føringer på fremtidig utnyttelse av områder sør for Ringveien som ikke er i tråd med Helse Sør-Øst RHF sine forutsetninger og hvor viktige samarbeidspartnere (SINTEF og UiO) har planer for utvikling av området.

Aker

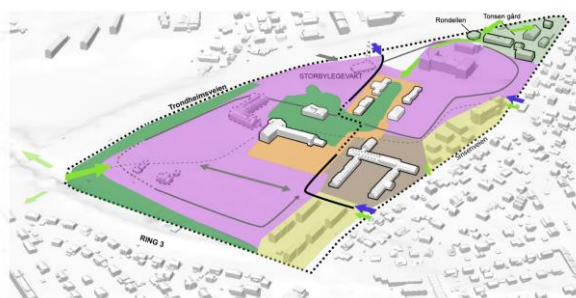
Planprogram for Aker er fastsatt og konsekvensutredninger pågår.

Oppsummert skal følgende planalternativer illustreres og utredes i reguleringsplanarbeidet:

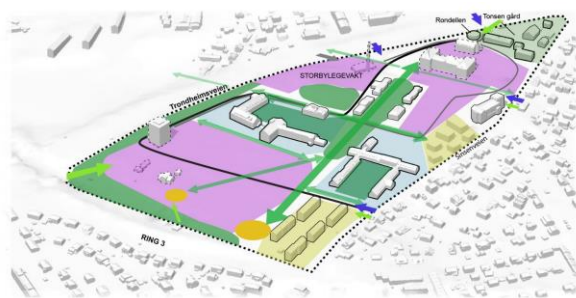
1. Planalternativ 1a – Utvikling i sør og nord med utvidelsesmulighet. Alternativet legger til rette for 225 000 m² nybygg på Aker. A Alternativet vektlegger bevaring av fredede kulturminner og kulturminner i verneklasse 2 sentralt og i store deler av planområdet. Det tillates byggehøyder over 42 m. Dette er forslagsstillers foretrukne alternativ
2. Planalternativ 1b – I prinsipp som planalternativ 1a, men med byggehøyder under 42 m
3. Planalternativ 2a – Alternativet legger til rette for 167 000 m² nybygg på Aker og vektlegger bevaring av kulturminner i større grad enn alternativ 1.
4. Planalternativ 2b - Prinsipp som i planalternativ 2a, men med byggehøyder under 42 m

Bearbeiding og avklaring av løsninger for de ulike planalternativene pågår i dialog med PBE. Under følger illustrasjon av planalternativene.








Planalternativ 1 (forslagsstillers alternativ)



Planalternativ 2 (Oslo kommune v/PBE)



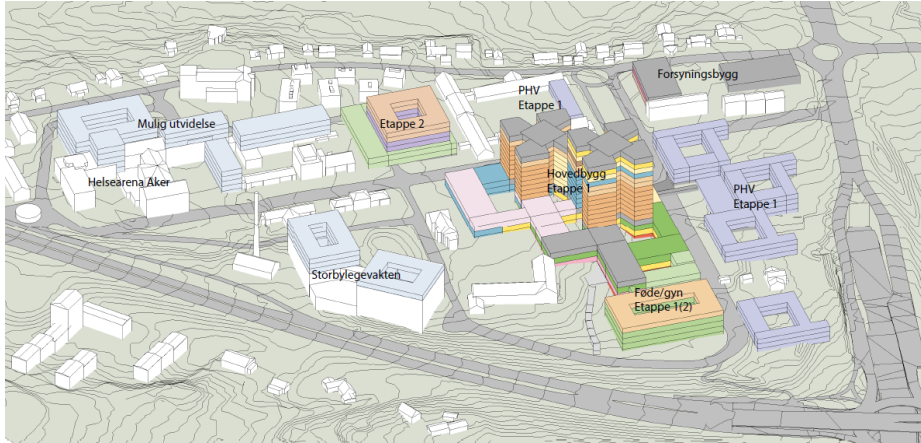
Tegnforklaring

-  Planområdet
-  områder som tåler høyere bygg, høyere utnyttelse og mer radikal transformasjon
-  områder som skal utvikles med utgangspunkt i eksisterende bygg og kvaliteter
-  eksisterende boliger, kan inngå i langsiktig sykehuskabal
-  grønt byrom
-  grønne byrom som bør videreføres
-  plassdannelse

Figur 4 Planalternativ 1 og 2, Aker

Planalternativ 1a

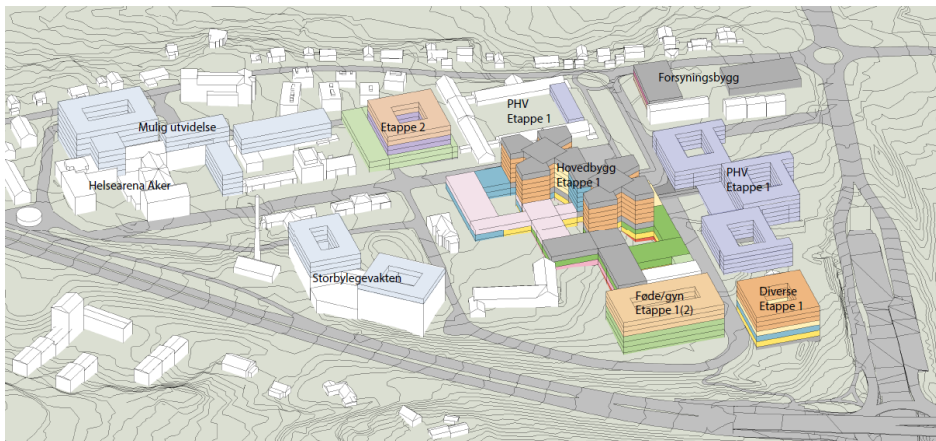
Planalternativet er tilpasset konsept *Utsikt* med fremtidige utvidelser. Løsningen forutsetter byggehøyder på 72 meter med 16 etasjer og er vurdert som den klart beste løsningen i konseptutredningen.



Figur 5 Planalternativ 1a

Planalternativ 1b

Alternativet er basert på konsept *Utsikt* og viser konsekvensene av at byggehøyden reduseres til maksimalt 42 meter (9 etasjer). Dette medfører et mindre kompakt anlegg og høyden for bygg for psykisk helsevern må økes, hvilket medfører dårligere dagslysforhold og forringet tilgang til uteområder. Sentrale funksjoner må fordeles på flere bygg, med økte avstander.



Figur 6 Planalternativ 1b

Planalternativ 2

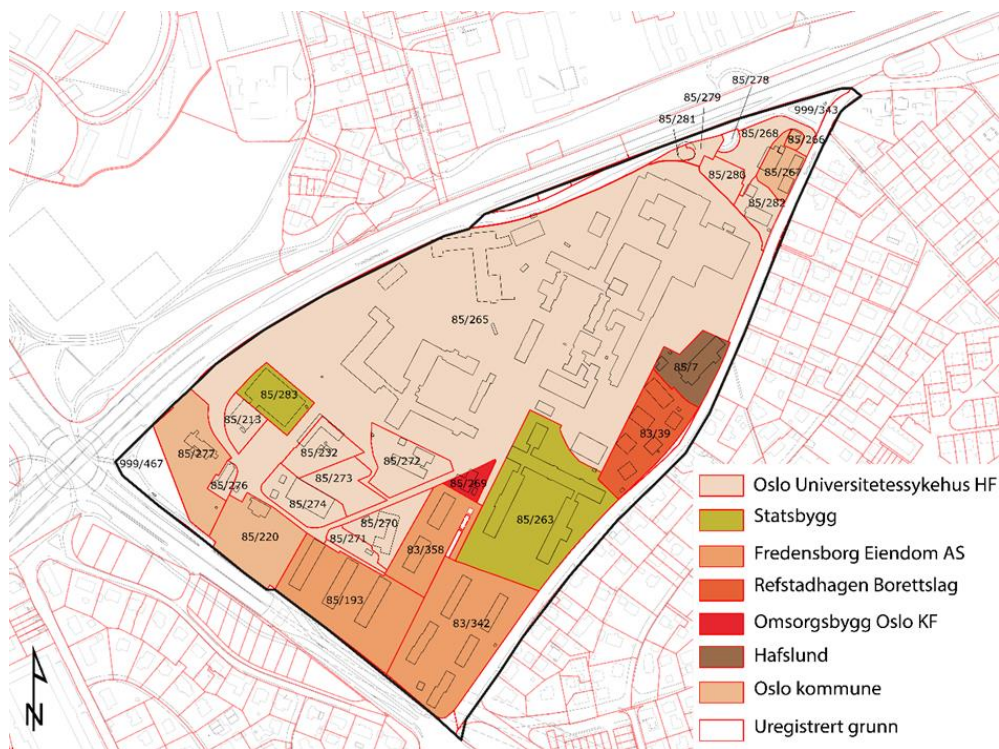
Disse alternativene innebærer at alle vernede og fredede bygninger bevares, og at all utbygging konsentreres sør på tomten. Alternativ 2a og 2b er begge basert på konsept *Paviljonger* fra konseptfasen og har byggehøyder på henholdsvis maksimalt 62 meter (14 etasjer) og 42 meter (9 etasjer). Behandlingsbygget blir plassert ved siden av sengebygget, hvilket gir mindre gode funksjonelle sammenhenger enn i basisalternativet (1a). Planalternativ 2b gir en ytterligere fortetting av bygg for psykisk helsevern som følge av lavere bygningshøyder.

Oppsummering Aker

Både planalternativ 1a og 1b legger til rette for at den planlagte utbyggingen kan gjennomføres på området. Planalternativ 1b vil imidlertid gi lengre avstander og redusere funksjonaliteten i løsningen. Basert på prosjektets planforutsetninger er det estimert et behov for nybyggareal for etappe 1 og 2, samt ny storbylegevakt på totalt 202.000 m². Planalternativ 2 har en ramme på 167.000 m². Det vil si at planalternativ 2 ikke gir rom for å gjennomføre utbyggingen som planlagt.

Utnyttelse av tomtearealer på Aker

Området som er planlagt benyttet til sykehusformål på Aker består av flere eiendommer med ulike eiere. Oslo universitetssykehus HF er den største eieren i planområdet. Resterende arealer er fordelt på statlige, kommunale og private aktører. Eierne er henholdsvis Statsbygg, Hafslund, Oslo kommune ved Omsorgsbygg Oslo KF, Oslo kommune, Refstadhagen Borettslag og Fredensborg Eiendom AS (se figur under). Fredensborg Eiendom AS er eier av 83/358, 83/342 og 85/193 vist med oransje farge.



Figur 7 Illustrasjon: Eiendomskart

Utbyggingsløsningen i konseptrapporten *Utsikt* fordrer erverv av samtlige eiendommer på området. Kostnader til tomteerverv er inkludert i analysene av økonomisk bærekraft. Det er avklart betingelser for kjøp av eiendom 85/283 fra Statsbygg (Sophies Minde) og det er etablert dialog med Statsbygg og UDI vedrørende fremtidig bruk av Refstad asylmottak (85/263).

Som en oppfølging av styrets behandling av sak 115-2018 er det gjort nærmere vurdering av muligheter og konsekvenser forbundet med å eventuelt begrense tomteervervet sør på tomten.

Dette vil i så fall innebære at bebyggelsen komprimeres og trekkes nordover på området. En forutsetning er at forsyningscenteret plasseres i nord og at Bygg 4 rives før forsyningscenteret kan

etableres. I bygg 4 har Oslo universitetssykehus HF 12 operasjonsstuer, sterilsentral, laboratorievirksomhet og sengeposter, til sammen ca. 10 000 m². Disse funksjonene er planlagt inn i nytt sykehus på Aker. Inntil det står ferdig må det fremskaffes erstatningsarealer. Dette vil ha en kostnadskonsekvens, enten i form av nybygg, ombygging av andre eksisterende arealer eller leie av tjenester, for eksempel privat. Kostnadskonsekvensen er ikke utredet.

Det er for øvrig pekt på enkelte andre konsekvenser i form av lengre avstander, større behov for rivning av vernede bygg og reduserte utvidelsesmuligheter. Pågående reguleringsprosess tar utgangspunkt i foreliggende konsept *Utsikt*, og en endret løsning vil påvirke prosessen både med hensyn på fremdrift og reguleringsrisiko.

I det videre arbeid med vurdering av løsninger og konsekvenser av den samlede utbyggingen på Aker vil det bli utarbeidet et komplett grunnlag for å vurdere konsekvenser av ulike alternativer for tomteerverv.

I forbindelse med etablering av storbylegevakt på Aker i samarbeid med Oslo kommune, er det planlagt salg av eiendommen som bygget skal oppføres på, jmf sak 031-2017 i Helse Sør-Øst RHF. Det er forutsatt ny takst før salg kan finne sted, or jmf styresak 031-2017 i Helse Sør-Øst RHF.

Det er også behov for erverv av andre eiendommer på Aker, disse eies av Oslo kommune og Statsbygg. Det er ikke vurdert spesiell risiko knyttet til ervervet, og de berørte partene er klar over at dette vil bli aktuelt. Prosess for konkret erverv vil bli initiert når det er avklart hvilket areal som er nødvendig å anskaffe. I vurderingene av bærekraft er det tatt høyde for kostnader ved erverv av tomteareal på Aker.

Tomtegrunn Gaustad

Tomtegrunn på Gaustad eies i dag av Statsbygg, fordi det var Statsbygg som i sin tid etablerte Rikshospitalet. Det pågår en prosess i regi av Oslo universitetssykehus HF, Statsbygg og UiO for å formalisere eiendomsforholdene slik at de er i overensstemmelse med faktisk situasjon etter sykehusreformen i 2002. Det er ikke grunn til å anta at dette vil ha økonomiske konsekvenser. Vegen som skiller dagens Rikshospital og Gaustad eies av Oslo kommune, og er forutsatt å fortsatt være en kommunal vei. Avhengig av reguleringsprosess og endelig utbyggingsalternativ, kan noe erverv fra Oslo kommune kunne bli aktuelt.

2.6 Effektivisering i forkant og etterkant av innflytting

Med flere store byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF er økonomisk risiko først og fremst knyttet til bæreevne for helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF. For Oslo universitetssykehus HF skal sparingen i forkant og de økonomiske gevinstene etter innflytting betjene renter og avdrag på lånene, og opprettholde kapitalverdier. Låneopptaket medfører en betydelig økonomisk forpliktelse som krever omstilling. Arbeidsprosesser, vare- og pasientlogistikk, vakt-/beredskapsordninger og bemanningsnivå vil måtte gjennomgå i forprosjekt og i det videre organisasjonsutviklings-arbeidet i helseforetaket. Oslo universitetssykehus HF har gjennom sin utredning av driftsøkonomiske effekter identifisert et vesentlig årlig gevinstuttak som følge av investeringene i etappe 1, tilleggsutredningene og mulige effektiviseringer i forkant.

Det bemerkes at Oslo universitetssykehus HF i analysene ikke har innarbeidet generell økonomisk effektivisering i årene etter ferdigstilling av prosjektene. Dette er noe som helseforetaket vil måtte gjøre for å kunne opprettholde driftsmarginene i slutten av analyseperioden, som følge av at aktivitetsvekst i sektoren finansieres innenfor en marginalkostnadsbetraktning. Innarbeidelse av dette ville gitt en noe forbedret resultatutvikling. Tilsvarende gjelder null-alternativet, og valget mellom alternativene påvirkes dermed ikke av dette.

I arbeidet med effektivisering er det viktig at Oslo universitetssykehus HF legger opp gode prosesser som sikrer tilstrekkelig involvering, medvirkning og medbestemmelse. Det må settes fokus på å videreutvikle organisasjonen slik at den legger til rette for høyt engasjement og godt og sikkert arbeidsmiljø som understøtter pasientbehandlingen.

Effektivisering i forkant av ferdigstilling av byggeprosjektene

Historisk utvikling ved Oslo universitetssykehus HF (2012 – foreløpig resultat 2018)

Oslo universitetssykehus HF har en betydelig forbedring i årsresultat og driftsresultatmargin (EBITDA=driftsresultatet eksklusiv investeringstilskudd, avskrivninger/nedskrivninger og gevinst ved salg) fra 2012 til 2018. I samme periode er produktivitet målt ved antall ISF-poeng per månedsværk somatikk tilnærmet uendret. Foretaket har hatt en vekst i ISF-aktivitet (døgn, dag og poliklinikk) på i overkant av 12 prosent over perioden, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på rundt to prosent.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i Oslo universitetssykehus HF fra 2012 til foreløpig resultat 2018 (resultattall i løpende kroner).

Oslo universitetssykehus	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Foreløpig resultat 2018
Årsresultat	-525 849	-280 229	25 524	110 675	300 982	281 459	364 213
Driftsresultat ekskl investeringstilskudd, avskrivninger/nedskrivninger og gevinst ved salg	303 253	496 820	813 349	831 288	999 411	1 169 130	1 190 688
EBITDA	2,3%	2,6%	4,1%	3,7%	4,5%	5,1%	5,1%
Produktivitet (ISF-poeng utført i OUS per månedsværk somatikk)				1,26	1,27	1,29	1,27
ISF-poeng (døgn, dag og poli) iht. "sørge for"	191 942	200 379	204 267	210 961	214 175	219 225	215 253

Produktivitet er korrigert for overføring av rettsmedisinske fag med 220 årsværk i 2017 og 2018. Produktivitet vises kun fra 2015, for sammenlignbarhet

Tabell 1 Resultatutvikling Oslo universitetssykehus HF

Det er stor variasjon i resultatutviklingen i de enkelte foretak i regionen, og tabellen nedenfor viser beløpsmessig utvikling i driftsresultatet for helseforetak med opptaksområde fra 2012 til foreløpig resultat 2018, i 2018-kroner. Oslo universitetssykehus HF har beløpsmessig størst forbedring i driftsøkonomien over disse årene.

Driftsresultat ekskl investeringstilskudd, avskrivninger/nedskrivninger og gevinst ved salg, 2018-kroner (i mkk)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Foreløpig resultat 2018	Endring fra 2012 til 2018	Prosentvis endring
Akershus universitetssykehus HF	153	102	207	302	445	377	537	383	250,6%
Oslo universitetssykehus HF	355	564	895	887	1 044	1 196	1 191	835	235,0%
Sykehuset i Vestfold HF	346	290	292	255	251	237	241	-105	-30,3%
Sykehuset Innlandet HF	576	499	324	230	356	324	155	-421	-73,1%
Sykehuset Telemark HF	274	118	67	132	45	92	85	-189	-68,9%
Sykehuset Østfold HF	205	155	150	-189	-3	84	184	-20	-9,9%
Sørlandet sykehus HF	352	342	293	308	252	269	203	-149	-42,4%
Vestre Viken HF	226	368	452	443	393	359	501	275	121,3%

EBITDA ved Akershus universitetssykehus er korrigert for midler til kapitalkostnader i 2012 og 2013. Faste 2018-kroner.

Tabell 2 Utvikling driftsresultatmargin i foretaksgruppen

Det er i hovedsak to områder som skiller utviklingen i Oslo universitetssykehus HF fra andre foretak i regionen; lavere vekst i varekostnader, primært medikamenter, og økte polikliniske inntekter innen poliklinisk laboratorie- og radiologivirksomhet.

Planlagt utvikling ved Oslo universitetssykehus HF i perioden 2019 - 2028

Det er lagt til grunn en reell resultatforbedring i størrelsesorden 800 millioner kroner, hvorav 450 millioner kroner gjennomføres som forbedring i drift. I tillegg forventer helseforetaket 150 millioner kroner til dekning av kapitalkostnader for ny flerregional for protonbehandling og estimerer om lag 200 millioner kroner i driftsgevinster knyttet til nye bygg ved Radiumhospitalet og RSA (etappe 1 og etappe 2).

I perioden 2019-2028 planlegges det en økning i driftsresultatmargin fra dagens nivå på i overkant av 5 prosent opp til 7,5 prosent. Foretakets planer viser en årlig aktivitetsvekst på 1,8 prosent, som gir en vekst på i underkant av 20 prosent over perioden på ti år. I samme periode legges det opp til en vekst i bemanningen på tilnærmet 6 prosent. Gitt oppnåelse av målbildet planlegger Oslo universitetssykehus HF å øke driftsresultatmarginen ytterligere til ca ti prosent tidlig på 2030-tallet. Til sammenligning planlegger Vestre Viken HF for en gradvis økning i driftsresultatmargin fra ca. 5,6 prosent i 2018 til ca. 9,5 prosent ved innflytting i nytt sykehus i Drammen i 2025.

Oslo universitetssykehus HF har historisk gjennomført driftsforbedringer i større omfang enn det som ligger i planene fra 2019 - 2028. Imidlertid er det ikke tidligere oppnådd produktivitetsvekst i den størrelsesorden som nå er lagt til grunn, og helseforetaket omtaler dette som usikkert. Foretaket har ikke etablert konkrete forbedringsplaner for perioden, men det arbeides med flerårige klinikkvise forbedringsprogram. Forbedringsprogrammene vil benyttes som grunnlag i arbeidet med økonomisk langtidsplan 2020 – 2023, der utfordringen også vil bli fordelt mellom klinikkene. Vestre Viken HF har også hatt en vesentlig forbedring i driftsøkonomien de senere årene, jmfør tabell 2 over. For årene 2012 til 2018 kan Vestre Viken HF vise til en produktivitetsøkning, målt ved antall ISF-poeng per brutto månedsværk på cirka 11 prosent (fra 1,67 til 1,86). I forbindelse med nytt sykehus i Drammen planlegger Vestre Viken HF en ytterligere produktivitetsøkning på inntil 15 prosent fram mot 2030.

Prosjektrelaterte gevinster etter ferdigstilling

Prosjektrelaterte effektiviseringsgevinster er utredet av Oslo universitetssykehus HF gjennom flere metodiske tilnærminger og gjennomgått av Helse Sør-Øst RHF.

Gevinster ved samling av lands- og regionsfunksjoner på Gaustad: 525 millioner kroner

Gevinstområdet er utredet gjennom heldagsmøter og ved klinikkvise gjennomganger. Samling av lands- og regionfunksjoner er også tidligere vurdert for enkelte store fagområder og nåværende nivå på gevinster viser at klinikkenes vurderinger er balansert i forhold til tidligere. For lands- og regionsfunksjoner vil det være to hovedkategorier av gevinster; samling av delte fag og gevinster knyttet til nye effektive bygg. Det er gjort klinikkvise vurderinger for operasjonsdrift, poliklinikk og dagbehandling, sengepostdrift og vaktorganisering. Spesielt samling av delte fag forventes å gi grunnlag for vesentlige økonomiske effekter. Helseforetaket legger til grunn 600 færre årsværk sammenlignet med fremskrevet bemanning eksklusive gevinster, og endringen utgjør om lag 6,3%. Reduksjonen i årsværk underbygges blant annet av redusert behov for vaktlag, transport og administrativt personell ved samling av delte fag. Det legges til rette for mer effektiv drift som følge av nye og mer funksjonelle bygg, eksempelvis ved at det planlegges for mer optimal størrelse på sengeposter.

Gevinster ved nytt lokalsykehus på Aker: 350 millioner kroner

Gevinstene for lokalsykehusfunksjoner for fire bydeler i nye bygg på Aker er basert på en sammenligning mot kostnadsnivåene for tilsvarende pasientbehandling på Akershus universitetssykehus HF ved bruk av data for kostnad på pasientnivå. Dagens ressursbruk på Ullevål for den fremskrevne aktiviteten på Aker er identifisert, og i gjennomsnitt om lag ti prosent høyere enn kostnader ved Akershus universitetssykehus HF. Analysene gir indikasjoner på at potensialet også kan være større dersom kostnadsnivåene hos eksempelvis Vestre Viken HF legges til grunn.

Det er i tillegg vurdert gevinster som følge av nytt transportmønster for prehospitaltjenester med 24 millioner kroner årlig.

Gevinster ved samling av lokalsykehusfunksjoner på Gaustad: 120 millioner kroner

Gevinstene er utredet etter samme metodikk som økonomiutredningen av lokalsykehusdrift på Aker. Imidlertid er det ikke utviklet en virksomhetsmodell for integrert drift av lokalsykehuspasienter på Gaustad, slik at restrisikoen på dette gevinstområdet fortsatt vurderes som høy. Samtidig kan det være potensiale for bedre ressursutnyttelse når lokalsykehusfunksjoner og regionsykehusfunksjoner sees på samlet innenfor de ulike fagområdene, slik driftsmodellen er ved de andre regionssykehusene i landet.

Gevinster ved samling av psykisk helse- og avhengighet: 197 millioner kroner

Dette området har den mest detaljerte økonomiutredningen i konseptfasen. Det vil være et vesentlig element av samlokalisering og mer effektiv drift i fremtidig bygningsmasse, slik at potensialet for driftsøkonomiske forbedringer er betydelig. En effektivisering minst i denne størrelsesorden underbygges også av tidligere gjennomførte analyser av kostnadsnivået for virksomhetsområdet i forbindelse med regional inntektsmodell, og til dels av tidligere realisererte gevinster ved samlokalisering av distriktpsykiatriske senter i Oslo.

Tilleggsutredningen knyttet til utbygging for gynekologi, fødselshjelp og barneverksamhet på henholdsvis Aker og Gaustad: 80 millioner kroner

Dette gevinstområdet er utredet i samme prosess som lands- og regionsfunksjoner på Gaustad. Virksomheten drives i dag i relativt sett noe bedre arealer enn annen virksomhet ved sykehuset, slik at forventet gevinstuttak er lavere, men samling med tilgrensende funksjoner gir større muligheter for mer ressurseffektiv drift.

Prosjektgevinster øvrige investeringsprosjekter i perioden: 350 millioner kroner

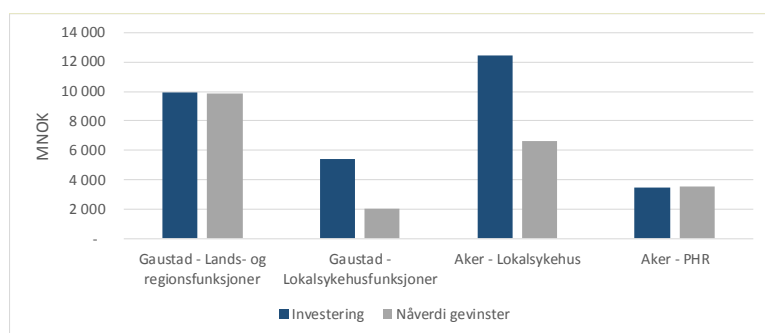
Øvrige resultatforbedringer i perioden er knyttet til forutsatt inntektsøkning til dekning av kapitalkostnader for protonterapi som ny flerregional funksjon og driftsgevinster knyttet til nye bygg på Radiumhospitalet og RSA (etappe 1 og 2). Finansiering av driften av protonterapisenteret er ikke avklart, og representerer således en usikkerhet.

Oppsummering prosjektrelaterte gevinster

Oslo universitetssykehus HF har identifisert gevinster og potensial for effektivisering på til sammen i overkant av 1,2 milliarder kroner som følge av etappe 1. I tillegg kommer økonomiske effekter fra tilleggsutredningen og øvrige prosjekter med til sammen cirka 430 millioner kroner.

Økonomiutredningen har identifisert årlige driftsgevinster ved samling av lands- og regionsfunksjoner på Gaustad til 570 millioner kroner av totalt 1,296 milliarder kroner. Dette inkluderer 45 millioner kroner i gevinster knyttet til tilleggsutredning knyttet til samling av

barnevirksomheten på Gaustad. Nåverdien av årlige gevinster delt på investering (eksklusive byggelånsrenter og finansieringskostnader) viser at samling av lands- og regionsfunksjoner på Gaustad er et bærende element for driftsøkonomien i videreutvikling av Aker og Gaustad. Forholdstallet mellom investering og nåverdi av gevinster for lands- og regionsfunksjoner på Gaustad er 1, mens lokalsykehusfunksjonene på Gaustad og Aker gir et forholdstall på henholdsvis 0,38 og 0,53. Psykisk helsevern og TSB gir et forholdstall på 1,02 og er illustrert brutto i tabellen nedenfor:

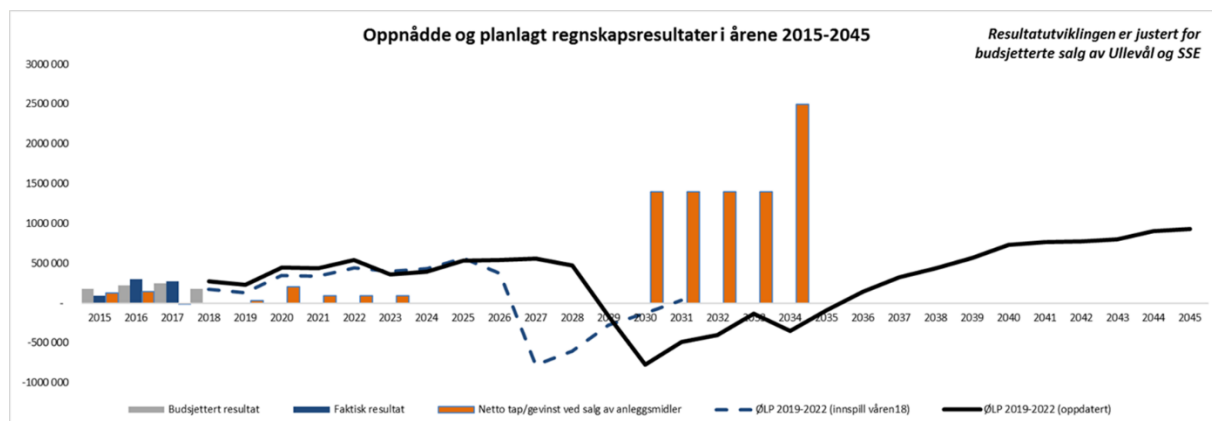


Figur 8 Investering og nåverdi av gevinster

2.7 Økonomisk bærekraft for helseforetaket og regionen

Som vist i styresak 115-2018; *Oslo universitetssykehus HF - konseptrapport videreutvikling av Aker og Gaustad*, figur 3, er den økonomiske bæreevnen sensitiv for relativt små endringer i forutsetningene for byggekostnader, rentekostnader og i særdeleshet effektivisering og gevinstuttak. Dette må håndteres gjennom tett oppfølging av økonomiske forhold og etablering av en gjennomføringsplan som sørger for nødvendige handlingsrom for tilpasninger og risikoreduserende tiltak, samtidig som avhengigheter ivaretas. Arbeidet starter allerede nå i forbindelse med forprosjektering av prosjektene på Radiumhospitalet.

Driftseffektiviseringen som er planlagt i forkant av nye bygg og de prosjekterrelaterte gevinstene som forutsettes etter ferdigstillelse av byggeprosjektet gir til sammen en utvikling med økonomisk bæreevne. Det er økonomisk risiko både for resultat- og likviditetsutviklingen. Resultatutviklingen som Oslo universitetssykehus HF legger til grunn i oppdatert økonomisk langtidsplan fremkommer av grafen:

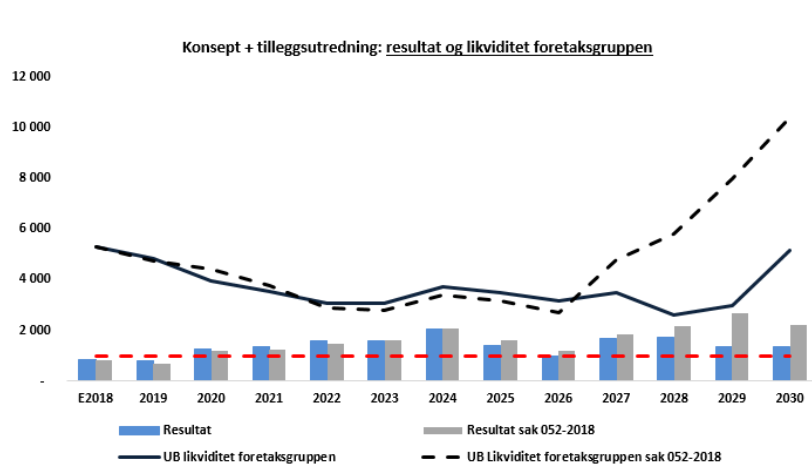


Figur 9 Oppnådd og planlagt regnskapsresultat 2015 – 2045

Salg av anleggsmidlene på Ullevål og Statens Senter for Epilepsi i Sandvika (SSE) er forutsatt i årene 2030 til og med 2034. Et mulig salg vil gi en vesentlig forbedring av likviditetssituasjonen og er en viktig del av den langsiktige bæreevnen for helseforetaket. Eventuelle utsettelser eller reduserte salgsinntekter vil svekke også den regionale likviditeten. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at en langsiktig salgsprosess initieres når forutsetningene for dette er innfridd.

Ved oppdatering av økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF inngår gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer som del av etappe 2 med investeringer i årene 2027-2033. En fremskyndet bygging for denne virksomheten vil medføre en annen resultatutvikling enn det som fremgår av grafen over.

På regionalt nivå medfører innarbeidelse av virksomhet innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer i etappe 1, større omfang og dermed tidligere bruk av regional likviditet til investeringene. Oppdatert økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF viser at det er tilgjengelig likviditet til dette.



Figur 10 Resultat og likviditetsutvikling for foretaksgruppen

Vurderingene i konseptrapporten viser at den regionale likviditeten, gjennom hele analyseperioden, fortsatt er over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner som ble forutsatt i styresak 052-2018. Figuren over viser at utgående likviditetsbeholdning er beregnet til å være på det laveste nivået i 2028, lik 2,6 milliarder kroner. Dette er en reduksjon på 1,2 milliarder kroner sammenlignet med nivået på 3,8 milliarder kroner som fremgår av konseptrapporten. Øvrige byggeprosjekter i regionen er innarbeidet tilsvarende som i sak 052-2018.

Det skal arbeides videre med å konkretisere fordeling av investeringsbeløpene over tid (pådragsprofil), og dette kan medføre endringer i utviklingen illustrert i figur 10.

Regjeringen har i sin plattform av 17.januar 2019 omtalt at den vil legge bedre til rette for investeringer i sykehusbygg og ny teknologi gjennom å vurdere endringer i investeringsordningene for sykehus, herunder lengre nedbetalingstid, rentebetingelser og låneordningen. Helse Sør-Øst RHF har beregnet at ved å gå tilbake til tidligere renteberegningsmetode for spesialisthelsetjenesten, vil dette redusere rentebelastningen med cirka ett prosentpoeng. En slik endring medfører at rentene i gjennomsnitt over en 25 års avdragsperiode reduseres med over 200 millioner kroner årlig for prosjektene på Aker og Gaustad. Det planlegges også for en rekke andre investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst, slik at den samlede effekten for foretaksgruppen vil være større. En eventuell endring av låneordningen forøvrig kan medføre ytterligere forbedringer.

2.8 Nullalternativet

Det ble som en del av idéfasearbeidet utredet et nullalternativ, dokumentert i rapporten *Framtidens OUS idéfase*¹. Utredningen ble gjennomført i tråd med idéfaseutredningens mandat som beskrev nullalternativet slik:

«Nullalternativet skal vise konsekvenser av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og byggene over byggenes resterende levetid med minst mulig kostnader. Nullalternativet skal fremstilles sammenlignbart med de øvrige alternativene når det gjelder planhorisont og hvilke konsekvenser det har for investeringer og drift.»

I mandatet for konseptfasen Aker og Gaustad fremgår det at nullalternativet skal tas med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter. Som en del av dette har Oslo universitetssykehus HF i samarbeid med prosjektorganisasjonen gjort en oppdatering av beregningene utført i idéfasen.

Metodisk tilnærming

Nullalternativet skal vise konsekvensen ved bruk av eksisterende bygningsmasse hvis investering i nytt sykehus ikke gjennomføres. Krav til utredning av nullalternativet er blant annet definert i veileder fra Finansdepartementet. For Oslo universitetssykehus HF betyr dette at virksomheten må drives videre i eksisterende sykehus og bygningsmasse (som f.eks. bygg 3 og 7 på Ullevål). I beregningen av nullalternativet er det forutsatt at dagens arealer kan yte kapasitet tilsvarende dagens aktivitetsnivå, og at aktivitetsøkning fram mot 2035 dekkes gjennom arealutvidelser i form av nybygg. Oslo universitetssykehus HF leier i dag en rekke lokaler, noe som forutsettes videreført i nullalternativet. Det innebærer at ingen leide arealer erstattes av nybygg i beregningene. Nullalternativet skiller seg derfor fra øvrige alternativer ved at eksisterende areal på dagens lokasjoner vil bli benyttet i fremtiden, i bygninger som gir lavere arealutnyttelse, er mindre funksjonelle og med en lavere standard på blant annet pasientrom, enn man vil få i nybygg.

Tiltak i nullalternativet

Gjennomføring av nullalternativet innebærer at bygningsmassen må:

- Oppgraderes teknisk i henhold til lover og regler
- Ombygges der dagens lokaler er vurdert som spesielt dårlig egnet for medisinsk virksomhet
- Utvides i form av nybygg/påbygg for å møte økt aktivitetsbehov i fremtiden

Omfanget av ombygging som er lagt inn i nullalternativet er å anse som nøkternt. En betydelig andel av bygningsmassen har en funksjonell standard som er under det man forventer av et moderne sykehus, og behovet for mer egnede lokaler er stort. Videre er en stor del av byggene ved Oslo universitetssykehus HF i dag i så dårlig teknisk tilstand at det er reell fare for at de må fraflyttes. Kostnadene ved omfattende ombygging i eldre, og til dels vernet, bygningsmasse vil være vesentlige. Samtidig er muligheten for å oppnå gode funksjonelle og driftseffektive løsninger begrenset av bygningenes eksisterende struktur. Størstedelen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF har en rigid struktur som gir begrenset tilpasningsevne. Nullalternativet vil således ha et lavere ambisjonsnivå mht. funksjonell standard enn de øvrige alternativene. Det betyr at det ikke vil være mulig å oppnå de samme positive effekter i nullalternativet som i øvrige alternativer. Teknisk oppgradering ivaretar pålegg fra tilsynsmyndigheter.

¹ Framtiden OUS Idéfaserapport 2.0, Oslo universitetssykehus HF, mai 2015

Nullalternativet viser et investeringsbehov på 29,8 milliarder kroner (tilsvarende P50-nivå), oppsummert i tabellen under (investeringsbehov oppgitt i milliarder kroner inkl. mva.):

Tiltak	Kvadratmeter	Investeringsbehov
Nybygg for kapasitetsvekst	98 300	9,0
Ombygginger	227 300	12,6
Teknisk oppgradering	460 800	4,4
Annet (bl.a. infrastruktur, utomhus)		3,9
Sum	786 400	29,8

Tabell 3 Investeringsbehov nullalternativet

Det samlede arealet i tabellen over er lavere enn arealet for nullalternativet i idéfasen. Dette skyldes at idéfasen også inkluderte aktiviteten ved Radiumhospitalet og RSA.

For arealer som ikke bygges om, er det forutsatt samme funksjonelle standard som i dag med hensyn til arealstørrelse, antall senger per pasientrom, våtromsdekning, antall rom for støttefunksjoner etc. En betydelig andel av lokalene vil dermed fortsatt ha mangler i forhold til behov og den standard man ville lagt til grunn i et nybygg. Dette betyr for eksempel at Oslo universitetssykehus HF vil måtte tilby pasienter og pårørende flersengsrom og rom uten egne bad. Gammel infrastruktur og teknologiske begrensninger vil dessuten gjøre det mer komplisert å utnytte det potensial som ligger i den medisinske utviklingen, ny medisinsk teknologi og nye IKT-løsninger.

Oppdatering 2018

Beregningen av investeringsbehov for nullalternativet fra idéfasen er oppdatert med følgende:

- Nye tall fra Multimap (oversikt som viser byggenes tilstand og behov for tiltak), og ny vurdering av om bygg må teknisk oppgraderes eller ombygges
- Oppdatert til samme prisnivå som konseptfasen for øvrig (januar 2018) og ny vurdering av kvadratmeterprisen for ombygging
- Ny vurdering av behov for nybygg for å dekke aktivitetsøkning fram mot 2035. Behov for nybygg er vurdert med de samme planforutsetningene som for konseptfasen, f.eks. at Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus skal øke sin egendekningsgrad

Foreliggende nullalternativ er en oppdatering av tidligere vurderinger fra idéfasen, dvs. at det ikke foreligger et konkret prosjekt som er kostnadsberegnet.

Tiltakene i nullalternativet tar høyde for fortsatt bruk av eksisterende bygningsmasse i planperiodens tidsperspektiv. Noen bygninger har egenskaper som tilsier lengre levetid, mens mange bygninger ikke vil kunne tilpasses behovet i et moderne og fremtidsrettet sykehus. Nullalternativet er derfor å betrakte som et utsettelsesalternativ, som krever omfattende reinvestering etter planperioden. I et langsiktig perspektiv vil store deler av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF ha nådd sin maksimale levetid. Det er spesielt svak tilpasningsdyktighet, og som en konsekvens uegnede lokaler, som begrenser levetiden. Arealene som er bygget før 1990 vil være fra 50 år til 200 år gamle ved utgangen av 2040. Dette betyr at store deler av dette arealet må bli erstattet. For eksempel har en stor del av byggene ved Ullevål dårlig eller svært dårlig tilstand og dårlig tilpasningsdyktighet. I 2040 vil i størrelsesorden 40 prosent av bygningsmassen ved Ullevål være over 100 år. Omtrent 362 000 kvm av arealet (av et samlet areal

på ca. 900 000 kvm) til Oslo universitetssykehus HF er bygget etter 1990. Disse arealene kan i all hovedsak videreføres i et langsiktig perspektiv, da de innehar relativt god tilpasningsdyktighet og har potensial til huse en rekke ulike sykehusfunksjoner.

Nedenfor vises en oversikt over nullalternativet med hensyn på sted og type tiltak:

Nullalternativet		
TYPE TILTAK OG PROSJEKTER	Kvm	Samlet sum mill kr
<i>Kapasitetsøkning</i>		
Nybygg for kapasitetsøkning (både somatikk og psykisk helsevern og TSB)	98 300	9 351
Sum vedtatte prosjekter	98 300	9 351
<i>Tiltak ved Gaustad sykehus</i>		
Ombygginger	28 500	1 369
Teknisk oppgradering	12 000	156
SUM Gaustad sykehus	40 500	1 524
<i>Tiltak ved Ullevål sykehus</i>		
Ombygginger	124 500	8 343
Teknisk oppgradering, ekskl Sognsvannsv	189 000	1 758
Ny helikopterlandingsplass (grunnet nytt redningshelikopter)		100
SUM Ullevål	313 500	10 201
<i>Tiltak ved Aker sykehus</i>		
Ombygginger	56 000	2 424
Teknisk oppgradering, Aker	37 300	497
SUM Aker	93 300	2 921
<i>Tiltak ved Rikshospitalet</i>		
Teknisk oppgradering	176 000	1 687
SUM Rikshospitalet	176 000	1 687
<i>Øvrige bygg og andre tiltak</i>		
Ombygginger og teknisk oppgradering, Sognsvannsveien	5 750	228
Ombygginger og teknisk oppgradering, Dikemark	15 000	274
Ombygginger og teknisk oppgradering, SSE	18 300	257
Ombygginger og teknisk oppgradering, annet	750	2
Oppgradering utomhus og infrastruktur lokalisasjonene		3 000
O-ikt (4 000 per kvm ved nybygg og høy ombygging)		391
SUM Øvrige bygg og andre tiltak	39 800	4 151
SUM NYBYGG, OMBYGGING OG TEKNISK OPPGRADERING	761 400	29 836

Tabell 4 Investeringsbehov i nullalternativet fordelt på lokalisasjon

Risiko

Nullalternativet vurderes som krevende å gjennomføre og med betydelig risiko med samtidig/parallell sykehusdrift, forskning og undervisning. Risikoen er bl.a. knyttet til:

- Det er generelt stor usikkerhet knyttet til kostnadene ved ombygging av eksisterende sykehusbygg, ved at ombygging og teknisk oppgradering kan bli mer omfattende enn forutsatt. Dette omfatter f.eks. krav om ombygging fremfor teknisk oppgradering eller mer omfattende ombygging enn det som er innarbeidet i investeringsanslaget
- Det er i beregningen av nullalternativet forutsatt videreføring av samme funksjonelle standard som i dag. Det er usikkerhet om denne forutsetningen kan legges til grunn. En eventuell endring av funksjonell standard vil innebære økt behov for nybygg og øke investeringsbehov i nullalternativet

Oppfyllelse av målbildet

Nullalternativet vil ikke understøtte vedtatt målbilde for Oslo universitetssykehus HF om et nytt lokalsykehus på Aker og et samlet komplett regionsykehus på Gaustad med lokalsykehusfunksjoner. I nullalternativet vil regionfunksjoner opprettholdes både på Ullevål og Gaustad, og Aker fortsetter primært som Helsearena i samarbeid med Oslo kommune. Storbylegevakten vil etableres på Aker uten nærhet til et akuttsykehus. Ullevål opprettholdes med bredden i virksomhet som i dag, både innen somatikk og psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. I tillegg vil det være igjen virksomhet på andre adresser for helseforetaket som ikke fraflyttes.

Økonomisk bærekraft i nullalternativet

Oslo universitetssykehus HF har også vurdert bærekraft i nullalternativet i deres styresak 77/2018, vedlegg 6. Det er lagt til grunn et investeringsnivå for nullalternativet på 29,8 mrd. kroner, som er om lag 15 mrd. kroner lavere enn for realisering av målbildet (sum etappe 1 og 2). Det er stor usikkerhet knyttet til kostnadene ved ombygging av eksisterende sykehusbygg ved at ombygging og teknisk oppgradering kan bli mer omfattende enn forutsatt, f.eks. krav om ombygging fremfor teknisk oppgradering eller mer omfattende ombygging enn det som er innarbeidet i investeringsanslaget.

Tross et lavere investeringsnivå viser analysene at nullalternativet kommer ut med en større finansiell forpliktelse (langsiktig gjeld og regionalt lån) enn for realisering av målbildet. Dette skyldes i hovedsak bortfall av salg av eiendom og svakere resultater for perioden 2019 -2035.

Driftsgevinstene for nullalternativet er vurdert å utgjøre 500 millioner kroner når investeringstiltakene er gjennomført. Det er lagt til grunn at driftsgevinster på 250 millioner kroner knyttet til nye bygg for utvidet kapasitet, hvilket tilsvarer samme relative nivå som for samling planlagte funksjoner på nye Aker. I tillegg er det estimert 250 millioner kroner i gevinster fra oppgraderte bygg. Oslo universitetssykehus HF har forutsatt samme effektivisering i perioden 2019-2028 for null-alternativet som for utbyggingsalternativet.

Analysene som er gjennomført viser at nullalternativet ikke har økonomisk bæreevne med de forutsetningene som er lagt til grunn på prosjektnivå. Gitt en diskonteringsrente på 4 % har prosjektet negativ netto nåverdi på om lag 13,7 milliarder kroner. I sin oppdatering av økonomisk langtidsplan for nullalternativet viser Oslo universitetssykehus HF at helseforetaket ikke har økonomisk bæreevne hvis nullalternativet realiseres. Det vises for øvrig til omtale av forutsetninger om effektivisering i kapittel 2.6 andre avsnitt.

2.9 Risikovurdering

Reguleringsrisiko

Reguleringsrisiko er først og fremst knyttet til byggehøydene og byggenes plassering på tomten, herunder nærhet til verneverdige bygg. De løsninger som foreligger i konseptrapporten viser bygg som er utformet for å understøtte god logistikk, funksjonelle sykehus, byggbarhet og økonomi. Det er også løsninger som ivaretar et helhetlig grep for de aktuelle områdene, hvor ulike hensyn må veies opp imot hverandre.

Det er ikke ønskelig med omfattende endringer i planprosessen, men det vil imidlertid være mulig å gjøre tilpasninger. Dette vil kunne ha økonomiske og framdriftsmessige konsekvenser for prosjektene, men det er dokumentert at det er mulig å utnytte tomtene annerledes dersom en ikke får gjennomslag for en optimal utnyttelse. Andre løsninger vil kunne få driftsmessige konsekvenser i fremtiden, ved at byggene ikke blir så funksjonelle som forutsatt.

Det knytter seg også risiko til verneinteresser på tomtene eller tilstøtende arealer. Denne risikoen er forsøkt redusert gjennom de foreslåtte løsningene og gjennom dialog med Riksantikvaren. På Gaustad er den tunge utbyggingen lokalisert i sør-øst, for å skape avstand til det vernede Gaustad sykehus. Samtidig er det lagt vekt på å integrere Gaustad sykehus inn i det nye anlegget gjennom å ta i bruk byggene og etablere en ny hovedinngang.

På Aker er det etablert løsninger som sikrer etablering av et funksjonelt sykehus samtidig som vernede bygg integreres i anlegget og gis en ny funksjon. Samtidig er det ett bygg i verneklasse 1 som må rives (Bygg 27). Det pågår dialog med Riksantikvaren for å avklare forutsetninger for en avfredning av dette bygget. Andre løsninger med for eksempel lavere byggehøyder vil kreve større fotavtrykk, og vil således øke risikoen for at verneinteresser blir berørt.

Den reguleringsmessige risikoen ved de to tomtene er høyere enn ønskelig, men det er store områder som omfattes av reguleringsarbeidet og det er nødvendig at involverte parter må vise vilje til å inngå kompromisser for å få til den totalt sett beste samfunnsmessige løsningen. Risikoen er ikke vesentlig annerledes enn andre store offentlige prosjekt som krever konsekvensutredninger (eksempelvis veiprojekter, bydelsutviklingsprosjekter, store boligutbygginger etc.).

I det videre arbeid med planforslag og konsekvensutredning vil alle forhold knyttet til planalternativene for både Aker og Gaustad bli belyst og utredet slik at konsekvenser for ulike samfunnsforhold kommer frem. Det vil bli lagt vekt på en grundig og god konsekvensutredning, slik at de ulike interessene på de aktuelle områdene blir belyst på en god måte. Videre vil det også bli lagt vekt på å videreføre en åpen og konstruktiv dialog med berørte myndighetsinstanser som Riksantikvaren, Statens Vegvesen mv, samt åpne informasjonsmøter med naboer mv. Dette som basis for et godt planforslag til endelig behandling av reguleringsplanene i bystyret i Oslo kommune.

Slik planene nå foreligger, vil forprosjektet kunne være ferdig samtidig med at reguleringsplanene er godkjent., det vil si at detaljregulering og forprosjekt foregår parallelt. Dette er en fordel da det kan være gjensidige avhengigheter. Dersom det skulle vise seg at det må gjøres endringer i foreliggende løsningsforslag, vil dette kunne fanges opp i prosessen. Det er en forutsetning at Helse Sør-Øst RHF følger prosessen tett, og at alle forhold og konsekvenser for avvik fra opprinnelig forslag blir godt belyst og formidlet til alle parter. God informasjon og kontakt med alle interessenter må være en forutsetning.

Forprosjektet må styres slik at ressurspådrag og fremdrift tilpasses eventuelle forsinkelser i reguleringsplanarbeidet. Bygging kan uansett ikke starte før reguleringsplanene er vedtatt og igangsettingstillatelse er gitt.

Kapasitet

Beregnet kapasitet og dimensjoneringen av byggene tar utgangspunkt i nasjonal modell for framskrivning. Framskrivningene for etappe 1 er gjort til 2035. Kapasiteten vil være beregnet for et tidspunkt flere år etter at byggene i etappe 1 er ferdigstilt, og slik sett innebære dimensjoneringen en reserve de første årene. Det er uansett risiko for at beregnet kapasitet ikke stemmer overens med det faktiske behovet når byggene står ferdig. I planleggingen av en etappe 2 vil framskrivningene for denne etappen være oppdatert med den kunnskap man har på det tidspunktet. I Oslo-området er tettheten av sykehus relativt stor, og det vil være mulig å håndtere for liten kapasitet hos enkeltsykehus ved avtaler om avlastning eller omfordeling av oppgaver. Det er alt igangsatt et regionalt prosjekt for oppgavedeling fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus (jf styresak 052-2016 i Helse Sør-Øst RHF). Dette omhandler blant annet medikamentell kreftbehandling og dialysebehandling. I tillegg er det lagt til grunn at Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus skal dekke befolkningsvekst for egne opptaksområder.

Investeringskostnader

Risiko knyttet til investeringskostnaden kan deles inn i to kategorier. Det er risiko for endringer i kalkylegrunnlag som eksempelvis markedsavhengige entreprisverdier og endringer i arealbehov ved gjennomføring av forprosjekt. I tillegg er det risiko under gjennomføringen av byggeprosjektet knyttet til tidsplan og uforutsette hendelser under bygging. Identifiserte risikoer i investeringskostnaden vil søkes redusert gjennom at styringsrammen som bekreftes ved B4-beslutning (forprosjektet) legges til grunn for detaljplanleggingen av de spesifikke områdene samtidig som det etableres kuttlistor og et stramt kostnadsstyringsregime i prosjektet. I gjennomføringsfasen vil prosjektet få en styringsramme basert på P50-estimat, mens søknad om lån baseres på 70 % av P85-estimatet. Dette representerer en likviditetsreserve.

Effektivisering i forkant av innflytting

Det foreligger en risiko for at Oslo universitetssykehus HF ikke klarer å møte sitt fastsatte effektiviseringsmål i forkant av innflytting i nye bygg. Foretaket har ikke pr nå etablert konkrete forbedringsplaner for perioden, men det arbeides med flerårige klinikkvise forbedringsprogram. Styret i Oslo universitetssykehus HF har vurdert den økonomiske planen og gitt sin tilslutning til oppdatert økonomisk langtidsplan 2019 – 2062 for Oslo universitetssykehus HF hvor effektiviseringskravene ligger til grunn. Krav til effektivisering vil bli fulgt opp av Helse Sør-Øst RHF gjennom de årlige rullinger av økonomisk langtidsplan og budsjetter, samt i den løpende oppfølgingen av helseforetaket. Det vil både for planene og eventuelle avvik bli stilt krav om konkrete tiltak.

Gjennomføring av prosjektet

Gjennomføring av store og komplekse prosjekter er forbundet med risiko hvor risikobildet vil endres gjennom prosjektets ulike faser. I det videre arbeid med prosjektet vil det bli implementert metodikk for identifisering, håndtering og rapportering av risiko tilpasset prosjektets omfang og kompleksitet. Prosjektets arbeidsomfang brytes ned i arbeidspakker med tilhørende budsjett, slik at det etableres kontroll på håndterbart nivå. Budsjettet aggregeres til områdebudsjett og opp til et samlet budsjett for prosjektet. Det settes av egne budsjettposter for håndtering av usikkerhet innenfor prosjektets styringsramme. Utviklingen innenfor hver enkelt arbeidspakke rapporteres og følges fortløpende. Avvik følges opp umiddelbart med konsekvensvurdering.

Den løpende risikoidentifisering og rapporteringen skjer fra laveste nivå i prosjektorganisasjonen opp til prosjektledelsen hvor risikoreduserende tiltak besluttet slik at det oppnås god balanse med hensyn til å redusere sannsynligheten for at risikoelementet inntreffer mot kostnadene som vil påløpe.

Det vil bl.a. bli lagt opp til egne arbeidsmøter hvor ulike aktører og interessenter blir invitert til å identifisere risikoforhold. Alle identifiserte risikoforhold vil bli fulgt opp med konkrete tiltak og det vil bli fortløpende rapportert på utviklingen av risiko i prosjektet. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil bli holdt orientert om helseforetakets samlede risikoforhold som følge av prosjektet.

De planlagte sykehusprosjektene på Aker og Gaustad er svært omfattende prosjekter og det vil bli viktig å tilpasse arbeidsomfang og detaljeringsgrad slik at forprosjektet kan gjennomføres innenfor fastlagte rammer for kostnad og tid. Utbyggingen vil pågå over flere år, og for å håndtere uforutsette hendelser må det etableres en gjennomføringsstrategi i forprosjektet som ivaretar behovet for helhetlig planlegging, samtidig som gjennomføringen kan skje suksessivt og med det nødvendige handlingsrom for tilpasninger og risikoreduserende tiltak.

Gjennomføringsstrategien må tilpasses den til enhver tid gjeldende markedssituasjon i byggebransjen, en helhetlig plan for driften av Oslo universitetssykehus HF og risikoforhold.

Operasjonell risiko ved flytting av virksomhet

Ibruktakelse av et nytt sykehus er en krevende prosess som krever god planlegging og grundige forberedelser. Grunnlaget for en god planlegging ligger i en forpliktende medvirkning av ansatte, og at det er eierskap til løsninger og planlagte arbeidsmetoder. Det må legges vekt på gjennomgående ledelse og tydelige ansvarsområder og rapporteringslinjer fra planlegging og bygging til drift av nytt sykehus. I forkant av oppstart klinisk drift må det gjennomføres et betydelig opplæringsprogram for å bli kjent med det nye sykehuset og nye arbeidsprosesser. Alle IKT-løsninger og systemer må være implementert i eksisterende sykehus, slik at personell er kjent med bruken av systemene når de flytter inn i nye bygg.

I tidligere sykehusprosjekter i Helse Sør-Øst RHF har det vært gjennomført en gradvis klinisk ibruktakelse hvor en i første fase har valgt å flytte lette kliniske funksjoner slik at en kan oppnå kliniske og driftsmessige erfaringer før akuttfunksjonene starter opp. En trinnvis innflytting vil være risikoreduserende.

Det er også viktig at en i kontraheringene av leverandører beskriver tester og prøvedrift, og setter krav til at leverandører av de mest kompliserte installasjonene og systemene må være tilstede eller ha kort responstid når uventede situasjoner oppstår.

Et viktig forutsetning for å forberede sykehusdrift i nytt bygg vil være en prosess for organisasjonsutvikling (OU-prosess) som må pågå parallelt med byggingen. Denne prosessen må omfatte alle nivå i virksomheten for at den skal være vellykket, og prosessen må være forankret i linjen. Prosessen må følge opp de løsninger og arbeidsmetoder som er planlagt for det nye sykehuset. Etter innflytting må prosessen fortsette i en tid for å ivareta kontinuitet og lojalitet til valgte løsninger.

I slutfasen av prosjektet skal det etableres forpliktende felles planer som omfatter både prosjektorganisasjonens, driftsorganisasjonens og andre aktørers aktiviteter slik at disse styres inn mot felles milepæler. Et tilhørende styringsopplegg for dette vil bli etablert, for å sikre en

planmessig overgang fra utbygging til drift. Planverket skal sikre en kontrollert prosess for ferdigstilling, overlevering, eierskifte og teknisk drift av bygg, tekniske anlegg, utstyr og IKT. Overgangen mellom utbygging og drift av sykehuset skal ha særlig fokus, og det legges opp til at prosjektets og sykehusets risikostyringsystemer kan koples sammen mot sluttfasen.

Driftsresultat etter innflytting

Det er risiko forbundet med oppnåelse av driftsgevinster de første årene etter innflytting i nye bygg. Erfaringer fra utbyggingsprosjekter ved Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF viser at det er svært viktig å utarbeide detaljerte planer for OU-prosessen og virksomhetsomstillingen som skal skje ved innflytting i nye bygg. Identifisert risiko håndteres ved at OU-prosessen for Oslo universitetssykehus HF må starte så snart det lar seg gjøre. Planene må i tillegg oppdateres og følges opp i årene etter innflytting og frem til økonomi og drift i helseforetaket har nådd et stabilisert nivå. Gjennom forprosjektfasen stiller *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* krav til at det etableres komplette gevinstrealiseringsplaner med nullpunktmålinger, og fordeling av ansvar for videre realisering og oppfølging i helseforetaket.

Det er i oppdatert økonomisk langtidsplan 2019 – 2062 for Oslo universitetssykehus HF, i perioden rundt innflytting, tatt inn ulempekostnader som skal reflektere kostnader forbundet med drift under byggeperioden, flytting av drift og innkjøring av nytt driftskonsept etter innflytting. Ulempekostnader knyttet til drift i nærhet til byggearbeid er estimert til 100 millioner kroner og henført til Gaustad. Videre et det henført OU-kostnader knyttet til flytting og mottaksprosjekt på totalt 510 millioner kroner.

Regional sparing som buffer

Dersom det skulle skje vesentlige endringer i de forutsetningene som er tatt i dette, eller andre prosjekter i regionen, kan foretaksgruppens økonomi komme under press. Det regionale helseforetaket har imidlertid etablert en økonomisk resultat- og likviditetsbuffer i all økonomisk langtidsplanlegging. Det er gjennom de siste årene bygget opp en regional resultatbuffer på 600 millioner kroner årlig. Det budsjetteres også årlig med 200 millioner i investeringsbuffer for å håndtere uforutsette økninger i periodisering eller gjennomføring av byggeprosjekter. Låneopptak basert på kostnadsrammen P85 representerer også en likviditetsmessig buffer, da styringsrammen for prosjektene er P50.

2.10 Lånesøknad

Lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet kan utformes på grunnlag av omfanget i konseptfasen og tilleggsutredningen.

Samlet investeringsomfang for etappe 1, inkludert tilleggsutredningen, utgjør 32.593 millioner kroner (P50). Dette inkluderer arealer til universitetet i Oslo, ikke-byggnær IKT og kostnader forbundet med mulig tomteerverv. Usikkerhetsavsetningen utgjør samlet 5.780 millioner kroner, slik at P85-estimatet blir 38.373 millioner kroner. Lånebeløpet fremkommer som 70% av beregnet P85, men med 100% lånefinansiering til universitetsarealer, og utgjør 27.478 millioner kroner.

Renter i gjennomføringsperioden vil bli lagt til hovedstolen på lånet, slik at endelig lånebeløp øker tilsvarende. I tillegg vil også fremtidige statsbudsjettets deflator («pris- og lønnsjustering») medføre økning i lånebeløpet.

Det pågår forhandlinger med UiO om fremtidig leieberegning av universitetsarealene som er planlagt på Aker og Gaustad, i hht Prop. 1 S (2017-2018) side 99. Her fastslås at helseforetakene er eiere av universitetsarealene og at universitetene betaler en kostnadsdekkende husleie som dekker forvaltning, drifts-, vedlikeholds- og kapitalkostnader. Oslo universitetssykehus HF har budsjettet med en kostnadsdekkende forventet leieinntekt for universitetsarealene som skal føres opp i bygget, basert på konseptrapportens tall.

3. Administrerende direktørs anbefaling

I dag foregår mye av pasientbehandlingen ved Oslo universitetssykehus HF i gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse med til dels svært dårlig standard. Dette gjelder spesielt medisinsk og kirurgisk virksomhet, psykisk helsevern og TSB ved Ullevål. Bygningene har flersengsrom uten bad eller toalett, det er setnings-skader hvor dører vanskelig lar seg lukke, og manglende fleksibilitet i bygningsmassen er i mange tilfeller til hinder for utvikling av morgendagens helsetjenester. Administrerende direktør mener at både pasientene og de ansatte ved Oslo universitetssykehus HF fortjener nye bygg og at det er nødvendig å erstatte gamle bygg med nye bygg.

Oslo universitetssykehus HF har også behov for å slå sammen likeartet aktivitet for å sikre bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt videreutvikle gode helsetjenester for pasientene i Oslo og regionen. En samling av regionsfunksjoner som innen mange områder blir mer spesialisert og derfor omfatter mindre miljøer, er viktig både for å ivareta og utvikle kompetanse, faglig utvikling og god ressursutnyttelse inkludert utnyttelse av spesialisert utstyr. Behovet for samordning av spesialisthelsetjenester i Oslo var sentralt da det i 2007 ble besluttet å slå sammen tidligere Helse Sør, som hadde ansvaret for Rikshospitalet på Gaustad, og Helse Øst som hadde ansvaret for Ullevål universitetssykehus. Behovet for å samle den høyspesialiserte behandlingen er ikke blitt mindre i 2019.

I tillegg til behovet for ny bygningsmasse og samling av funksjoner, viser befolkningsframskrivninger for hovedstadsområdet at det er behov for økt sykehuskapasitet. Det er derfor avgjørende at det planlegges for nye bygg som gir økt kapasitet ved Oslo universitetssykehus HF. I tillegg skal Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus arbeide for å øke egendeckning for egne opptaksområder og håndtere befolkningsvekst i egne opptaksområder. Helse Sør-Øst RHF har igangsatt et regionalt gjennomføringsprosjekt for oppgavedeling fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Dette omhandler blant annet medikamentell kreftbehandling og dialyse.

Administrerende direktør mener derfor at man nå må komme videre i planleggingen av nye bygg for Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF har siden 2013 arbeidet med forskjellige løsninger for en videreutvikling som tar hensyn til behovet for nye bygg og økt kapasitet, samt samling av fagområder og funksjoner. Ulike alternativer er utredet og forkastet. Foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF vedtok i 2016 et målbilde for Oslo universitetssykehus HF og støttet styret i Helse Sør-Øst RHF i at planleggingen av en utvikling av Gaustad og Aker skulle starte opp og foregå i parallell. Oppstart av konseptfase for Aker og Gaustad ble enstemmig vedtatt i styrene i Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Styret i Helse Sør-Øst RHF presiserte imidlertid at alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer ikke skulle utelukkes om risikobildet tilsa dette.

Målbildet for Oslo universitetssykehus HF innebærer et samlet og komplett regionssykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et stort lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Målbildet er godt forankret, dog er det uenighet om lokaliseringen av regionssykehuset. Et regionssykehus med samling av regionsfunksjonene og et visst volum av lokalsykehusfunksjoner, innebærer en virksomhetsmodell som er tilsvarende som ved de øvrige regionssykehusene i Norge. Det er ikke ønskelig at regionssykehuset skal bli for stort, derfor er det planlagt etablering av et eget lokalsykehus i tillegg til regionssykehuset. Samtidig må det sikres volum som gir god kvalitet og god ressursutnyttelse på regionssykehuset. Det er avgjørende at man finner den rette balansen mellom størrelse på sykehuset og nødvendig volum for god kvalitet. Det planlegges ikke for store utvidelser på Gaustad. Ved behov for økt kapasitet utover Gaustad og Aker slik det er planlagt per i dag, vil administrerende direktør heller tilrå at en vurderer et nytt lokalsykehus i søndre del av Oslo, ved grensen mot Folloregionen.

De tillitsvalgte i styringsgruppen for konseptfasen og ansattevalgte i styret for Oslo universitetssykehus HF, har reist spørsmål om regionssykehuset heller burde vært realisert på Ullevål istedenfor Gaustad. Dette baseres dels på vurderinger av risiko knyttet til prosjektet. Det er viktig at regionsfunksjoner samles, både for å sikre en god faglig utvikling, god ressursutnyttelse, men også fordi samlingen gir den beste økonomiske bærekraften for investeringer. Det er mulig å samle regionsfunksjonene og et visst volum av lokalsykehusfunksjoner på Ullevål. Dette alternativet er ikke tidligere utredet og det kan være viktig å få dette belyst. Det er per i dag ca 220 000 m² med relativt god bygningsmasse på Rikshospitalet. Tilsvarende tall på Ullevål er ca 100 000 m². Det betyr at det må etableres betydelig mer ny bygningsmasse på Ullevål enn på Gaustad, dersom målbildet for regionssykehuset skal realiseres på Ullevål.

Målbildet for Oslo universitetssykehus HF innebærer også etablering av et stort akuttisykehus på Aker. Her planlegger Oslo kommune ny storbylegevakt, og konseptet legger opp til at denne skal ligge i umiddelbar nærhet til et stort akuttisykehus. Videre er det behov for avlastning av Akershus universitetssykehus HF og det er derfor planlagt en trinnvis overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Det er således helt nødvendig at man får realisert nytt lokalsykehus på Aker. Det er viktig at Aker og Gaustad utvikles i parallell, slik at flytting av ansatte og funksjoner kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte og det tilrettelegges best mulig for realisering av de forutsatte gevinstene.

Samtidig er det viktig for Helse Sør-Øst RHF at planleggingen tar hensyn til tidligere erfaringer fra hovedstadsprosessen som ble gjennomført i perioden 2008 – 2011. I 2011 overtok Akershus universitetssykehus HF spesialisthelsetjenesteansvaret for Folloregionen og Alna bydel. Det ble store utfordringer med å sikre nok personell ved Akershus universitetssykehus HF. Det er derfor viktig at man ved etableringen av nytt lokalsykehus på Aker bygger på kompetanse og personell som i dag finnes ved Ullevål, ved at noe av virksomheten ved dagens Ullevål overflyttes til Aker. I den forbindelse blir det også viktig å se på den interne bydelsfordelingen innad i Oslo universitetssykehus HF.

Det er planlagt at Oslo universitetssykehus HF i fremtiden skal ha spesialisthelsetjenesteansvar for bydelene Nordre Aker, Sagene, Bjerke, Alna, Grorud, Stovner, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Oslo kommune har vært tydelig på at det er ønskelig at alle Groruddalsbydelene skal tilhøre Aker sykehus og dette er fullt mulig innenfor det vedtatte målbildet, dvs at Bjerke, Alna, Grorud og Stovner tilhører Aker sykehus. Administrerende

direktør vil legge til rette for dette og at videre fordeling av bydelene innen Oslo universitetssykehus HF (dvs mellom Gaustad og Aker) vil bli avgjort i samråd med Oslo kommune.

Det foreligger nå en konseptfaserapport for videreutvikling av Aker og Gaustad. Denne er anbefalt godkjent av styringsgruppen for prosjektet. De tillitsvalgte ga en stemmeforklaring hvor de påpekte at risikobildet tilsa at man burde se på alternative lokaliseringsløsninger. Styret i Oslo universitetssykehus HF anbefalte at konseptfasen ble lagt til grunn for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF. Dette ble vedtatt mot ansattevalgtes stemmer. De pekte på behov for virksomhetsmessige avklaringer i tillegg til reguleringsrisiko. Konseptfaserapporten er også kvalitetssikret av ekstern kvalitetssikrer som mener at alle spørsmål som KSK skal undersøke er besvart og at prosjektet kan igangsette videre planlegging i en forprosjektfase.

Administrerende direktør mener at behovene for nye bygg og økt sykehuskapasitet må vurderes opp mot gevinsten ved å utrede ytterligere løsninger. Det kan imidlertid være nyttig å få belyst Ullevål som et alternativ grunnet risikobildet. I tillegg er det viktig at man får vurdert og konkretisert en del virksomhetsmessige forhold. Herunder må driftskonseptet beskrives tydeligere, spesielt når det gjelder traume- og akuttvirksomheten hvor den planlagte modellen må vurderes opp mot organisering og erfaringer i andre land. Videre er det behov for å se på endelig fordeling av fødsler mellom Gaustad og Aker, slik at man sikrer et tilstrekkelig volum på regionssykehuset til at man kan utvikle et lende fagmiljø innen nyfødtemedisin. Et alternativ med en samlet avdeling ville gi en svært stor fødeavdeling også i nordisk sammenheng, og beredskapshensyn taler også for flere lokalisasjoner. Det vil etableres en nyfødtintensiv enhet på Aker sykehus og ved behov for transport av nyfødte blir dette på samme måte som fra Akershus universitetssykehus HF og øvrige sykehus i regionen. I tillegg til virksomhetsmessige avklaringer innen traume- og akuttmedisin, fødselshjelp og nyfødtemedisin, er det nødvendig å få en helhetlig plan for den fremtidige kreftbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF.

Det er behov for å kvalitetssikre kapasitetsframskrivingene innen psykisk helsevern. Dette arbeidet pågår og må tas hensyn til i videre planlegging. En nedjustering av endringsfaktorer i kapasitetsframskrivninger for psykisk helsevern, kan håndteres ved at man skyver overføring av sykehuspsykiatrien for Alna bydel fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF til etappe 2. Da vil overføringen av sykehuspsykiatrien for Alna bydel skje samtidig som for bydelene Grorud og Stovner. Dette innebærer i så tilfelle at sykehuspsykiatrien og DPS for bydelene Alna, Grorud og Stovner kan holdes samlet og overføres samtidig fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. En samlet håndtering av psykisk helsevern for de tre bydelene har ligget til grunn i tidligere utredninger av kapasitetsutfordringer i Akershus og Oslo sykehusområder. Et annet alternativ er at man tar hensyn til effekter av endrede kapasitetsframskrivninger i etappe 2. Framskrivningene er uansett gjort med 2035 som tidshorisont.

Administrerende direktør mener at etappe 1 bør inkludere hele konseptfasen, inkludert psykisk helsevern og TSB. Psykiske helsevern og TSB er fagområder som bør prioriteres. Driften er i dag spredt på mange lokalisasjoner og det er behov for nye bygg og samling av virksomhet. De tillitsvalgte i styringsgruppen for prosjektet påpekte også viktigheten av at psykisk helsevern må prioriteres i første etappe. For fagområdene psykisk helsevern og TSB er det bærekraft på prosjektnivå. I tillegg anbefaler administrerende direktør at etappe 1 inkluderer tilleggsutredningen, dvs. virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer. Dette

reduserer risiko for driften ved Ullevål sykehus mellom etappe 1 og 2. Det vil våren 2019 arbeides videre med å bringe tilleggsutredningen til et nivå som tilsvarer en fullverdig konseptfaseutredning.

Beregningene av økonomisk bærekraft legger til grunn effektivisering som vurderes som gjennomførbar, men med risiko som må følges tett. Oslo universitetssykehus HF må arbeide videre med å utvikle den nye sykehusorganisasjonen. Det må etableres et organisasjonsutviklingsprosjekt, driftskonsepter må videreutvikles og en samlet gevinstrealiseringsplan må utarbeides. Reguleringsprosessen for både Gaustad og Aker er forventet å pågå fram til sommeren 2020. Man har således mulighet til å avvente oppstart av forprosjekt til reguleringsprosessen er avgjort. Samtidig kan man benytte tiden til å arbeide videre med best mulig tomteutnyttelse på Aker, herunder å minimere behovet for tomteerverv. Administrerende direktør vil holde styret orientert om utviklingen i reguleringsprosessen.

Nullalternativet innebærer investeringer for 29,8 milliarder kroner og det er ikke økonomisk bærekraft for nullalternativet. Et slikt alternativ vil i realiteten være et «utsettelsesalternativ» fordi man fortsatt vil ha mye gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse etter endt prosjektgjennomføring. Dette ansees derfor ikke som et aktuelt alternativ.

I tiden frem mot oppstart av forprosjekt må prosjektet bearbeides og det må identifiseres tiltak og endringer som kan redusere investeringskostnadene. Dette er tilsvarende som for andre byggeprosjekter i regionen. Investeringsbehov knyttet til andre helseforetak i regionen er tatt hensyn til ved vurdering av planene til Oslo universitetssykehus HF. Dette innebærer at prosjekter som er omtalt i økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst er inkludert i vurderinger av bærekraft på regionnivå. Det regionale helseforetaket har buffere og likviditetsreserver som bidrar til redusert risiko. Videre må Oslo universitetssykehus HF arbeide med konkretisering av sine gevinstrealiseringsplaner slik at risiko er håndterbar.

Administrerende direktør vurderer foreliggende konseptrapport og estimater for tilleggsutredningen som tilstrekkelig grunnlag for en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og anbefaler at lånesøknad sendes. Det vil uansett tidspunkt for lånesøknad ta minst ett år fra man søker til man får innvilget lån. En lånesøknad nå innebærer at man ikke mister verdifull tid. Det påligger det regionale helseforetaket et ansvar å sørge for både bedre bygg og en riktig kapasitet i Oslo-området, slik at det ikke er tilrådelig med ytterligere utsettelse.

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har uttalt at det er innhold i tjenestene som er viktig, og understreker at det er viktig med framdrift slik at det sikres nye bygg med riktig kapasitet for pasientene (jf vedlegg 2).

Oppsummert konstaterer administrerende direktør at det foreligger konseptfaserapport for videreutvikling av Aker og Gaustad og tilleggsutredning for virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, med ekstern kvalitetssikring. Styret ved Oslo universitetssykehus HF anbefaler at konseptrapporten legges til grunn for det videre arbeid med forprosjekt for utbygging på Aker og Gaustad. Styret for Oslo universitetssykehus HF mener at en utbygging som inkluderer gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og TSB, vil gi sikrest og mest effektiv drift. På bakgrunn av dette anbefaler administrerende direktør at styret godkjenner konseptfaserapporten og at tilleggsutredningen for

virksomheten innen gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer videreutvikles til en fullverdig konseptfaseutredning. Konseptfaserapporten og tilleggsutredningen legges til grunn for det videre arbeid.

Videre anbefaler administrerende direktør at kapasitetsberegningene for psykisk helsevern kvalitetssikres og at Oslo universitetssykehus HF ytterligere belyser planlagt virksomhetsinnhold og driftskonsepter for både Aker og Gaustad. Spesielt må det for fagområdene traume- og akuttmedisin, nyfødtintensiv og kreft beskrives hvordan de valgte løsningene tilrettelegger for beredskap, utvikling av kompetanse, kvalitet i pasientbehandlingen og faglig utvikling. Videre anbefaler administrerende direktør at utnyttelse av tomten på Aker søkes ytterligere forbedret og at Ullevål belyses som alternativ lokalisering til Gaustad. Resultatet av dette arbeidet skal fremlegges styret innen juni 2019.

Trykte vedlegg:

1. Protokoll fra styremøte i Oslo universitetssykehus HF 6. desember 2018
2. Vedtak i regionalt brukerutvalg 23. januar 2019

Utrykte vedlegg:

- Ingen