PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalens §31 (jf arbeidsmiljøloven kap. 8)

| | |
|---|---|
| *Dato:* | 09.11.22 |
| *Sted:* | Oslo universitetssykehus |
| *Sak:* | Nye OUS - Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet |
| *Tilstede fra arbeidsgiver:* | Bjørn Atle Bjørnbeth (AD), Susanne Flølo, Øystein Solheim Lien, Mari Torset (DST/HR), Just Bing Ebbesen, Sigrid Rammen og Bjørn Aage Feet (Nye OUS), Morten Reymert (DST/ØK) |
| *Tilstede fra arbeidstaker:* | Jonathan R O Faundez (NITO), Anders Fredheim (Parat), Birgit Aanderaa (NPF), Sindre L. Holtet (NFF), Anne Margrethe Nygård Øslebø (FO), Bjørn Wølstad-Knudsen og Else Lise Skjæret-Larsen (Fagforbundet), Espen Vollan og Line Blystad (Vernetjenesten), Anne Marit Wang Førland og Erik Høiskar (Dnlf), Jørgen Sandberg Michelsen (Ylf), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Michael B. Lensing (UDF), Eli Benedikte Skorpen (NRF), Kajsa Madelene Liljefors (Delta), Kjersti Bakke Opsahl (NFF), Tine Johnsrud (Samfunnsviterne), Kjersti Opsahl (NFF), Linda Møllersen (Forskerforbundet) |
| *Vedlegg* | Protokolltilførsler fra NITO og fra arbeidstakersiden samlet |

**Drøfting av Nye OUS - Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet**

Just Ebbesen presenterte saken med henvisning til saksdokumentene sendt med møteinnkallingen. Sigrid Rannem, Bjørn Aage Feet og Morten Reymert bidro med utfyllende kommentarer underveis.

I henhold til foretaksprotokollen skal forprosjektrapport for Nye Aker og Nye Rikshospitalet med tilhørende underlag behandles i styret i Oslo universitetssykehus HF. Styret i Helse Sør-Øst vil ta endelig vurdering i forhold til en B4 beslutning for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

I forprosjektrapporten er det tre tema som er gjenstand for denne drøftingen med arbeidstakersiden på foretaksnivå:

1. Funksjonelle løsninger
2. Medvirkning
3. Forankring

I tillegg vil det komme en vurdering av totaliteten i den foreliggende forprosjektrapporten målt opp mot OUS sin evne til å levere lovpålagte oppgaver og ivareta et godt arbeidsmiljø.

Følgende tema var ikke gjenstand for drøfting i denne behandlingen:

- Plassering av bygg
- Innramming og kapasitetsomfang, herunder ferdig behandlede rapporter i forprosjekt med tilleggsutredninger
- Økonomiske rammer satt i forbindelse med konseptfasen
- Gevinstrealiseringsplan

I drøftingsmøte kom det kommentarer og innspill fra Fagforbundet, NITO, DNLF, NSF, YLF og Psykologforeningen, se under. Vernetjenesten støtter det som blir sagt om temaet arbeidsmiljø.

## 1. Kommentarer og innspill knyttet til funksjonelle løsninger:

Teknologioptimisme

Arbeidstakersiden mener at prosjektet legger til grunn en optimistisk tro på teknologiutvikling og løsninger vi enda ikke vet noe om.

- Arbeidsgiversiden svarer at forprosjektrapporten beskriver teknologiske løsninger som er i bruk mange steder i dag. Imidlertid kan leveranseutfordringer fra Helse Sør-Øst være en utfordring (for eksempel helselogistikk og lukket legemiddelsløyfe).

Etappe 2 (mulighetsrom i reguleringsplanen)

**Arbeidstakersiden** opplever at det ikke er nok reserveareal i etappe 2. Klinikk psykisk helse og avhengighet har for eksempel ikke en etappe 2.

Det oppklares fra **arbeidsgiversiden** at sykehustomtene er regulert for mer areal/utvidelsesmuligheter (inkl. eksisterende Aker) enn den virksomheten som er planlagt å flytte i etappe 2. Dette gir Oslo universitetssykehus HF et mulighetsrom for justeringer og tilpasninger på et senere tidspunkt.

Hjemmesykehus og virtuell oppfølging

Det planlegges for at 30 % av pasientene skal behandles på hjemmesykehus i fremtiden.

**Arbeidstakersiden** stiller spørsmål om hvordan dette vil håndteres i de nye byggene? Det ligger også et stort mulighetsrom i virtuell oppfølging som ikke er beskrevet i forprosjektrapporten (inkl. prehospitale tjenester som for eksempel triagering). Disse behandlingsmåtene vil kreve arealer og tilrettelegging som ikke ligger i planene for Nye OUS.

**Arbeidsgiversiden** svarer at dette er et område Oslo universitetssykehus HF må jobbe systematisk med fremover. Hvordan Oslo universitetssykehus HF håndterer dette avhenger også av hvilke rammer myndighetene setter ift. finansieringsmodell og informasjonsdeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten.

Logistikk

**Arbeidstakersiden** mener det er for mange uløste oppgaver knyttet til logistikkløsningene. Problematikken fremgår ikke tydelig i forprosjektrapporten og fagrapportene den bygger på er ikke forankret i logistikkmiljøet i Oslo universitetssykehus HF.

**Arbeidsgiversiden** støtter at logistikk er et viktig område. I begge logistikkrapportene er det vist til en rekke områder det skal jobbes videre med i detaljeringsfasen.

Areal

**Arbeidstakersiden** har flere kommentarer og innspill knyttet til at det er for lite areal i de nye byggene. Arbeidstakersiden opplever at det ikke er satt av tilstrekkelig areal til viktige funksjoner i sykehusdriften. I et sykehus som ikke er funksjonelt designet, risikerer man å måtte øke driftskostnader for å kompensere for manglende areal. Områder som er fremhevet:

- IKT/ MTU areal
    - Medisinskteknisk avdeling har meldt inn et ønske om 733 kvm, men har fått tildelt 470 kvm. Fagmiljøet frykter at dette vil gi kapasitetsutfordringer og økte kostnader og opplever at denne problemstillingen er underkommunisert i forprosjektrapporten.

- Logistikkareal
    - Det er ikke satt av nok areal til støttefunksjoner og lager. Man bør ta lærdom av Covid-19-pandemien og behov for beredskapslagre.
- Kontor
    - Opplever ikke at det er satt av tilstrekkelig med kontor og samtalerom i PHA arealene til å gjennomføre god pasientbehandling/samtaleterapi.
    - Manglende kontorer trekkes også frem som en utfordring i somatikken, for eksempel er det ikke nok arealer for dokumentering.
- Garderober
    - Det er ikke nok garderobeplass til de ansatte.

**Arbeidsgiversiden** kjenner seg ikke igjen i at byggene er uhensiktsmessig utformet eller har for lite areal. De nye byggene tilrettelegger for nye arbeidsmetoder og økt samhandling med pasienten. Det etableres også en rekke klinikknære arbeidsplasser som i begrenset grad er tilgjengelig i dagens sykehusbygg.

Arbeidsflyt, logistikkløsninger og ansattfasiliteter er områder som det vil jobbes videre med i detaljeringsprosjektet. Nye logistikkløsninger med on-time leveranser er i bruk i de fleste sykehus i Helse Sør-Øst, med gode erfaringer

**2. Kommentarer og innspill knyttet til medvirkning:**

**Arbeidstakersiden** opplever ikke å bli hørt i medvirkningsprosessen. De mener videre at rammene som ble lagt i konseptfasen har gitt et lite rom til å foreslå nye løsninger. Tillitsvalgte mener at problemstillingene knyttet til areal og kapasitet som ble reist i medvirkningsgruppene i liten grad ble tatt videre fra Nye OUS til ledelsen i Oslo universitetssykehus HF.

Arbeidstakersiden kan ikke stille seg bak en B4 beslutning for Nye Aker og Nye Rikshospitalet og anbefaler å frafalle arbeidet som er gjort så langt, og se på en trinnvis utbygging av OUS med kortere tidshorisont.

**Arbeidsgiversiden** understreker at tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere har vært involvert i medvirkningsarbeidet til forprosjektet. Underveis har det kommet innspill som er vektet og vurdert mot helhetsbildet for Oslo universitetssykehus HF og rammene fastsatt i konseptfase. Noen innspill er tatt til følge, mens andre har ikke blitt møtt.

Det er flere risikoer knyttet til gjennomføring av byggeprosjektene, inkludert arbeidstakersidens meninger som løftes her. Man kan være uenig, men å stoppe den pågående prosessen til fordel for en ny idefase er ikke et realistisk alternativ. Det er også betydelig høyere risiko og kostnader knyttet til å igangsette en ny prosess.

**3. Kommentarer og innspill knyttet til tema som *ikke* var gjenstand for drøfting:**

Økonomisk bærekraft

**Arbeidstakersiden** er bekymret for om økonomiske analyser og gevinster som legges til grunn i finansieringsplanen er tilstrekkelige. Sykehusets økonomiske situasjon i 2022 viser at Oslo universitetssykehus HF er kommet skjevt ut i forhold til det som ligger i økonomisk langtidsplan.

**Arbeidsgiversiden** deler bekymringen, men opplever at beregningene er realistiske. Oslo universitetssykehus HF er avhengig av en betydelig effektivisering både i forkant og etterkant av de nye byggene for å dekke kapitalkostnadene.

Resultatet for 2022 er preget av en lavere aktivitet enn forventet, rekrutteringsutfordringer og økte driftskostnader. Det er uavklart på nåværende tidspunkt om disse endringene er midlertidige eller av permanent karakter. Uansett bør ikke ett års resultatavvik endre en langsiktig plan.

**Konklusjon**

- *Protokoll ferdigstilles onsdag 16. november 2022 med eventuelle protokolltilførsler.*
- *Protokoll med protokolltilførsler fra drøftemøtet den 9. november blir lagt ved som vedlegg til styresak Forprosjekt – Nye Aker og Nye Rikshospitalet den 2 desember 2022.*

| | |
|---|---|
| ***Arbeidsgivers signatur*** | ***Arbeidstakers signatur*** |
| ***(godkjent per e-post)*** | ***(godkjent per e-post)*** |

NITO

**Protokolltilførsel – Drøfting Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet**

**Medisinsk teknisk avdeling i Nye Aker Sykehus**

Medisinsk teknisk avdeling (MTA) ble glemt i konseptfasearbeidet og ble innarbeidet i konseptrapporten etter at rapporten ble drøftet medio 2020. Det resulterte i at MTA ble innarbeidet i Nye RH og AK etter at alle andre grupper hadde blitt involvert i prosessen om funksjonsplassering og behovsanalyser var gjennomført. Dette innebærer at MTA meldte inn behov for arealer etter at alle andre grupper var behandlet ferdig. NITO mener at dette har hatt negative konsekvenser for planlagt løsninger til MTA i Nye Aker.

Etter nøye vurdering og planlegging for fremtidig MTA-funksjon i Nye Aker, meldte avdelingen et arealbehov på totalt 925 $m^2$ med forutsetning om ingen utvidelse i fase 2. Innmeldt arealbehov var fordelt på en prioritet 1 (743 $m^2$) og prioritet 2 (182 $m^2$). Dette var vurdert ut fra framskrivninger av aktiviteter, planlagte funksjoner, konsepter og områdeplaner for MTU og IKT. Prosjektet har i forprosjektfasen tildelt MTA totalt 479 $m^2$, som inkluderer satellitter for dialyse, røntgen og operasjon. Dette er et gap på 264 $m^2$ på det primære arealbehovet beskrevet prioritet 1 og anset som nødvendig for fremtidige MTA-virksomhet.

Konsekvensene av dette er at våre tillitsvalgte er bekymret for et utilstrekkelig areal til satellittverksted på operasjoner. På Aker ligger det an til å få 40 $m^2$, som gir plass til tre ingeniører. Disse må dekke 22 operasjonsstuer. Til sammenlikning, på Rikshospitalet, er det planlagt to satellittverksteder, hvilket gir plass til seks ingeniører som skal dekke 24 operasjonsstuer. Etter deres vurderinger er behovet på Aker ytterligere 30 $m^2$ til satellittverksted, hvilket vil gi plass til enda to ingeniører. Dette er det ikke plass til innenfor tildelte rammer.

Hovedutfordringen med for lite areal til medisinsk tekniske virksomhet i Nye Aker er at gruppen ikke får nok plass til ressursene vi mener er nødvendig for å håndtere de ambisjonene og utviklingen av en så omfattende teknologipark. Innenfor arealene som er tildelt blir det plass til 18 MTA-ansatte på Aker. 11 på MTAs hovedverksted og 7 på satellitt arealene (operasjon (3), dialyse (2) og røntgen (2)). Disse 18 skal dekke hele MTU-parken på Aker, et moderne og stort sykehus på ca. 170.000 $m^2$. Til sammenligning er det 25 serviceingeniører med stedlig ledelse og administrativ støtte på Ahus Nordbyhagen, et sykehus som er ca. 120.000 $m^2$ stort.

På bakgrunn av dette mener NITO at forprosjektet for Nye Aker ikke rapporterer om utfordringene med areal i fase 1. Et moderne sykehus vil være avhengig av et robust og høykompetent medisinsk teknisk miljø. Denne funksjonen må fungere tett på andre funksjoner, slik at pasientbehandling og operasjoner gjennomføres sømløst mens ingeniørene og teknologer gjennomfører sine oppgaver. Dette miljøet må helseforetaket forvente at skal ekspandere, ettersom sykehuset skal bli mer teknologi- og IKT-tung. Da sykehuset planlegger med et altfor lite areal for miljøet, er det kritisk at det ikke ligger mulighet for å ekspandere og fortsatt være integrert i det moderne sykehusets infrastruktur og konsept.
NITO mener at MTA sine behov og planer er ikke godt nok ivaretatt av prosjektet. Medisinsk teknisk har vært en lojal og delaktig part i forprosjektet for å finne løsninger, til tross for at arealrammen ikke har vært mulig å endre på. NITO viser derfor til innsatsen til MTA i medvirkningsarbeidet, som peker på de utfordringene både det medisinsk tekniske miljøet kan bli utfordret med, men også konsekvensene helseforetaket vil få.

En tilleggsutfordring er at Nye OUS har uløste logistikkløsninger for MTA. Dette innebærer lagerkapasitet, logistikkflyt, plass for leveranser, plass til mellomlagring av utstyr som skal kasseres,

arealer til miljøstasjoner som er større en standardrom, areal for mottak, klargjøring, merking, kontroll og registrering av medisinsk teknisk utstyr ved flåteutskifting. Det ligger i programmet til prosjektet at arealer til dette må enten omprogrammeres fra tildelt arealrammen til MTA eller så må dette planlegges utenfor prosjektprogrammet, som innebærer bruk av eksisterende bygningsmasse. NITO mener at begge alternativene ikke kan legges som premisser for å etablere en så viktig funksjon i et moderne sykehus som Nye Aker skal bli. NITO mener at med disse planene har prosjektet en høy risiko med negative konsekvenser på funksjonalitet i sykehuset og kan uten kostbare tiltak forringe kvaliteten innenfor flere sentrale oppgaver i foretaket. De økonomiske effekter vil belaste hele OUS HF.

**Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) – Konsept for logistikk i Helse Sør-Øst**
Laboratorieklinikken har særskilte krav innen logistikk. Disse må imøtekommes for at både KLM og sykehuset skal kunne utnytte arealeffektiviseringen og gevinstene av logistikk-konseptet i de nye sykehusene. Logistikkbehovet knyttes til prøvelogistikk, transport av biologisk material, kjemikalier, store volumer av forbruksvarer, søppel, smitteavfall og høye krav på kontroll og tilgjengelighet på ulike varer i store volum. Logistikk er en av bærebjelkene for gevinstrealiseringen til KLM og hele sykehuset.

NITO mener at forprosjektrapporten inneholder feil i beskrivelsen av konsept for logistikk. Det står i *Forprosjektrapporten for NRH, avsnitt **4.8.5 Vareflyt*** at reagenser, andre forbruksvarer og blod skal innom Vare- og distribusjonssentralen (VDS). Dette stemmer ikke. Dette er 3 «varetyper» som ikke er anbefalt inn i VDS, uten eventuelt at særskilte krav og løsninger er oppfylt.
I tillegg er det rapportert bekymringer om for lite areal for miljøstasjonene definert i romprogrammet til prosjektet. KLM mener at de trenger flere og større miljøstasjoner på Aker. Det er kritikkverdig at forprosjektrapporten fremstiller logistikkløsninger som oppklarte og planlagt ferdig.

Disse problemstillingen er ikke løst og det henvises til neste prosjektfase for videre arbeid. NITO er svært bekymret for konsekvensene ved at en betydelig andel logistikk behov og problemstillinger står uoppklart etter medvirkningsfasen. Dette er problemstillinger som knyttes til arealbehov for lagerkapasitet og lagerløsninger, beredskapslager, vareflyt, leveranseplasser og arealmangel på miljøstasjoner. Vi er bekymret for at dette innebærer negative konsekvenser for arealer planlagt til andre funksjoner for KLM og/eller lite effektive logistikkløsninger. Uansett konsekvens er risikoen høy for den økonomiske rammen planlagt, da det er reell fare for økende investeringer og negativ konsekvens på planlagt gevinstrealisering.

Jonathan Faundez 09.11.22
NITO Foretakstillitsvalgt

# Protokolltilførsel Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet fra ansattes organisasjoner, 16. november 2022:

Bjørn Wølstad-Knudsen, Fagforbundet
Anne Marit Wang Førland, Legeforeningen
Svein Erik Urstrømmen, Norsk Sykepleierforbund
Jonathan Faundez, NITO
Eli B. Skorpen, Norsk Radiografforbund
Michael B. Lensing, Utdanningsforbundet
Linda Møllersen, Forskerforbundet
Birgit Aanderaa, Psykologforeningen
Leif Ståle Nævestad, Norsk ergoterapeutforbund
Anne Øslebø, Fellesorganisasjonen
Sindre Leivestad Holtet, Norsk fysioterapeutforbund
Kajsa M. Liljefors, Delta
Anders Fredheim, Parat
Tonje Høyland, Jordmorforeningen

## Samlet vurdering

Den fremlagte rapporten med tilhørende underlag utgjør den siste delen av tidligfaseutredningen i Oslo universitetssykehus. Ansattes organisasjoner påpekte ved drøfting av konseptfaserapporten at en rekke forhold ikke var tilstrekkelig avklart, og anmodet om at forprosjektet ikke ble igangsatt. Det vises til ansattes drøftingsinnspill datert 12. oktober 2020 (vedlegg 1).

Ansattes overordnede vurdering av det fremlagte forprosjektet er at det stadig er en rekke uavklarte forhold, og identifiserte mangler i prosjektet uten adekvat risiko- og konsekvensutredning. Den samlede risikoen knyttet til framdrift, økonomi og ivaretakelse av pasientbehandlingen og sykehusets øvrige lovpålagte oppgaver er formidabel. Utover erkjente mangler har høy risiko også sammenheng med uavklarte forhold, i tillegg til kostnadsøkning i prosjektet – til tross for at innholdet er redusert, manglende sannsynliggjøring av gevinster og bærekraft, samt vesentlig endrede rammebetingelser.

**Det følger av dette at ansatte tilråder at prosjektet ikke bringes videre til B4 beslutning. Ansatte anmoder om at sykehuset iverksetter re-planlegging med vurdering av trinnvis utvikling av sykehuset i tråd med kravet oppstilt i prosjektmandatet, samt anmerkning i Helse Sør-Øst sin styresak 068-2022.**

# Innhold

*Samlet vurdering* ... *1*

*Overordnet vurdering av forprosjektrapporten* ... *3*

*Avvik fra formelle krav til utredning i tidligfase* ... *3*

*Fagfordeling* ... *4*

*Fra tre til tre lokalisasjoner* ... *4*

*Endringer i investeringsnivå og omfang* ... *5*
- Overordnede økonomiske forutsetninger ... 5
- Investeringsnivå ... 5

*Gevinstrealiseringsplaner* ... *7*

*Rapportens omtale av driftskonsept* ... *7*
- Konkretiserte effektmål ... 8
- Nærmere om OUS hjemme ... 9

*Arealmangel og uavklarte forhold* ... *9*
- Eksempel – Radiologi ... 12
- Eksempel - Psykisk helse ved Nye Aker sykehus ... 13
- Eksempel – sengeposter ... 15
- Eksempel infusjon og dagbehandling Aker ... 15

*Arbeidsmiljø* ... *16*

*Ombygging og vedlikehold eksisterende Rikshospital* ... *16*

*Dimensjonering og kapasitet* ... *17*

*Rokade* ... *18*

*Medvirkning* ... *19*

*Overordnet om medvirkning i prosjektet* ... *19*
- Medvirkningsgruppene ... 20

*Kontorplasser og stillerom* ... *20*
- Kontorstørrelse ... 21
- Plassering av kontorer ... 21
- Forskningsdata om kontorløsninger og effekt på effektivitet og helse ... 21
- Stillerom ... 21

*Forskning og utdanning* ... *22*
- Forskning ... 22
- Utdanning ... 23
- Felles oppsummering ... 23

*Utvidelsesmuligheter og reserveareal* ... *23*

*Trafikale forhold* ... *23*
- Rikshospitalet ... 23
- Aker ... 24

*Logistikk* ... *24*

*Periode fram til innflytting* ... *25*

*Vedlegg* ... *26*

## Overordnet vurdering av forprosjektrapporten

Tomtene på både Rikshospitalet og Aker er små og trange sett i forhold til behovet. Dermed reduseres mulighetene til å finne de beste løsningene for god og effektiv sykehusdrift og mulighet for å etablere gode, funksjonelle og fleksible løsninger. Fravær av areal til teknisk mellometasje svekker fleksibilitet i byggene og gjør framtidige ombygginger og service og utbytting av utstyr vanskelig. En særlig bekymring er knyttet til manglende utvidelsesmuligheter. Det er overveiende sannsynlig at sykehusanleggene vil måtte utvides i de nærmeste tiårene. Tomtene legger ikke til rette for dette. Manglende mulighet for å etablere effektivt buffer- og rokadeareal anses som en vesentlig svakhet. Framtidig rehabiliteringsbehov i sykehusanleggene vil bli krevende og kostbart.

Mange hundrede ansatte har deltatt i ulike medvirkningsgrupper i utarbeidelsen av sykehusets forprosjekt for Aker og Rikshospitalet. Gjennomgående er tilbakemeldingen til ansattes organisasjoner at løsningsforslagene utarbeidet i de ulike delprosjektene er beheftet med avgjørende mangler, og at medvirkningen i liten grad er reell. Dette har oftest sammenheng med at forutsetningene, som er gitt til de ulike gruppene ikke muliggjør gode løsninger, og at disse forutsetningene ikke lar seg bevege. Ansattes innspill – via gruppeleder eller øvrig linje til ledelsen i prosjektet – lar seg i liten grad gjenfinne i rapportene som er utarbeidet. Manglende koordinering og avklaringer mellom de ulike medvirkningsgruppene har bidratt til å vanskeliggjøre arbeidet.

Aker/Rikshospitalet-prosjektet er et prosjekt som er så stort og gjennomgripende at det ikke er mulig for ansatte og ansattes organisasjoner å ha full oversikt over hele plangrunnlaget og alle konsekvenser planene vil ha for sykehusets aktiviteter og økonomi. Organisasjonenes protokolltilførsel må derfor ikke leses som en komplett oppstilling av erfaringene som er høstet i de mange medvirkningsgruppene. Arbeidet har vært vanskeliggjort da de siste referatene fra medvirkningsgruppene ikke ble tilgjengeliggjort i forkant av drøftingen.

Basert på ansattes tilbakemeldinger til sentrale tillitsvalgte, er organisasjonenes erfaring at det gjennom forprosjektperioden er avdekket omfattende og betydelige mangler i de fremlagte løsningene, som ikke er løst eller tatt med i den samlede framstillingen. Den fremlagte samlede rapporten for Aker og Rikshospitalet utelater en rekke problemstillinger som har vært identifisert gjennom arbeidet. Medvirkningsgruppenes egne vurderinger av presenterte løsninger per funksjonsområde ved fullført forprosjektfase er heller ikke beskrevet. Organisasjonenes samlede vurdering er at rapporten ikke fremstiller avgjørende mangler, og at rapporten derfor er villedende.

## Avvik fra formelle krav til utredning i tidligfase

Utredningsforløpet har ikke vært gjennomført i overenstemmelse med kravene oppsatt i Veileder for tidligfasen i sykehusbyggeprosjekter. Prosjektets overordnede målsetning er ikke avledet av en «virksomhetsmessig og bygningsmessig utviklingsplan», som forutsatt, men i stedet fastsatt gjennom helseministerens formuleringer i foretaksmøtet i juni 2016. Dette er et utilstrekkelig grunnlag for å etablere overordnede målsetninger for utviklingen av landets største sykehus, og har medvirket til at de valgte bygg-løsningene ikke samstemmer

med virksomhetens behov. Verken i konseptfasen eller i forprosjektet har det vært utarbeidet et sentralt styringsdokument, som forutsatt i tidligfaseveilederen, jamfør anførsler gjort av ekstern kvalitetssikrer.

Det er uheldig at det gjøres vesentlige avvik fra det etablerte utredningsregimet for sykehusprosjekter, og videre uheldig at disse manglene ikke har vært rettet opp underveis i utviklingen av prosjektene. Dette har bidratt til prosessen kom skjevt ut fra start og at beslutningsunderlaget er mangelfullt. Organisasjonene har anmodet Riksrevisjonen om å gjennomgå utredningsforløpet (vedlegg 1).

## Fagfordeling

Fagfordelingen er ikke nærmere beskrevet i forprosjektrapporten, utover henvisning til rapporten om fagfordeling fra konseptfasen. Ansatte oppfatter at fordelingen mellom de nye hoved-lokalisasjonene ikke er begrunnet i en hensiktsmessig virksomhetsinnretning, men i stedet har vært styrt av kapasiteten som de valgte tomtene innehar, jamfør at helseministerens målbilde har vært styrende og ikke en virksomhetsmessig utviklingsplan. Fagfordelingen innebærer at sentrale akutt- og beredskapsfunksjoner, som i dag er samlet på Ullevål, deles mellom Aker og Rikshospitalet. Dette innebærer en svekkelse akuttfunksjonene og sykehusets beredskapsfunksjoner, jamfør rapport fra et samlet akuttmiljø i sykehuset og ekstern referansegruppe.[1] Det er også sannsynlig at de elektive behandlingslinjene ved dagens Rikshospital svekkes ved sammenslåingen med akuttvirksomheten som skal flyttes til Rikshospitalet.[2] Det følger av dette at en må forvente økt bemanningsbehov, og at en må vente negative driftsgevinster når virksomheten flyttes i nye bygg.

## Fra tre til tre lokalisasjoner

Den berørte virksomheten i Aker/Rikshospital prosjektet er i dag i hovedsak lokalisert på Ullevål og Rikshospitalet samt en mindre del ved Aker, altså ved to store og en mindre enhet. Aker/Rikshospital prosjektet innebærer en gjennomgripende omlegging av virksomheten. Aktiviteten som i dag er samlet på Ullevål skal splittes opp, en del skal integreres i eksisterende Rikshospital sammen med nybygg og en del skal overflyttes til et nytt sykehus på Aker sammen med bydelene fra Groruddalen. En betydelig del av virksomheten vil bli værende igjen i bygg på Ullevål; kjøkken, øye, strålebygg, administrasjon, forskning og muligens rettsmedisinske fag samt AMK/ambulanser. Virksomheten flytter altså fra tre til tre lokalisasjoner. Videreføring av aktivitet ved Ullevål vil innebære kostnader som ikke er hensyntatt i de gevinstene eiendomsseksjonen har spilt inn. Betydelig areal må oppgraderes på Ullevål for å videreføre aktiviteten. Det vil bli behov for å etablere løsninger for forsyning og øvrig logistikk, vedlikehold, vaktsentral mv.

[1] https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Documents/Akuttrapport.pdf
[2] http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf

## Endringer i investeringsnivå og omfang

### Overordnede økonomiske forutsetninger

Etter oppstart av forprosjektfasen har de økonomiske rammeforutsetningene i sykehusene blitt sterkt svekket. Dette har sammenheng med manglende kompensasjon for faktisk prisvekst. I tillegg er resultatene i sykehuset svekket av høyere kostnader til lønn og innleie kombinert med lavere aktivitetsbaserte inntekter. Disse forholdene har resultert i resultatsvikt og lavere nivå av oppsparte midler enn forutsatt.

Det framkommer av usikkerhetsanalysen utført av Atkins for prosjektstyret at usikkerheten har økt til tross for et mer modent og utviklet prosjekt. Selskapet angir i hovedanalysen at P85 må oppjusteres med 1,1 milliarder kroner sammenlignet med konseptfasen. En økning i usikkerheten i et mer bearbeidet prosjekt forklares med et for optimistisk anslag i konseptfase. I tilleggsanalysen til Atkins, hvor en tar hensyn til unormal markedsusikkerhet, anslås P85 å ligge 5 milliarder høyere enn anslaget fra konseptfasen. [3] Ekstern kvalitetssikrer tar opp i sin vurdering at anslått usikkerhet i prosjektet kan være for lav gitt prosjektets størrelse og kompleksitet.

Organisasjonenes samlede vurdering er at investeringsnivå er betydelig økt i forprosjektet, dels grunnet betydelige økte kostnader til bygg og anlegg og dels utvikling av prosjektet. Det er ikke identifisert gevinster tilsvarende kravene. Dette medfører betydelig risiko for manglende bærekraft både på prosjekt- og foretaksnivå. Økt investeringsnivå vil kreve ytterligere gevinster eller betydelig reduksjon i omfang eller kvalitet i investeringen.

Kombinasjon av økte investeringskostnader, manglende gevinster, markedsusikkerhet og økonomiske rammebetingelser representerer en betydelig risiko for at sykehuset ikke vil nå de økonomiske målsetningene og ikke fullt ut vil kunne ivareta sine lovpålagte oppgaver inkludert pasientbehandling. Organisasjonene vurderer at arbeidsmiljø og rekruttering i sykehuset også vil svekkes. I tillegg er det betydelig risiko for at foretaksgruppen (øvrige sykehus i Helse Sør-Øst) vil ende i en situasjon uten tilgjengelige investeringsmidler. Organisasjonene vurderer at det er overveiende sannsynlig at prosjektet vil utløse behov for betydelige ekstrabevilgninger fra eier.

### Investeringsnivå

Ved behandling av konseptfaserapporten (januar 2019) ble samlet investeringsnivå, inklusive tilleggsutredningen, ikke-byggnær IKT og mulig tomteerverv fastsatt til 32.593 millioner kroner (P50) 2018.[4] Dette var grunnlaget for utarbeidelse av lånesøknaden oversendt Helse og omsorgsdepartementet. Justert for statsbudsjettets prisvekst på 12 prosent i perioden utgjør beløpet 36.504 millioner kroner i 2022. Det framgår av endelig mandat at kostnader til rivning og varige erstatningslokaler inngikk i styringsrammen;

---

[3] https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøter%202022/2022-10-28/Styresak%202022-87-06%20Usikkerhetsanalyse%20Nye%20Aker%2020221028.pdf
https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøter%202022/2022-10-28/Styresak%202022-87-07%20Usikkerhetsanalyse%20Nye%20Rikshospitalet%2020221028.pdf

[4] https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2019/20190131/006-2019%20Saksframlegg%20-%20OUS%20-%20Konseptrapport%20videreutv%20Aker%20og%20Gaustad.pdf

*Kostnader til rivning og oppfølging av nye permanente lokaler er en del av prosjektets styringsramme, mens kostnader til drift av virksomheten skal dekkes av Oslo universitetssykehus HF.*

I siste oppdaterte økonomiske langtidsplan til Oslo universitetssykehus er etappe 1 ved Aker beregnet til 22.488 millioner og etappe 1 ved Rikshospitalet beregnet til 20.233 millioner, samlet 42.721 millioner. Det er ikke angitt om tomtekostnad inngår i kalkylen. Det fremgår av forprosjektrapporten at en rekke elementer er tatt ut av prosjektet;

- Sentralkjøkken
- Ekstra varemottak Rikshospitalet
- Undervisningsareal Rikshospitalet (Auditorium)
- Sykehotell
- Åtte intervensjonsstuer i nybygg ved Rikshospitalet

Samlet investeringsnivå for elementene som er tatt ut, eksklusive intervensjonsstuer, har vært beregnet til om lag 700 millioner inklusive usikkerhetsavsetning. Etter dialog med Helse Sør-øst gjennom sommeren 2022 ble det også bestemt at utgifter til rivning og varige erstatningsarealer skulle tas ut av prosjektet.[5] Samlet kostnad for rokade ble i saken anslått til 725 millioner. I dette beløpet inngår også kostnader til midlertidige lokaler. Det er ikke angitt hvor stor del av dette beløpet som avsettes til varige lokaler (som i utgangspunktet skulle inngå i prosjektrammen).

| Pris millioner kroner | | | Justert 12 % |
|---|---|---|---|
| Nye Aker/Gaustad jan 2018 inklusive tilleggsutredning og | 32593 | | 36504,16 |
| Nye Aker/Gaustad mandat forprosjekt prisnivå 2018 | 32022 | | |
| Nye Aker/Gaustad ØLP november 2022 | 42721 | 42721 | |
| Verdi auditorium, ertattet med to rom | | 100 | |
| Verdi kjøkken | | 200 | |
| Verdi hotell | | 400 | |
| Verdi riving og varige erstatningsareal | | 500 | |
| Areal overført til Livsvitenskapsbygget | | 200 | |
| Verdi utstyr intervensjonslaboratorier | | 200 | |
| Samlet kostnad Aker/Gaustad inklusive verdi redusert omfang | | 44321 | |
| | | | |

**Organisasjonenes beregninger viser at samlet investeringsomfang, medtatt elementene som er tatt ut av prosjektet, nå er oppe i 44.321 millioner kroner. Dette er om lag 7.800 millioner høyere enn summen fastsatt i lånesøknaden, justert for prisveksten i perioden som er lagt til grunn i statsbudsjettet (og sykehusets tildelinger).**

[5] https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2022/1021/118-2022%20Oslo%20universitetssykehus%20HF%20-%20status%20rokade%20rivning%20av%20C1%20på%20Rikshospitalet.pdf

## Gevinstrealiseringsplaner

Det vises til ansattes organisasjoners drøftingsnotat til styresak 086-2022 Oslo Universitetssykehus. [6]
Tillitsvalgte vurderer at prosess, metode og identifiserte gevinster er beheftet med avgjørende svakheter som medfører at funn og konklusjoner bør betraktes som dels usikre og dels usannsynlige. Forankring og prosess ute i klinikkene har vært mangelfull. Den endelige rapporten er utarbeidet av sykehusets sentrale ledelse over et år uten at det har vært gjennomført reelle medvirkningsprosesser. Manglende involvering svekker realismen i gevinstarbeidet.
Sykehusets ledelse har utarbeidet krav som klinikker og avdelinger har blitt gitt beskjed om å finne inndekning for i form av gevinster. Denne tilnærmingen setter klinikker og avdelinger i en tvangssituasjon. Til tross for at det synes å ha vært utøvet et betydelig press for å få klinikkene til å rapportere gevinster i tråd med de svært store investeringskostnadene, har dette ikke latt seg gjøre. Sykehusets sentrale ledelse har da gjennom skjønnsmessige vurderinger øket gevinstanslaget betydelig. Ledelsens endelige påplussing av 348 millioner er ikke i tråd med retningslinjene for gevinstarbeid, således er kun 80% av gevinstkravet identifisert.
Den foreslåtte organiseringen innebærer en radikal omlegging av driften i sykehuset som på en rekke områder vil kunne være beheftet med kostnadsøkninger. Dette er ikke fremstilt. Negative utslag av ny organisering er verken spilt inn eller tatt med i den endelige rapporten. En rekke gevinster er basert på tiltak som ikke er prosjektspesifikke, og som derfor ikke burde vært tatt med i den samlede gevinstoversikten. Gjennomgående synes gevinstestimatene å være for høye. Analyser av driftseffektivitet i sykehus, hvor hoveddelen av tiltakene allerede er innført i sykehus som drives mer tradisjonelt i gamle bygg, understøtter ikke en oppfatning om betydelig gevinst-potensiale.
Sammenligningen med null-alternativet kan heller ikke tillegges vekt. I dette alternativet er det skissert betydelige gevinster i perioden fram til 2030, og null i gevinst etter dette tidspunktet. Fremstillingen fremstår ikke troverdig. Dette innebærer også at bærekraftsanalysen ikke kan tillegges vekt.

## Rapportens omtale av driftskonsept

**De betydelige investeringene sykehuset står foran forutsetter at driften kan effektiviseres i betydelig grad – basert på nye driftskonsept. Ansattes organisasjoner vurderer at denne delen av forprosjektrapporten er særlig svak. De opplistede konseptene har i liten grad vist å bidra til effektivisering av driften i øvrige sykehus hvor disse har vært utprøvd. Fagfordelingen innebærer en sammenblanding av akutt og elektiv virksomhet som erfaringsmessig svekker driften og øker personellbehovet.[7] Ansatte er særlig bekymret for at det også legges opp til ulike driftskonsept som erfaringsmessig tynger driften og øker bemanningsbehovet.**

---

[6] https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøter%202022/2022-10-28/Styresak%202022-86-05%20Referater%20fra%20drøfting%2019102022%20og%20AMU%2020102022%2020221028.pdf

[7] http://faculty.london.edu/nsavva/ScaleAndScope.pdf

## Konkretiserte effektmål

I rapportens kapittel 5 omtales organisasjonsutviklingen i sykehuset. Det beskrives at prosjektet medfører krav til omstilling;

*En reduksjon av forventningsgapet mellom hva som er medisinsk og ressursmessig mulig, i kombinasjon med krav til en bedret driftsøkonomi i nye bygg, stiller store krav til omstilling. Det må tenkes nytt om måten ansatte i Oslo universitetssykehus jobber på og leverer helsetjenester. Endringene vil påvirke hver enkelt arbeidstakers hverdag og eksisterende kulturer. Forståelse av hvordan den enkelte kan bidra inn i teamet rundt pasienten vil bli utfordret. Nye oppgaver og yrkesgrupper vil komme til, andre oppgaver fases ut, og noen oppgaver vil bli løftet ut fra dagens profesjoner og overføres til automatiserte løsninger eller andre yrkesgrupper*

I mandatet til forprosjektet ble prosjektmålets effektmål fastsatt;

1. *Oslo universitetssykehus HF skal innfri befolkningens behov for spesialisthelsetjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte*
2. *Oslo universitetssykehus HF skal være tilrettelagt for effektive arbeidsprosesser og gode arbeidsforhold*
3. *Oslo universitetssykehus HF skal ha en ledende rolle innen forskning og utdanning*
4. *Oslo universitetssykehus HF skal ha en god og tilpasningsdyktig bygningsmasse*
5. *Utbyggingen skal gi et mest mulig klimanøytralt anlegg og være i tråd med Oslo universitetssykehus HFs målsetting om miljøsertifisering*

I forprosjektrapporten er disse effektmålene beskrevet som «konkretisert» i det følgende (5.2.3);

*Effektmålene er konkretisert som:*

- *den aktive og trygge pasienten*
- *den dyktige ansatte*
- *den robuste leder*
- *den aktive og kompetente forvalter*
- *det bærekraftige samfunn*

*Under dette er det satt søkelys på ulike satsningsområder som skal understøtte måloppnåelsen. Disse omfatter behov, tiltak og løsninger for hele bredden av funksjonsområder, som for eksempel akuttmottak, sengeområder, pre-, per- og postoperative funksjoner, poliklinikker, billed- diagnostikk, laboratoriefunksjoner, kontor og møterom mv.*

Av rapporten fremgår det ikke noen begrunnelse for å endre effektmålene som er angitt i mandatet. Ansattes organisasjoner oppfatter at effektmålene i mandatet er mer konkrete enn de *konkretiserte effektmålene* fra rapporten; «den robuste leder», «det bærekraftige samfunn» osv. Dette er effektmål som i liten grad lar seg operasjonalisere, og formuleringene fremstår i denne sammenheng som svulstige og uten innhold.

Tiltakene som beskrives i den påfølgende teksten er i hovedsak sammenfallende med driftskonseptene som er kjent fra Sykehuset Østfold; automatisert varelevering, selvinsjekk og øvrig helselogistikk, digitalisering av varestrømmer mv. I Østfold har disse konseptene ikke vist seg å ha betydelig innvirkning på effektivitet i sykehuset.[8] En del konsept har vært

[8] https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Hovedrapport_%20Evaluering%20av%20nytt%20østfoldsykehus.pdf

direkte mislykkede. Et eksempel er planlegging med få arbeidsstasjoner i døgnområder og akuttmottak, med premiss om at klinisk dokumentasjon skal foregå ved bruk av små håndholdte enheter inne på pasientrommene. Dette konseptet er i hovedsak forlatt i Østfold. I evalueringsrapporten fremkom det i fokusgruppe at det «var undervurdert hva slags type organisering legene har» knyttet til at dette var uegnet i akuttmottaket som arbeidsform (s.205), og at arbeidskultur og hensyn til hygiene er årsak til at dette ikke har fungert ved døgnområder (s. 252-253). Premiss om at arbeidsstasjon er korttids arbeidsplass er klart utfordret basert på erfaringer fra Kalnes, hvor arbeidsstasjoner i praksis er «arbeidsbaser» hvor flere personer enn planlagt sitter over lenger tid, og med betydelig mangel på arbeidsplasser da mange ansatte har behov for å gjøre administrativt arbeid samtidig. Basert på muntlige rapporter fra ansatte ved Kalnes skaper dette betydelige flaskehalser og bidrar til svekket effektivitet i sykehuset. Til tross for denne kunnskapen har disse konseptene likevel lagt til grunn som en planleggingsforutsetning i ulike medvirkningsgrupper.

### Nærmere om OUS hjemme

Hjemmesykehus beskrives som et driftskonsept i Nye OUS med en ambisjon om at 30% av pasientene skal motta hjemmebehandling. Status i dag er at 0,3% av pasientene ved OUS behandles i hjemmesykehus. Ambisjonen er 15% om fem år og 30% i 2030, altså før de nye byggene står ferdig. Av innmeldte økonomiske gevinster etter innflytting beskrives 5% å være på bakgrunn av hjemmesykehus. Dette til tross for at ambisjonen skal være oppfylt før innflytting. Det er i liten grad beskrevet hvordan man skal oppnå dette og i hvilke tiltak som må iverksettes.

Det største senteret for virtuelt sykehus og virtuell beslutningsstøtte er Mercy Virtual Care Centre i Missouri. Senteret betjener en pasientpopulasjon som er om lag dobbel så stor som OUS sin. Senteret beslaglegger 11 600 kvadratmeter bygningsmasse. Gitt at arealbehovet for OUS sin virksomhet skulle være i samme størrelsesorden tilsvarer dette et behov på 5000 kvadratmeter.

I Ledermøtesak 259/21 21 - OUS Hjemme ble det besluttet at «*Ledermøtet i OUS gir sin tilslutning til at det settes av arealer til digital hjemmeoppfølging og avansert hjemmesykehus».* Det er imidlertid ikke avsatt dedikerte arealer til denne virksomheten i tegningene for hverken Nye Rikshospitalet eller Nye Aker.

Mercy Virtual Care beskriver at driftsform ikke gir økonomiske gevinster, men øker kvaliteten i pasientbehandlingen. I møte med OUS har representanter fra senteret understreket at tilbudet må bygges ut gradvis og være basert på initiativ fra klinikerne. Det kreves komplekse teknologiske systemer med dertil investeringer for å få driften til å virke godt. Systemet til Mercy har målsetning om å klare å triagere 25% av pasientene i eget hjem i løpet av noen år, men ikke aktiv behandling slik som det forutsettes i OUS.

## Arealmangel og uavklarte forhold

Prosjektet har lagt til grunn *middels utnyttelsesgrad.* Dette innebærer kortere åpningstid i poliklinikk (8 timer) og lavere beleggsprosent (85) enn anvendt blant annet i Sykehuset Østfold. Utnyttelsesgraden må imidlertid ses i sammenheng med framskrivningsmetodikken

anvendt av Sykehusbygg. I dagens modell forutsettes det at oppgaver sykehuset i dag ivaretar skal overføres til andre aktører og det legges også til grunn en betydelig effektivisering. Behandlingsvolumet som i dag håndteres ved eksisterende Rikshospital er dessuten ikke framskrevet med ventet behovsvekst.

Tilbakemeldingen fra medvirkningsgruppene er gjennomgående at tildelt areal er utilstrekkelig. Det gjelder manglende areal til pasientbehandling – for eksempel kutt i areal til operasjonsstuer – men dette kommer særlig tydelig fram i form av manglende støtteareal; lagerplass, kontor, grupperom, møterom, ventearealer og garderober. Det er for eksempel lite plass til lager for operasjonsutstyr i umiddelbar nærhet til operasjon, som er svært viktig for drift, og ikke kan erstattes av såkalt «fjernlager». Det er heller ikke areal nok til noe så grunnleggende som sterilsentral på nye Rikshospitalet. Planen om å frakte utstyr fra sterilsentral på Aker har betydelig risiko for forsinkelser og manglende utstyr. Viser forøvrig til brev stilet til Nye OUS fra gruppeledere i medvirkningsgruppene (Vedlegg 7).

For kontorareal legges det frem et fastsatt definert areal, og tydelig beskjed om at det ikke er noe rom for å øke dette arealet. Det fremlegges ingen bakgrunnsinformasjon om antall ansatte per kontorplass, eller hva som er standard beregninger om kontorareal i byggeprosjekter for øvrig og sykehus spesielt. Det er så langt i prosjektet ikke kartlagt hva slags arbeidsoppgaver de ulike ansattgruppene har og hvilke krav disse stiller til egnet arbeidsplass og nærhetsbehov til andre. Prosjektledelsen skisserer at behov for kontorfasiliteter skal ivaretas ved konseptene «mobilt kontor» og «pasienten i lomma». Det er ikke konkretisert hvordan dette er tenkt innrettet. En rekke funksjoner og oppgaver krever tilgang til sitteplasser i skjermede avsnitt.

Ansattes representanter har fremmet innvendinger mot manglende oversikt og konkrete planer. Endringer i antall kontorplasser, lagerrom og øvrig støtteareal vil kunne medføre svekkede muligheter for å ivareta oppgavene og å drive effektivt. Nye arbeidsformer kan endre behov for støttefunksjoner, men det bør foreligge konkrete og etterprøvbare planer for gjennomføring. Å planlegge for teknologi som ennå ikke er utviklet er risikabelt. Det er høy risiko for at behovsframskrivningene ikke er korrekte, og at sykehuset kan bli innrettet med en generell arealmangel. Manglende kontor og annet støtteareal vil da forverre situasjonen.

Arealmangelen gjennomsyrer tilbakemeldingene gitt til ansattes representanter. Blant innmeldte områder kan nevnes:

- Oppholdsrom/venteplasser for pasienter i døgnområder
- Lagerrom i døgnområder
- Samtalerom for pårørende i døgnområder
- Infusjonsplasser (Nye Aker)
- Samtalerom dagkirurgi (Nye Aker)
- Beredskapslagermulighet
- Manglende areal til medisinnisjer i døgnområder
- Toaletter for ansatte, pårørende og pasienter
- Utelatt sterilsentral for Nye Rikshospitalet
- Ikke tilstrekkelig areal for sterilsentral på Aker

- Kontorplasser/ arbeidsstasjoner/møterom døgnområder/ klinikknært og generelt
- Møte- og demonstrasjonsrom radiologi (Nye Aker)
- Rom for multidisiplinær team (MDT) (Nye Aker)
- Radionukleotiderom
- Granskningsplasser for radiologer (Nye Aker)
- Sjalterom
- Behandlingsrom og støtte- og møterom poliklinikk
- Areal til hjemmeoppfølging – OUS-hjemme
- Ikke nok vaktrom og tilgang til hvilerom for vaktgående, eks LIS

- Kontorplasser forskere og forskningsmedarbeidere
- Avsatt areal til klinikknær forskning
- Avsatt areal for utdanning for OsloMet og Lovisenberg Diakonale Høyskole, og underdimensjonert areal til utdanning for øvrig
- Auditorium

- Pauserom
- Garderober
- Kantineløsninger begge lokalisasjoner
- Sykehotell
- Teknisk mellometasje (Begge lokalisasjoner)
- Kjøkken
- Areal til medisinsk-teknisk avdeling

Sykehotellet inngår i en rekke innspill fra klinikkenes gevinstplaner. Rivning uten erstatning av bygget må forventes å gi betydelige driftsulemper. Manglende etablering av teknisk mellometasje svekker byggenes tilpasningsevne. Dette har gitt betydelige ulemper ved behov for tilpasninger av driftskonseptene i Sykehuset Østfold og ved Akershus universitetssykehus. Manglende produksjonskjøkken ved Rikshospitalet må ventes å medføre økte utgifter til transport og økt trafikkbelastning. Å utelate kjøkken ble sterkt frarådet av ansvarlig klinikk.

For enkelte virksomheter er det ikke planlagt løsning eller areal, dette gjelder blant annet
- ABC-klinikken
- Myelomatosesenteret ved Ullevål
- Ernæringspoliklinikken ved Rikshospitalet

**For en rekke innmeldte behov er det ikke avklart om det vil bli tildelt areal eller investeringsmidler, og beskrevet at dette må «det arbeides videre med i detaljprosjektet». Det er planlagt med en rekke tiltak som ennå ikke er konkretisert eller kostnadsberegnet.**

Arealmangelen vil trolig være mere omfattende og kunne påvirke driftsforutsetningene i de nye byggene ved Rikshospitalet i enda større grad enn det som har kommet fram gjennom medvirkningsgruppene. I forprosjektet er det altså en rekke funksjoner og virksomheter som ikke er tildelt areal, og som må presses inn i bygg-løsningene i detaljeringsfasen. I tillegg vil arealet til virksomheter gå tapt ved sammenkopling mellom gamle og nye bygg. Dette

gjelder blant annet betydelig kontorareal ved Rikshospitalet. I tillegg vil deler av arealene som er planlagt til pasientbehandling ved eksisterende Rikshospital neppe kunne anvendes da lysforholdene forringes vesentlig ved oppføring av høyhus vegg i vegg.

Basert på tilbakemeldingene fra medvirkningsgruppene er ansattes organisasjoners vurdering at det tildelte arealet for en rekke virksomheter vil vanskeliggjøre driften, svekke kvaliteten i pasientbehandlingen, svekke forutsetningene for forskning og utdanning samt bidra til et forringet arbeidsmiljø. På enkelte områder er manglene så omfattende at det vil oppstå umiddelbare og omfattende problemer med å avvikle ordinær drift. Dette gjelder blant annet for radiologisk virksomhet ved Nye Aker.

### Eksempel – Radiologi

Klinikkens virksomhet er stor og sammensatt, og fyller en rekke særlige funksjoner innen pasientbehandling, forskning og utdanning. Dette medfører at erfaringer fra andre sykehusprosjekt ikke lar seg overføre uten tilpasninger.
Prosjektorganisasjonen presenterte likevel ferdige tegninger for virksomheten til medvirkningsgruppene. Disse har senere i liten grad latt seg modifisere.

Framtidig fleksibilitet for virksomheten er redusert da teknisk mellometasje i begge sykehus er tatt ut av konseptet. Dette fører til at mye gulvareal opptas av tekniske støtterom for de forskjellige laboratoriene. Det er uavklart om valgt plassering av MR-maskinene kan anvendes da magnetfeltet vil interferere med øvrig klinisk virksomhet som ligger innenfor maskinenes sikkerhetssone. Det er nå i høst nedsatt en faggruppe som skal utrede om plasseringen er forenlig med øvrig drift. Manglende teknisk mellometasje medfører at framtidige endrings- eller utvidelsesbehov ikke lar seg realisere innen virksomhetens areal. Dette vil kunne vanskeliggjøre framtidige tilpasninger i betydelig grad, og er av særlig bekymring da virksomheten ikke er dimensjonert for aktivitetsøkningen som en må vente kommer utover 2030-talllet. Utskifting av apparatur vil medføre at virksomheten må stenges ned over tid, med langvarig driftsstans som følge.

Ved Rikshospitalet vil driften svekkes ved at ny og gammel virksomhet for radiologisk avdeling ikke plasseres i samme plan da etasjehøydene i nye og gamle bygg ikke er like. Pasienttransport mellom klinikkens virksomhet vil medføre trafikk av senger, rullestoler og pasienter med bevegelsesvansker på tvers av barrieren i trapper og heiser, som også skal anvendes til øvrig transport i sykehuset. Tildelt areal er for knapt. Dette gjelder også for virksomheten til nukleærmedisin. På dette området er det varslet tiltak, men foreløpig er ikke disse konkretisert.

Ved Nye Aker er radiologivirksomheten planlagt delt i fire seksjoner; muskel-skjelett, thorax, abdominal og nevro. I gevinstrealiseringsrapporten fremkommer det at man regner med 71 radiologer skal ha fast arbeidsplass ved nye Aker. I tillegg må enkelt-leger rullere fra Nye Rikshospitalet; blant dem barneradiolog og karintervensjonist ved akutte blødninger. Det er imidlertid ikke planlagt med mer enn 20-25 granskningsplasser for radiologiene. Prosjektet har begrunnet dette med at det ikke er behov for granskningsplasser da ansatte kan jobbe hjemmefra og at kunstig intelligens vil ta over. Dette er urimelige planleggingsforutsetninger da radiologivirksomheten ikke kan utføres som solo-arbeid fra arbeidsplass i hjemmet, og

det er høyst uvisst om kunstig intelligens vil bety avlastning av oppgaver fra radiologene.[9]En må vente at manglende arbeidsplasser vil medføre betydelige driftsforstyrrelser i avdelingen.

Erfaringen fra medvirkningsgruppene er at øvrig tildelt areal også er utilstrekkelig nær sagt på alle områder;

- Det er planlagt en felles ekspedisjon med sykehusets poliklinikker. Prosjektet legger til grunn at alle pasientene kommer til å sjekke seg inn selv, og deretter gå til riktig venterom, og være riktig forberedt. Dette er en forutsetning som det er usannsynlig at vil la seg realisere for eldre og svekkede pasienter, som utgjør en betydelig del av pasientpopulasjonen.

- Areal til laboratoriene er gjennomgående planlagt med mindre areal enn laboratoriene som er etablert på eksisterende Rikshospital.

- Det mangler forberedelsesarealer spesielt for CT og MR.

- Det mangler ventearealer for senger utenfor laboratorier. Erfaringsmessig vil det oppstå behov for at pasienter venter kan måtte vente noen minutter, men i løsningen er ikke dette hensyntatt.

- Det mangler / er ikke skissert forberedelsesrom for anestesi. En rekke av prosedyrene som utføres i dag og som vil utføres ved Nye Aker krever anestesi.

- Det mangler rom for demonstrasjoner, MDT-møter, undervisning og øvrige møter i avdelingen. Det er kun planlagt med at avdelingen skal ha ett rom til dette formålet.

- Det er ikke framstilt samlede planer for kontorplasser til avdelingens ansatte

## Eksempel - Psykisk helse ved Nye Aker sykehus

Ledelsen i Klinikk for psykisk helse og avhengighet har sammen med ansattes organisasjoner og klinikkens verneombud over tid uttrykt at de valgte løsningene – og plasseringen av klinikkens virksomhet på Aker – er uegnet for å ivareta pasientenes behov. Det vises til klinikkledelsens ulike innspill i saken, sist ved høringsuttalelsen levert til Plan og bygningsetaten 220622. (Vedlegg 2 og 3)

Fagmiljøene og ansattes organisasjoner er kritiske til om plasseringen på Aker vil kunne ivareta behandling av psykisk syke pasienter på en tilfredsstillende måte. Aker-tomtens

[9] https://titan.uio.no/matematikk/2022/om-ti-ar-vet-vi-om-kunstig-intelligens-er-en-flopp-eller-en-enorm-ressurs

beliggenhet tett opp i Sinsenkrysset er ikke egnet for god behandling og ivaretakelse av denne pasientgruppen.
Pasientene har behov for god og lett tilgang til rolige utendørsarealer og avskjermede rekreasjonsområder. Dette bidrar til bedre behandlingseffekt og reduksjon av risiko for vold. På Aker lar ikke dette seg løse. De planlagte utendørsarealenes plassering er også uegnet for å ivareta konfidensialitet. Ansatte, somatiske pasienter og pårørende skal bruke samme parkanlegg. Beregninger viser utfordringer med både i hageanlegg, atrier og takhager.

Bygningskonseptet for psykisk helsevern lå og ligger i rød støysone på Aker. For å avhjelpe at pasientenes soverom blir liggende i kraftig trafikkstøy har man nedjustert høyden ved å trekke bygningsmassen noe ned. Det medfører at det allerede svært begrensede utearealet er blitt enda mindre. Til tross for framtidige tiltak vil bygningskonseptet med pasientrom fortsatt ligge i rød støysone når bygget er ferdig. Rommene er planlagt skjermet ved realisering av nytt bygg for somatikk. Det er imidlertid helt uavklart om dette bygget noen gang vil bli bygget og hvorvidt det blir en etappe 2 på Aker.

Ansattes organisasjoner anser at det er tvilsomt om det planlagte arealet for klinikken vil være tilstrekkelig til å ivareta behovet. Dimensjoneringen tar utgangspunkt i tjue prosent lavere estimert behov for døgnopphold. Det er ikke godtgjort at nye behandlingstiltak vil medføre redusert behov for døgnplasser, og det er ikke beskrevet hvordan kommunene skal kunne ivareta flere pasienter med akutt psykisk sykdom. Den valgte forutsetningen bryter med Stortingets vedtak om å stanse nedbyggingen av sengekapasiteten for pasienter med psykisk lidelse.

I detaljeringen av løsningene i medvirkningsarbeidet pekes på behov for areal til pasientbehandlingen og støttefunksjoner, men det har ikke vært gitt anledning til endringer i arealrammen. Ulike forhold har kommet til underveis som reduserer det tildelte arealet. Det er ikke avsatt areal til forskningsfunksjoner. Disposisjon av sengeposter, personalarealer og aktivitetsrom gir ikke gode nok løsninger for pasienter og ansatte. I tillegg gir arealbegrensning generelt trange løsninger, noe som øker risiko for vold og utagering blant pasientene, men også mot ansatte. Fagfeltets behandlingsformer gir behov for cellekontorer. Utstrakt bruk av felleskontorer vanskeliggjør arbeidsprosessene. Det planlegges med gjenbruk av gammel bygningsmasse på Aker for å komme opp i tilstrekkelig antall senger for å dekke minimumsbehovet.

Klinikken fremstår samlet i sin kritikk av valgt konsept og valgte løsninger for klinikkens virksomhet på Aker. Konseptet har mange likhetstrekk med løsningene valgt i Sykehuset Østfold. Her er det dokumentert omfattende problemer i driften knyttet til svekkede betingelser grunnet arealmangel både for pasienter og ansatte, med særlig høyt nivå på utageringer og med behov for tvangstiltak. Det er sannsynlig at det valgte konseptet og de valgte løsningene vil medføre «overcrowding», økt uro og aggresjon, økt bemanningsbehov og svekket arbeidsmiljø.

### Eksempel – sengeposter

I tilbakemeldingene fra medvirkningsgruppene fremkommer det bekymring for mangler som vil vanskeliggjøre drift i sengeavsnittene, særlig på Nye Rikshospitalet, men også ved Nye Aker;

- Det er manglende beregninger på hvor mange ansatte som skal bruke sengepostene. Generelt vanskeliggjør dette planlegging av tilstrekkelig areal til pauserom, personal toaletter, arbeidsstasjoner etc.
- Det er mangel på kontor for seksjon/enhetsledere, fagsykepleiere, drift sykepleiere og koordinatorer har behov for kontor i nærheten av sengepost drift. Jevnt over er det satt av 1 kontor i hvert sengeområde som skal være til de som er tett på driften. Det er ikke avsatt kontorer til leger i sengeområde. De skal bruke arbeidsstasjoner og stillerom. Nye OUS mener videre at mye av legearbeidet kan utføre inne på pasientenes rom.
- Det er ikke planlagt samtalerom for pårørende. Nye OUS mener at samtalene med pårørende kan foregå inne på pasientens rom, men ikke alle samtaler med pårørende kan foregå på pasientrommet. Det er uvisst hvilket areal som da kan benyttes.
- Det vil være behov for et oppholdsrom/sone hvor pasienter kan spise, vente på å få rom og eventuelt oppholde seg i påvente av hjemreise. Løsning for dette er ikke avklart.
- Det skal ligge totalt to farmasitun i sengeområdene som skal levere ferdigblandede medisiner og medisinpakninger til hver enkelt pasient. Beregning på hvor mye medisiner som kan leveres til enhver tid på døgnet og hvor raskt det kan gå mangler. Det er tegnet inn medisinnisjer i sengeområdene hvor man kan ha et lite lager av de mest nødvendige medisiner. Man frykter er de planlagte medisinnisjene blir for små da man ikke kjenner til leveransekapasitet til farmasitunene. Det er også bekymring knyttet til opplæring av sykepleiestudenter og overholdelse av taushetsplikt siden medisin nisjen er åpent ut mot korridor.
- Areal avsatt til lager er knapt. Man baserer seg på samtidsleveranse slik at lagerkapasitet antas å være minimal. Behandlingshjelpemidler forutsettes oppbevart på pasientrommene. Her baserer man seg på en fjernløsning for lager som skal levere på bestilling. Dersom disse løsninger uteblir eller svikter, vil det mangle lagerplass.
- Det planlegges med mange små bad som ikke oppfyller kravene i forskrift, kun 20 % skal ha «store» bad. Løsningen medfører fare for å måtte flytte rundt etter behov, samt trange forhold ved assistanse inne på de små badene.

### Eksempel infusjon og dagbehandling Aker

En rekke fagområder vil benytte infusjonsplasser ved Aker

- Nevrologi
- Medisin
- Gyn-kreft
- Onkologi

Prosjektet har planlagt med totalt 27 infusjonsplasser for fagområdene samlet. Plassene er ikke funksjonsfordelt mellom fagområdene. Nye Akers opptaksområde vil være om lag tilsvarende opptaksområdet Sykehuset Østfold betjener i dag. Dette sykehuset har til

sammenligning i bruk 26 plasser for onkologi alene. De planlegger videre å utvide med 5 plasser i løpet av 2022. Ullevål sykehus har i dag 52 infusjonsplasser for fagområdene medisin, nevrologi og onkologi.
Ansatte har i medvirkningsgruppen spilt inn at det ikke vil være tilstrekkelig med infusjonsplasser i Nye Aker, og at også ventearealene er for knappe. Som på øvrige områder har tilbakemeldingen vært at dette skal bearbeides videre i detaljprosjektet.

## Arbeidsmiljø

God faglig og økonomisk drift av sykehus forutsetter arealer som legger til rette for effektive arbeidsprosesser og et godt arbeidsmiljø. Ansattes organisasjoner har mottatt en rekke tilbakemeldinger fra medvirkningsgruppene om mangler som vil kunne bidra til et svekket arbeidsmiljø. Den viktigste enkelt-faktoren som trekkes frem er arealknapphet. Manglende arbeidsstasjoner, garderobeplasser, manglende vaktrom, manglende pauserom, manglende kantineløsninger og manglende kontorplasser vil sannsynlig svekke driftsforutsetningene i sykehusene, men det er også sannsynlig at arbeidsmiljøet vil svekkes, med svekket rekruttering som følge. Sykehuset har allerede i dag betydelige utfordringer med rekruttering av sentrale fagpersoner og ubesatte stillinger.

## Ombygging og vedlikehold eksisterende Rikshospital

Det framkommer i forprosjektrapporten (tabell 7) at «Åtte intervensjonslaboratorier er tatt ut av programmet grunnet samlokalisering i eksisterende Rikshospital» og videre at «Det er avklart i forprosjektet at dialyseplasser (inkludert erstatning for dagens plasser) overføres eksisterende Rikshospital. Arealet og kapasitet med 9 plasser er tatt ut av programmet». Videre planlegges det at store fagområder skal samlokaliseres i eksisterende Rikshospital:

- Hjertekirurgi
- Lungekirurgi
- Karkirurgi
- Nevrokirurgi
- Lungemedisin
- Nevrologi
- Hjertemedisin
- Medisinsk dagenhet

Planlegging av ombyggingen av eksisterende Rikshospital, for å legge til rette for omfattende tilpasninger og ombygging, er etter det ansattes organisasjoner kjenner til ennå ikke startet. Prosjektet har avsatt 280 millioner til ombygging av Rikshospitalet og ytterligere 400 millioner er avsatt i OUS sin økonomiske langtidsplan. Ansattes representanter har mottatt tilbakemelding fra ansatte i medvirkningsgruppene som beskriver at denne delen av prosjektet kan ende med en kostnad på mellom en og to milliarder. Ansattes organisasjoner er bekymret for at denne viktige delen av det samlede prosjektet ennå ikke er prosjektert og kostnadsberegnet. Det er sannsynlig at kostnadene vil bli vesentlig høyere enn avsetningene som er gjort. Det er vanskelig å se hvordan disse betydelige ombyggingsplanene kan gjennomføres i eksisterende bygningsmasse uten at dette utløser betydelige behov for rokader og bruk av erstatningsareal. Etter det organisasjonene kjenner til er dette ikke klarlagt, og det er ikke sannsynlig at det kan frigjøres nødvendig rokadeareal i eksisterende anlegg.

## Dimensjonering og kapasitet

Ulike forutsetninger har vært anvendt i beregningene av arealbehov i de nye anleggene. Forprosjektet er nå basert på Sykehusbygg sin rapport «En oppdatering av dimensjoneringsgrunnlag for virksomhetsmodell OUS etappe 1» Sykehusbygg september 2018.[10] Rapporten bygger på flere forutsetninger som bidrar til at resultatet ikke er pålitelig;

- Det gjøres rede for at det kun gjøres framskrivninger for «aktivitet som er i bevegelse». Dette innebærer at det ikke er gjort framskrivninger eller vurderinger av økt arealbehov for store deler av sykehusets aktivitet, herunder hele aktiviteten ved dagens Rikshospital
- Det gjøres rede for at episoder tilhørende Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus ekskluderes fra beregningsgrunnlaget. Dette innebærer at betydelige deler av dagens behandlingsvolum ekskluderes fra beregningsgrunnlaget
- Det legges til grunn en betydelig effektivisering og reduserte liggedøgn knyttet til ulike endringsfaktorer, hvorav «samarbeid om de som trenger det mest» utgjør det største volumet
- Det er lagt inn effektiviseringsforutsetning for dagens aktivitet ved Rikshospitalet som det ikke er redegjort for

Ansattes organisasjoner anser at alle disse forutsetningene er tvilsomme og bygger på forutsetninger som neppe lar seg realisere. Dette har sammenheng med:

- Dagens aktivitet ved Rikshospitalet er vesentlig høyere enn sykehuset ble skalert for, og i en rekke virksomheter er det allerede i dag betydelig arealmangel i den grad at det medfører svekket pasientflyt. I Helse Sør-Øst sitt opptaksområde ventes det en behovsvekst (fra framskrivningstidspunktet) på om lag 40 prosent fram til 2035, og det er lite trolig at dagens areal ved Rikshospitalet vil være stort nok til å håndtere denne oppgaveveksten.
- En ekskludering av episodene fra Lovisenberg og Diakonhjemmet innebærer en betydelig oppgaveoverføring til disse sykehusene. Innenfor intensivfeltet vil det for eksempel innebære at Lovisenberg skal øke fra dagens 2 intensivplasser til 18 i den nye løsningen. De private ideelle sykehusene er ikke informert om disse forutsetningene, og har heller ikke planer som kan muliggjøre en slik overføring. Det fremstår også som lite hensiktsmessig å legge til grunn at disse sykehusene skal ha 100 prosent egendekning innen egne fagområder, som er konsekvensen av forutsetningene i beregningene. Til sammenligning er egendekningen ved Akershus universitetssykehus i størrelsesorden 60-70 prosent.
- Endringsfaktorene som anvendes i sykehusbyggmodellen innebærer en fortsatt nedbygging av sengeplasser sett i forhold til oppgavemengden. Ansattes organisasjoner anser at det er usikkert om dette vil la seg realisere, og videre om det

[10] https://www.legeforeningen.no/contentassets/fb2e76a81bb448c893f3a188842a6bab/dimensjgrl2017_2035_virksomhetsmodetappe1_ous_sept.2018v4-2.pdf

er hensiktsmessig å ha dette som målsetning. Stortinget har nylig presisert at nedbyggingen av sengeplasser innen psykisk helse skal stanses. I somatikken er det lagt til grunn en betydelig effekt knyttet til «samarbeid om de som trenger det mest» (tidligere benevnt «overføring til kommunen»). Dette er et tiltak med høyst usikkert potensiale. Så langt er det ikke godtgjort i norsk helsetjeneste at tiltaket vil gi effekt i det hele tatt.

- Effektiviseringsforutsetningen som er lagt inn for dagens aktivitet ved Rikshospitalet er det ikke gjort nærmere rede for. Ansatte har bedt om redegjørelse for dette uten å ha fått noe svar.

Samlet sett anses dimensjoneringsforutsetningene for de nye sykehusanleggene som lite realistiske. Det fremstår overveiende sannsynlig at sykehusene er underdimensjonert i forhold til behandlingsvolumet de må ivareta.

## Rokade

Prosjektorganisasjonen og medvirkningsgruppen har i to år arbeidet med løsning for rokaden på Rikshospitalet. Prosjektet har støtt på vanskeligheter da arealsituasjonen ved Rikshospitalet er betydelig presset med dagens behandlingsvolum. Det har så langt ikke latt seg gjøre å lage en gjennomarbeidet plan for rokade som ivaretar tidsfristene i prosjektet. I styresak 118-2022 Helse Sør Øst (21 oktober 2022) beskrives det at oppdraget med å utarbeide en plan for tilgang til rivning av C1 innen to år etter B4 beslutning ikke er sluttført.[11] Det beskrives at det er utarbeidet skisser for en slik løsning, men at «*På dette tidspunktet er det bare gjennomført en overordnet vurdering. Tiltakene er ikke verifisert av bygg- og tekniske fagrådgivere. Dialog med enkelte fagmiljøer gjenstår også. Det arbeides med sikte på å nå de tidsmålene som er satt av byggeprosjektet Nye rikshospitalet».*

I saken blir det varslet at endelig rapport fra Rokade C1 skal legges fram sammen med forprosjekt-rapporten. Sykehuset varslet ansattes organisasjoner om drøfting av rokade sammen med forprosjektrapporten, men trakk rokaden fra drøftingsmøtet etter anmodning fra ansattes organisasjoner, da det ikke forelå noe sluttført skriftlig underlag for drøftingen.

Tidslinjen i prosjektet forutsetter – i tillegg til rivning av C1 to år etter B4 beslutning – at det etableres ny landingsplan for helikoptre. Det er foreløpig uavklart hvor framtidig landingsplass skal etableres.

Det fremkommer også at rokadeprosjektet kan få vesentlig større omfang enn forutsatt. Nye bygg vil medføre betydelige skyggevirkninger som ikke er hensyntatt. Det er så langt ikke gjennomført lyssimuleringer som gir grunnlag for å fastslå om bygg som havner i skyggen kan nyttiggjøres i tråd med planene. Se byggene markert i illustrasjonen under.

[11] https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2022/1021/118-2022%20Oslo%20universitetssykehus%20HF%20-%20status%20rokade%20rivning%20av%20C1%20på%20Rikshospitalet.pdf

## Medvirkning

### Overordnet om medvirkning i prosjektet

Det har vært arbeidet langs to akser i forprosjektet,

- utarbeidelse av standardrom/ plassering av funksjoner
- gevinstrealisering.

I rapporten fremstilles medvirkningsarbeidet ved å beskrive et høyt antall møter og et enda høyere antall deltakere. Organisasjonene oppfatter også at det har vært et omfattende arbeide med mange involverte, men dette gir ikke grunnlag for å vurdere om kvaliteten på arbeidet har vært egnet for å nå prosjektets målsetninger.

**I løpet av medvirkningsperioden har Nye OUS gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge medvirkningen i sykehuset. To av tre respondenter uttrykker tvil om gruppens oppdrag kan innfris innen de fastlagte areal og kostnadsrammene. Nær halvparten (40 %) er i tvil om faglige hensyn ivaretas.**

Organisasjonenes erfaring er at rammene for prosjektet har vært bestemmende og begrensende for diskusjonen. Der hvor grupper avdekket mangler som ville kreve utvidelse av rammene, ble disse manglene i liten grad videre kommunisert. Det har vært uttrykt stor frustrasjon knyttet til disse forhold og opplevelsen av liten reell medvirkning. Tillitsvalgte gav allerede i konseptfasen uttrykk for behov for konkrete virksomhetsavklaringer for å kunne korrekt estimere areal, men ble møtt med at virksomhetsavklaringer skulle komme på et senere tidspunkt. Det ble advart fra tillitsvalgte om å dra med seg uløste problemer videre til forprosjektet fordi arealrammen ville da være gitt. Eventuelle arealbehov som siden ville framkomme grunnet uløste problemer ville ikke gi mulighet for utvidelse av areal. I medvirkningsarbeidet gjennom forprosjektet har nettopp denne situasjonen gjort seg gjeldende.

Gevinstrealiseringsarbeidet har vært utført i avdelingene og klinikkene hvor tiltak er identifisert. I prosessen har forankringen av tiltakene vært mangelfull og i hovedsak uten

reell involvering av ansatte og tillitsvalgte. I etterkant av klinikkenes leveranser har det vært utført et arbeid sentralt i sykehuset for å fremskaffe ytterligere gevinster. I dette arbeidet har det ikke vært tillitsvalgte involvert.

## Medvirkningsgruppene

Representantene i medvirkningsgruppen oppgir fastlagte rammer som det viktigste hinderet for en god prosess. Dette er særlig knyttet til areal, økonomi og det oppsatte tidsskjemaet.

Uavklarte og nye behov forutsettes løst uten justering av rammene. I tillegg reises det tvil om at de identifiserte behovene samlet vil la seg løse, og om hvordan arbeidet som gjøres i gruppene skal sys sammen til slutt. Så langt virker det slik at en endring et sted gir en endring et annet sted uten at konsekvensene vurderes, og uten at man vet hvem som har den totale oversikten. Det etterlyses en helhetlig oversikt og sammenhengende framstilling av Nye OUS sin virksomhet.

Følgende punkter trekkes frem:

- det gis liten anledning til å sammenholde eksisterende areal opp mot nye areal for å vurdere helhetlige løsninger

-uoversiktlige forhold med hensyn til hvilken virksomhet som skal være hvor umuliggjør detaljplanlegging rundt funksjonsplasseringer

- det er uavklarte forhold rundt virksomhetsplassering i de ulike etappene

- det er manglende areal til støttefunksjoner og utstyr på sengeposter, akuttmottak, røntgen og operasjonsstuer

- det er manglende areal for sykehotell

- det planlegges med for få skopi-rom, det er manglende areal til teknisk mellometasje for røntgenutstyr og annet medisinsk-teknisk utstyr

- det skisseres redusert areal til operasjonsstuer på 500m2 ved begge de nye sykehusene uten at det er beskrevet konsekvensene dette vil ha for operasjonskapasitet

-areal til klinisk forskning er ikke tilstrekkelig

- areal til utdanning er ikke tilstrekkelig

- avsatt areal for kontor/ arbeidsplasser er ikke tilfredsstillende

## Kontorplasser og stillerom

Medvirkningsgruppene mener det er for få kontorplasser og at prosjektert løsning ikke er egnet for effektiv sykehusdrift, forskning og utdanning. Mangel på egnede kontorplasser og stillerom vil kunne føre til flaskehalser og lite effektiv hverdag med høy risiko for brudd på

taushetsplikt, samt stress og mistrivsel blant ansatte med ledsagende økt sykefravær, økt turn-over og vansker med rekruttering. Forstyrrelser i konsentrasjon ved pasientoppfølging kan øke faren for at helsepersonell gjør feil og være en risiko for pasientsikkerhet. Totalt 1620 ansatte har signert opprop grunnet sterk bekymring for at planlagt kontorløsning ikke egner seg basert på ansattes behov. (Vedlegg4) Felles for konseptene som er spilt inn for døgnområder, poliklinikk, kontor og møterom, og forskning og utdanning, er bekymringen for hvorvidt prosjektert løsning i tilstrekkelig grad tilrettelegger for at ansatte kan jobbe effektivt og ivareta taushetsplikten.

### Kontorstørrelse

Foreslått løsning ved fullført forprosjekt er ikke i tråd med medvirkningsgruppenes enhetlige anbefaling om kombinasjon av 1- til 4-delt kontorløsning. Det er prosjektert med ca 50-60% kontorplasser innenfor 1- til 4-delt kontor for Nye RH/Aker. Til sammenlikning er tilsvarende tall for eksisterende Rikshospital ca 90 %, men også her er det skissert tap av cellekontorer grunnet ombygging og rokader. Kun ledere med personalansvar skal få enekontor, men skissert løsning vil ikke kunne dekke sykehusenes behov.

### Plassering av kontorer

Det er en selvstendig bekymring at det vil være for få kontorer i direkte tilknytning til døgnområder og klinisk drift. En stor andel av kontorene er lagt flere etasjer unna eller i separate bygg langt vekk fra driftsområdene. Blant annet er det uttrykt bekymring for at seksjons-/enhetsledere, fagsykepleiere, driftssykepleiere og koordinatorer ikke vil få kontorplass i tilknytning døgnområder.

### Forskningsdata om kontorløsninger og effekt på effektivitet og helse

Forskning viser at flytting til aktivitetsbaserte kontorer kan medføre redusert sosialt fellesskap, redusert effektivitet, 30 % lavere produktivitet, mindre tilfredse medarbeidere, økt stress og sykefravær (Berthelsen 2017; Bakke 2018).[12] Ansatte som deler kontor, har også flere fraværsdager enn ansatte på cellekontor (Pejtersen 2011). Ansatte som jobber i åpent kontorlandskap eller som deler kontor, har høyere risiko for sykemelding enn de som sitter på kontor alene. Økningen i fraværet gjelder på tvers av kjønn, alder, lederposisjon og utdanning (Nielsen & Knardahl 2020). Risikoen for å bli uføretrygdet er nesten dobbelt så høy for ansatte som sitter i åpne kontorlandskap og 50% høyere for de som deler kontor, sammenliknet med ansatte på eget kontor (Nielsen 2020).

### Stillerom

Konseptet stillerom er uavklart med en rekke skisserte bruksområder (eksempelvis digital hjemmeoppfølging, aktiviteter med krav til konfidensialitet, digitale møter og kurs, konsentrasjonskrevende aktivitet). En ratio på 1 stillerom per 10 kontorplasser tilsier en betydelig underdimensjonering kapasitetsmessig for å kunne dekke skisserte bruksområder. Nye OUS angir at stillerom skal sikre at taushetsplikt opprettholdes. Rapport fra Sykehusbygg fra Sykehuset i Østfold beskriver utfordringer med løsningen. Mange ansatte benytter

[12] https://khrono.no/landskap-aktivitetsbasert-arbeidsplass-arbeidstilsynet/aktivitetsbaserte-kontor-kan-gi-30-prosent-tap-i-effektivitet/224457

stillerom som heldags kontorplass med brudd på Arbeidsmiljøloven, og mangel på egnet skjermet arbeidsplass fører til brudd på taushetsplikten i flerdelte kontorer/åpne landskap.

## Forskning og utdanning

Medvirkningsgruppen har meldt bekymring om betydelig mangel på programmert areal for å kunne ivareta Oslo universitetssykehus sine to lovpålagte oppgaver innen forskning og utdanning i nye bygg. Vi henviser til bekymringsbrev til direktør Smeland og Ebbesen ved OUS 09.04.22 fra gruppelederne (Vedlegg 5), og til bekymringsbrev til administrerende direktør og styret i HSØ og administrerende direktør ved OUS 27.10.22 fra medvirkningsgruppen (Vedlegg 6).

Livsvitenskapsbygget kan dekke noe av behovet til forskning tilknyttet laboratoriefagene, men ellers har Nye OUS ikke kommet opp med løsninger på rapporterte mangler i etappe 1. Det er ikke tilført areal eller kartlagt mulighetsrom i eksisterende bygningsmasse ved Aker og Rikshospitalet.

## Forskning

- I konseptfasen ble det besluttet å la forskningsaktivitet være igjen på Ullevål til etappe 2, et sykehusareal uten pasienter. Etappe 2 er ikke planlagt og har heller ingen innvilget finansiering, noe som ytterligere øker risikoen for at OUS ikke klarer opprettholde sin forskningsaktivitet og forpliktelser i en sannsynlig lang tidsperiode.
- Det vil mangle øremerket klinikknært areal til forskning i de nye sykehusbyggene. Riksrevisjonens rapport om forskning i sykehus 2021 angir at god nok tilgang til areal og utstyr er en sentral faktor for å øke deltakelse i kliniske studier.
- Det er ikke foretatt en kvalitetssikret kartlegging over klinikkenes areal og behov knyttet til forskning i eksisterende og nye bygg. Eksisterende oversikt over areal til forskning fremstår med store mangler.
- Det foreligger ingen planer for biobanklagringsenheter som kan dekke dagens biobankaktivitet eller fremtidens behov i Nye OUS.
- Det mangler øremerkede arealer for OUS til kontorer for forskere og andre ansatte involvert i forskningsaktivitet i nye bygg. Nye OUS har planlagt med cellekontorer kun for ledere og et fåtall to-delte kontor. Skissert kontorløsning virker ikke å kunne ivareta behovet til ansatte involvert i forskningsaktivitet. Det er også en bekymring for at diskrepansen mellom kontorløsningene for forskere ansatt ved OUS og UiO vil føre til misnøye og et arbeidsmiljømessig problem.
- Dagens planer for klinisk forskning består av ett forskningstun i poliklinikk og en klinisk forskningspost hver for voksne og barn for Nye Rikshospitalet, mens Nye Aker har ett forskningstun tilknyttet poliklinikk/akuttmottak over to plan og ett forskningstun i plan 4.
- **Totalt øremerket areal til forskning for OUS på tvers av Nye Aker og Nye Rikshospitalet er 513 kvm.**

### Utdanning

- Oslo Met og Lovisenberg Diakonale Høyskole (LDH) meldte ikke inn arealbehov i tide og har ikke fått eget øremerket areal til utdanning. UiO har uttalt at de ikke har areal til overs for sambruk med OsloMet og LDH, slik at dette må dekkes av areal fra OUS.
- Det er ikke tatt høyde for forventet økning i antall studenter innen helse- og sosialfag, samt økte krav til veiledning og supervisjon innen utdanningene.
- I dagens planer prosjekterer Nye OUS kun 15 smågrupperom og 22 samtalerom i Nye Rikshospitalet, og 16 smågrupperom og 13 samtalerom i Nye Aker. Dette skal ivareta utdanning av majoriteten av ca. 2000 helsefagstudenter (OsloMet/LDH) og 1100 leger i spesialisering (OUS). Dette arealet er åpenbart for lite til å kunne ivareta behovene knyttet til veiledning og supervisjon.

### Felles oppsummering

OUS har særegne behov som Norges største helseforetak innen forskning, innovasjon og utdanning. Prosjektert areal og planer for forskning og utdanning i Nye OUS kan ikke løse lovpålagte oppgaver og oppdragskrav. Å skille forskning og klinikk i etappe 1 og etappe 2 går imot fagmiljøenes anbefalinger. Svært begrenset programmert areal i nybygg avsatt til klinisk forskning medfører særdeles høy risiko for at OUS ikke vil klare å opprettholde dagens forskningsaktivitet, og dermed ikke vil klare å møte målsetninger og intensjon fra oppdragsdokument fra HSØ (2022) og Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021), samt OUS sine egne strategiplaner. Gitt skissert mangel på helsepersonell og menneskelige ressurser som største utfordringer i fremtidens helsevesen fremstår det likeledes uklokt å ikke satse sterkere på utdanning integrert i virksomheten. Planene reflekterer ikke innholdet i OUS sin egen strategiplan om utdanning.

## Utvidelsesmuligheter og reserveareal

I forprosjektrapporten legges det til grunn at betydelige deler av virksomheten skal være igjen på Ullevål og Statens senter for epilepsi i Sandvika. I tillegg vil det være behov for utvidelse av dagens virksomhet ved Rikshospitalet, som ikke er planlagt utvidet i tråd med forventet behovsvekst i etappe 1. Det er beskrevet at dette skal ligge i etappe 2. Det er uavklart om det er tilstrekkelig areal på de valgte tomtene til gjennomføring av etappe 2 og økt kapasitet for å håndtere veksten i behov som følger av demografiske endringer.

## Trafikale forhold

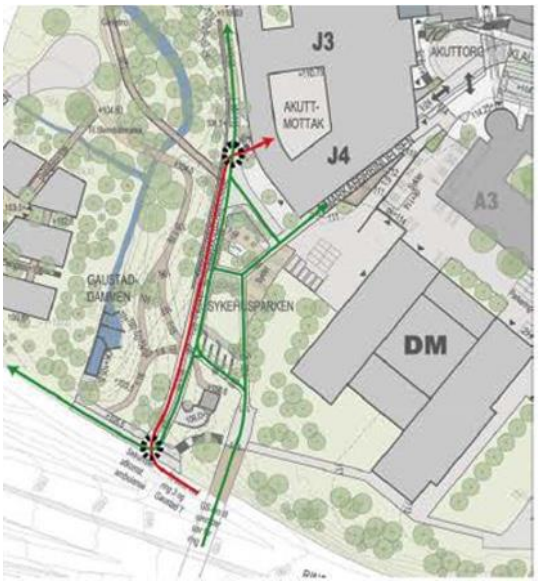
Antall parkeringsplasser er redusert etter Oslo kommunes norm uten å ta hensyn til at en stor andel av sykehusets brukere er bevegelseshemmet. Det er ikke avsatt tilstrekkelig antall parkeringsplasser for ansatte for å ivareta sykehusets beredskapsfunksjoner.

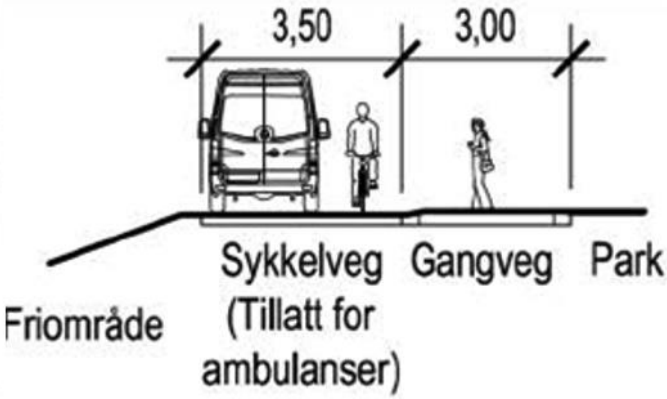
### Rikshospitalet

De trafikale forhold representerer fremdeles farer ved nytt inngangsparti på RH og adkomst for ambulanse i utrykning;

- Det ankommer et høyt antall drosjer (opptil 5-10 drosjer samtidig i travle perioder), trikker hvert 3. minutt, ambulanser under utrykning og gående/ syklende på et trangt område som gir høy risiko for ulykker.

- Ambulanse i utrykning er planlagt håndtert ved bruk av gang- og sykkelvei (markert i rødt i illustrasjonen under)




## Aker

- Hovedinnkjøringen til sykehuset via Sinsenveien er svært trang og uoversiktlig med mye tung transport til varesentralen og krysser fortau med myke trafikanter
- Ambulansevei til akuttmottak passerer inngangen til legevakten for alle som kommer med bil eller til fots og nedkjøring til p-plass for legevakten.

## Logistikk

Et effektivt og moderne logistikk-konsept bør legges til grunn for planlegging og bygging av moderne sykehus. Dette skal tilrettelegge for en effektivisering og utnyttelse av arealer for sykehusets kjerneoppgaver. Ansatte har ønsket å medvirke til et godt og helhetlig logistikk-konsept for det som planlegges i Nye Rikshospitalet og Nye Aker.

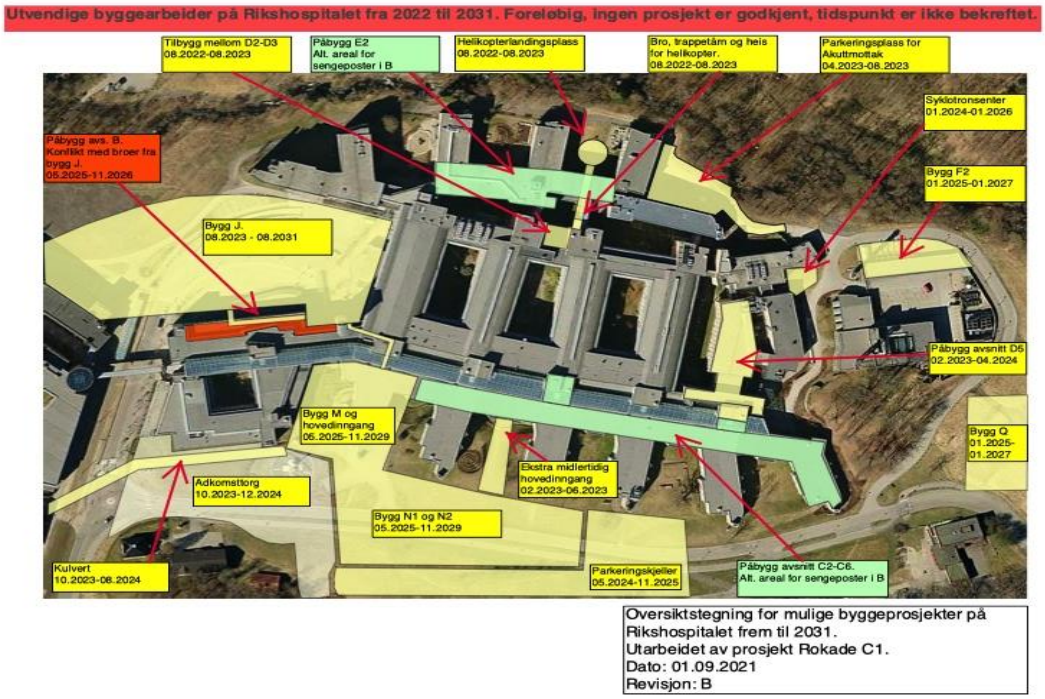
Tilbakemeldingene fra representanter i medvirkningsgruppen Logistikk er at prosjektet ikke er ferdigstilt og helhetlig analysert. Fagrapportene Logistikk for Nye Aker og Nye Rikshospitalet er ikke faglig forankret i OUS fagmiljø for logistikk. Forprosjektrapporten fremstiller logistikkløsningene som ferdige eller løsbare innenfor prosjektets areal og økonomiske rammer. Dette er misvisende, og i medvirkningsgruppens siste møte kommer det frem at en rekke forhold er uavklart eller ikke ferdig utredet, blant disse

- Prosjektutvikling av personstrømsanalyse og trafikkanalyse
- ROS analyser
- Flyt-simulering for verifikasjon av kapasitet
    - trafikkflyt, pasientflyt, ansatte-flyt, besøkende-flyt, vareflyt, sterilflyt, sengeflyt, avfallsanalyse

Gruppen konkluderte med at det må gjøres en totalgjennomgang av alle «flyter» for å sikre at det er tilstrekkelig og tilrettelagt areal og at øvrige forutsetninger er til stede for å ivareta logistikk i bygg-løsningene.

## Periode fram til innflytting

Planene for avvikling av Ullevål og utvikling av Nye Aker og Nye Rikshospitalet innebærer omfattende omlegging av sykehusets drift og inngripende tiltak i eksisterende bygningsmasse. Parallelt med at prosjektet skal realiseres skal det være full drift i eksisterende bygningsmasse ved Rikshospitalet. Det er videre planlagt betydelig driftseffektivisering og innsparinger i den samme perioden. Det framkommer av forprosjektrapporten at en rekke store virksomheter er tenkt inkorporert i eksisterende Rikshospital ved betydelig ombygging av dette anlegget. I tillegg vil det foregå utendørs byggevirksomhet i 360 graders sektor rundt sykehuset, samt oppe på tak og inne i atrier (se illustrasjon). Det er ikke sannsynlig at dagens anlegg på Rikshospitalet vil kunne ivareta sine funksjoner fullt ut i byggeperioden, og at driften der samtidig skal kunne effektiviseres med 10 prosent. En må påregne omfattende driftsforstyrrelser i anlegget når så inngripende tiltak skal gjennomføres. Det følger av dette at det er overhengende risiko for at de økonomiske målsetningene ikke vil la seg realisere, og at det vil tilkomme betydelige forstyrrelser i driften. En må også vente at tiltakene vil ha betydning for ansattes arbeidsmiljø og rekruttering til sykehuset.



# Vedlegg

| | |
|---|---|
| Vedlegg 1 | Brev til Riksrevisjonen |
| Vedlegg 2 | Notat Høringsinnspill fra PHA til Plan og bygningsetaten |
| Vedlegg 3 | Notat Valg av prinsipp for PHAs fremtidige romløsning |
| Vedlegg 4 | Opprop Kontorløsning til Underskrift |
| Vedlegg 5 | Brev til forskningsdirektør og Nye OUS fra Medvirkningsgruppe 19 |
| Vedlegg 6 | Brev til OUS og HSØ fra Medvirkningsgruppe 19 |
| Vedlegg 7 | Brev til Nye OUS Bekymring om mangel på areal |

**Henstilling om utvidet kontroll av beslutningsprosessen i Oslo Universitetssykehus**

Riksrevisjonen har tidligere gjennomført en utvidet kontroll av planleggingen av omstillingen i Oslo universitetssykehus (dokument 3:2 (2012-2013).[1]

I årene etter denne kontrollen ble utført har sykehuset gjennomført en planleggingsprosess for framtidig virksomhetsorganisering og nybygg. De viktigste dokumentene i prosessen er

- Arealutviklingsplan 2025
- Idefase OUS Campus Oslo
- Idefase konkretisering etter høring
- Konseptfaserapport Videreutvikling Aker og Gaustad

En kort oppsummering av prosessen er gjengitt her https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-1-2019/ous-prosessen-kort-oppsummert/

Ansattes organisasjoner i sykehuset og i Helse Sør-Øst har fremhevet at viktige hensyn ikke er hensyntatt i utredningen, og at veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusbyggingsprosjekter ikke har vært fulgt:

- det har ikke vært gjennomført en egnet kartlegging av prosjektutløsende behov
- det har ikke vært utarbeidet en virksomhetsmessig utviklingsplan
- det har ikke vært utarbeidet et styringsdokument i prosjektet.
- det forelå vesentlig mangler i konseptfasen før beslutning om forprosjekt ble tatt

Den innledende planleggingen har gått over flere år og kostet flere hundrede millioner kroner. Ved oppstart av forprosjektet i november 2020 ble den innledende planleggingsfasen avsluttet.

Selv om det stadig er uavklart om Aker/Gaustad-prosjektet vil la seg gjennomføre, vil Oslo universitetssykehus i de kommende årene måtte gjennomføre større omstillingstiltak og byggeprosjekter. Både for sykehuset og for eier vil det være avgjørende at tiltak er godt utredet og planlagt. Hvis det er vesentlige mangler eller svakheter i de innledende utredningene bør dette kartlegges og søkes kompensert.

Ansattes organisasjoner anmoder Riksrevisjonen om å vurdere om tidspunktet nå kan være egnet for å gjennomføre en utvidet kontroll av den innledende planleggingsfasen i sykehuset. Ansattes organisasjoner vil også be Riksrevisjonen vurdere om det kan være hensiktsmessig å beramme et møte for å diskutere aktuelle problemstillinger.

[1] https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2012-2013/dokumentbase_3_2_2012_2013.pdf

# Notat

Til:

Kopi:

Henstilling om
utvidet kontroll av b

Fra: Klinikk psykisk helse og avhengighet

Saksbeh.: TB Sangesland

Dato: 23.6.2022

Sak:

**Høringssvar fra Oslo Universitetssykehus, Klinikk for psykisk helse og avhengighet til forslag til statlig reguleringsplan for nytt sykehus på Aker, Trondheimsveien 235 mfl. Gnr./bnr.85/265 mfl.**

Høringssvaret tar utgangspunkt i dokumentet «Detaljregulering for Aker Sykehusområde: Hovedrapport Nytt sykehus på Aker, konsekvensutredninger.

*Oppsummert*
I høringsbrevet er man bedt om å kommentere på endringer som er utført siden forrige høringsrunde. KPHA har valgt å kommentere på tre av punktene som har direkte betydning for klinikken:

- *Bygningskonsept for psykisk helsevern ved Sinsenveien 76 er justert for å imøtekomme innsigelsen fra Riksantikvaren.* PHA har notert seg at den nye og justerte løsningen gir et skjermet uteareal som er vendt mot nord, og vurderer at den justerte løsningen fører til dårligere lys- og solforhold enn det som ble forespeilet før justeringen .
- *Bygningskonsept for psykisk helsevern sør på tomten er justert for å sikre bedre støyforhold for pasientbehandling.* Pasientbehandling i PHA foregår både innendørs og utendørs. Gjennomgang av justeringene og oppdatert støyrapport har etter vår vurdering ikke sikret tilfredsstillende støyforhold utendørs selv etter justering.
- *Fasader og byrom er videreutviklet for å skape mer variasjon og gode forhold for opphold utendørs.* Utearealene ved Sørkuben gir etter vår vurdering ikke gode forhold for opphold utendørs. Det er stort antall døgninnlagte pasienter som skal motta sin behandling i PHAs arealer inne og ute ved Sørkuben. Utearealet er ikke tilstrekkelige for å gi tilfredsstillende behandling, dette på grunn av aktivitet per areal (mennesketetthet), støy og manglende ivaretagelse av behov for stimulusavskjerming og personvern/diskresjon.

*Begrunnelse*
Det er vesentlig større arealbehov per pasient i KPHAs fagområder enn det er for pasienter i somatisk behandling. Pasienter med psykiske lidelser eller ruslidelser som mottar døgnbehandling er ikke og skal ikke ligge i seng. Noen pasientgrupper mottar døgnbehandling over svært lang tid, i en del tilfeller i kombinasjon med tvungen psykisk helsevern med døgnopphold (tilbakeholdelse i sykehus på tvang). De trenger oppholdsareal både for seg selv (privat sone), sosiale arealer samt varierte aktivitetsarealer både innendørs og utendørs.

- Stressreduserende tiltak er viktig både for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser. En moderat tetthet av mennesker i miljøene en beveger seg i samt muligheter for relativ avskjerming av menneskelig kontakt er svært viktige tiltak for stressreduksjon
- Andre viktige stressreduserende/-forebyggende tiltak:
  - Lav grad av støy
  - Utsyn til, opphold i og aktivitet i grøntarealer
  - Naturlig dagslys og utsyn til rolige, harmoniske omgivelser
  - Miljøer å kjenne seg igjen i og finne tilhørighet i («sikker base»)
  - Harmonisk arkitektur

Klinikkens arealer i nord har i løpet av reguleringsprosessen fått en ny utforming. Fra å ha et sørvendt atrium med stort lys- og solinnslipp, er bygningsmassen nå snudd 180 grader. Dette medfører at atriet nå er vendt mot nord. Dette medfører et langt mindre lys- og solinnslipp. Dette gjør at uteområdet i atriet blir mindre attraktivt å bruke store deler av året.

**Støyforhold på utearealene i sør**
Pasienter i behov av døgnbehandling i PHA har særskilte behov som det ikke redegjøres for her på noen fullstendig måte. Uteområdene utgjør en viktig bestanddel av pasientenes behandlings- og rekreasjonstilbud. KPHAs bekymringer er rettet mot trafikkstøy knyttet til uteområdene som er avsatt til klinikkens pasienter sør på Akertomten. Etter at alle avbøtende tiltak er iverksatt, så ligger fortsatt store deler av utearealene i gul og rød støysone. Pasientene i dette området får dermed liten tilgang til skjermede utearealer i rolige omgivelser. Støyforholdene utendørs forringer utearealet betraktelig.

**Størrelse og utforming på utearealene for KPHAs pasienter**
KPHAs pasienter vil på Aker disponere vesentlig mindre uteareal enn i dag. Området sør på tomten utgjør det største utearealet for KPHAs pasienter på Aker. Området her er fordelt på atrier, lameller og mer åpne områder, som ligger ned mot støyskjermen. Helt nede om støyskjermen er det innregulert en gangsti som er åpen for almen ferdsel. Det planlegges for at KPHAs utearealer skal skjermes for innsyn fra gangstien med busker, trær og voller. Denne gangstien er lagt inn i den senere delen av planleggings-/reguleringsprosessen. KPHAs vurdering er at denne gangstien reduserer et allerede lite uteareal, og at det vil bli vanskelig å opprettholde nødvendig diskresjon og stimulusregulering overfor innlagte pasienter

**Pasient (menneske-) tetthet**
Det er planlagt for totalt 303 senger, fordelt på165 senger i anlegget i sør, 42 i midt (Refstad) og 96 i nord. Dette er et høyt antall pasienter på en forholdsvis lite grunnareal. Det somatiske arealet er betydelig, og det vil således være mange pasienter, pårørende og ansatte på Aker til enhver tid. Store deler av arealene vil være felles for alle.
Varighet av behandling av alvorlig psykisk sykdom er oftest over flere måneder. Også ved kortere, akuttopphold er det viktig å legge til rette for utendørs aktivitet som velferdstiltak og som ledd i behandlingen. Tilfriskningen av KPHAs pasienter generelt, og denne gruppen

spesielt, gjøres best i miljøer med begrenset mennesketetthet og tilgang til skjermede omgivelser.  Det vil være begrenset tilgang til slike arealer på Aker.

KPHAs vurderinger er tatt med utgangspunkt i den vedlagte kunnskapsoppsummeringen for hvordan pasientgruppene påvirkes av de fysiske omgivelsene under behandlingen.

Vedlegg:  Kunnskapsoppsummering:  Hva vet vi om de fysiske omgivelsenes betydning for personer med alvorlige psykiske lidelser, Kristin Lie Romm og Trine Vik Lagerberg

Notat

Til: Klinikkledelse, klinikktillitsvalgte og -verneombud
Kopi:
Fra: Klinikkleder Marit Bjartveit
Saksbeh.: Prosjektkoordinator Nye OUS Thor Børre Sangesland
Dato: 3/6-2021
Sak:

Valg av prinsipp for PHAs fremtidige romløsning for poliklinikkbehandlere og kontormedarbeidere på Nye OUS Aker

Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA) praktiserer i dag at stort sett alle ledere, behandlere i poliklinikk og kontormedarbeidere har egne faste kontorer, cellekontorer. Behandlerne bruker sine egne kontorer til behandlingssamtaler. Dette suppleres med felles møterom når det er flere personer som møtes i behandlingsøyemed.

Aktuelt
Framtidig areal på Aker er beregnet ut fra en nasjonal modell som tar utgangspunkt i dagens aktivitet, som fremskrives til innflyttingstidspunktet og videre utover i tid. Modellen legger opp til at det skal være en helt annen måte å bruke ovennevnte arealer på:

- Antall faste cellekontorer er begrenset for ovennevnte medarbeidere, og er i stor grad forbeholdt ledere
- Det legges opp til at kontorarbeidsplassene ikke er faste, og skal deles
- Rom til behandling av en enkelt pasient, grupper av pasienter eller pårørende må bookes på forhånd

PHA har gjennom hele planleggingsprosessen gitt tydelig tilbakemelding på at dette er en modell som ikke er hensiktsmessig for driften innen psykisk helsevern og TSB.

PHA har et gitt areal på Aker, og det er laget et romprogram som spesifiserer de forskjellige romtypene og deres størrelser. Det finnes undersøkelses-/behandlingsrom som har forskjellige størrelser. Det samme med samtalerom, arbeidsrom, kontorarbeidsplasser, arbeidsstasjoner, møterom etc.

Klinikken har tidligere blitt informert om at innenfor de gitte arealrammene, gir romprogrammet mulighet for en viss fleksibilitet. PHA har rettet en forespørsel til Prosjektorganisasjonen Nye OUS Aker (PO)om hvordan denne fleksibiliteten kan utnyttes, svaret fra PO i kursiv:
«Det er informert om at de polikliniske arealene vil bli bygd etter en standardisert modell hvor det skal bookes møterom for konsultasjoner og annet, fleksibel bruk arbeidsrom, samt åpent kontorlandskap.»
PHA har ved en rekke anledninger gitt uttrykk for at dette er en dårlig løsning for pasient-behandling. Tilbakemelding er gitt både i fokusgrupper i konseptfasen, og i andre møter hvor

representanter fra PO har vært til stede. I den grad vi har fått svar, så er det stort sett feil forum og feil tidspunkt. Jeg ber derfor om tilbakemelding om i hvilke kanaler PHA kan løfte denne problemstillingen, hva slags tidshorisont vi har, og hva slags fleksibilitet vi har innenfor de angitte arealrammene.
Jeg har løftet dette oppover, og har følgende tilbakemelding; Innenfor rammene, dvs. arealrammen, kostnadsrammen og også den forventningen som ligger til grunn for antall behandlingssesjoner som skal gjennomføres innenfor arealet, kan PHA foreslå andre måter å bruke arealet på enn den standardprogrammeringen som ligger til grunn. Her må dere imidlertid huske på at dersom dere tenker at dere kutter akke poliklinikkrom, tildeler alle behandlere eget kontor – hvordan håndterer dere økning i sesjoner, og økning i antall behandlere? Dersom dere trenger komplett romprogram for å se på antall kontorer, antall poliklinikkrom og totalt areal, skaffer vi dere det. Ettersom programmering av rom skal skje delvis i hovedaktivitet B, som starter rett før sommerferien, og i aktivitet , som starter tidlig på høsten, må endringer i programmering skje i denne sammenheng. Det betyr at vi bør ha et forslag fra dere på dette HELST i forkant av oppstart hovedaktivitet B».

Dette gir PHA en mulighet til å få til endringer på utformingen av det planlagte polikliniske arealet, og det foreligger to prinsipielle løsninger, kort beskrevet under.

Alternativ 1
PHA beholder det planlagte forslaget, hvor arbeidsplasser deles, og hvor behandlingsrom må bookes.

Konsekvenser
PHA har gitt tilbakemeldinger på at dette er en løsning som ikke er hensiktsmessig for klinikken. En slik løsning har vist seg å senke effektiviteten, bl.a. fordi en del pasienter har utfordringer med å forholde seg til oppgitte avtaletidspunkter som er nødvendig ved en booking-løsning.

Alternativ 2
PHA ber om at arealet knyttet til poliklinikk endres slik at polikliniske medarbeidere i så stor grad som mulig opprettholder tilgangen til egne cellekontorer.

Konsekvenser
For å få til en slik løsning innen den arealrammen som er gitt PHA vil det være nødvendig å endre på romløsningen ved de polikliniske enhetene. En del av undersøkelses- og behandlingsrommene er hhv 12 og 16 kvm. Disse kan gjøres mindre. Dette gjelder antakelig også for andre romtyper.
Det vil uansett ikke være mulig å få til dagens ordning med cellekontorer for alle polikliniske medarbeidere som pr i dag er påtenkt innflyttet på Aker. Det vil være medarbeidere som er nødt til å dele kontorløsninger i større grad enn i dag. Det kan også være et alternativ at deler av den polikliniske driften som planlegges på Aker blir plassert andre steder.

Vedtak
PHA vedtar at arealet til poliklinisk drift utformes fleksibelt, og er tilpasset driften til den enkelte enhet. For noen enheter vil det være en utstrakt bruk av cellekontorer og

supplerende tilgang til møterom/grupperom.  For andre enheter vil det være aktuelt å utforme et areal med delte arbeidsplasser og booking av behandlingsrom.

**Opprop kontorløsning**
Til (sett inn navn på seksjonsleder, avdelingsleder og klinikkleder)
Fra (sett inn navn på avdeling, og yrkesgruppe)
Bekymring om kontorløsning for Nye Rikshospitalet og Nye Aker
Vi har fått informasjon om nåværende skissert kontorløsning for Nye Rikshospitalet og Nye Aker, og uttrykker sterk bekymring for foreslått løsning. Vi kan ikke se at løsning med stor andel av 6-delt kontor skal dekke det behovet vi har i vår hverdag som klinikere. Vi vil poengtere at vi må følge Helsepersonellovens krav til taushetsplikt, og sykehuset må følge Spesialisthelsetjenesteloven og Arbeidsmiljøloven og legge til rette for at vi kan drive forsvarlig virksomhet i vår rolle som helsepersonell.
Legene ønsker en kombinasjon av 1-, 2- og max 3-delt kontor. Dette i tråd med vårt behov for særlig konsentrasjonskrevende aktivitet, effektivitet, og taushetsplikt knyttet til pasientoppfølging.
Oslo, (sett inn dato)
Signaturer

Til Forskningsdirektør OUS Erlend Smeland og prosjektdirektør Nye OUS Just Ebbesen
Oslo 09.04.2021
Medvirkningsgruppe 19 Nye OUS FoU

**Hovedtilbakemeldingen fra MVG19 til ledelsen på OUS og prosjektorganisasjonen Nye OUS i forkant av møte 2 i MVG19 Nye OUS FoU-møte 12 april 2021**:

*Det er et uforholdsmessig stort gap mellom innmeldte dedikerte arealbehov til klinikknær klinisk forskning og det svært begrensede tildelte disponible areal til denne virksomheten i Nye OUS-organisasjonsplanleggingen. Konsekvensene er en svært høy risiko og sannsynlighet for at Nye OUS ikke kan oppfylle forventninger og krav i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021), og oppdragsdokumentet fra HSØ vedrørende forskning.*

**MVG 19 ser derfor frem til at OUS utreder løsninger som forhindrer at klinisk forskningsaktivitet reduseres/faller bort i etappe 1 og at kliniske forskningsmiljøer ikke vil kunne opprettholdes og utvikles i tråd med samfunnets behov både i etappe 1 og** 2. Dette kan inkludere, men er ikke begrenset til:

- i. å vurdere om premissene for tildelte forskningsarealer er såpass endret (jfr nye krav om økning i kliniske behandlingsstudier) at arealfordelinger til forskning i nybygg bør revurderes
- ii. å raskt utrede bruk «eksisterende» bygg på Gaustad og Aker for å opprettholde klinisk forskningsaktivitet i etappe 1, inkludert identifisere miljøer disse arealer kan være aktuelt for
- iii. koordinere sykehusovergripende prosesser som tydeliggjør hvilke klinisk forskningsaktiviteter som vil være hensiktsmessig å forbli i etappe 1 på Ullevål (utover Øyeavdelingen, som er planlagt overført in toto i samlete arealer for klinikk, forskning og laboratorieaktivitet til Nye RH i etappe 2).

**Bakgrunn**

1. mars 2021 startet MVG19 FoU sitt arbeid for å gi råd om plassering av forskning (F) og undervisning (U) i Nye OUS, på hhv Nye Rh og Nye Aker. Mandatet var begrenset til plassering og fordeling av arealer til F og U innenfor nybygg, arealer til rådighet var vist tabellarisk i F og U-dokument fra 2020-05-15 og innbefattet ikke forskning ved Ullevål knyttet til klinisk virksomhet som skal flyttes til Nye Rh/Nye Aker i etappe 1.

Det ble raskt klart at:

a a) En samlet oversikt over klinikkenes behov for dedikerte arealer og planer for å ivareta forskning og undervisning i nye og eksisterende bygg i nye OUS er svært mangelfull i. konseptfasens oktober 2018-innmeldte behov var ikke tatt videre i forprosjektfasen

a ii. dokumentet fra mai 2020 med tabellarisk arealer til Fog U var ikke kvalitetssikret eller vurdert av alle klinikker som var planlagt flyttes til Nye RH/Aker i etappe 1.

a iii. det forelå ingen oversikt over, eller konkrete planer for plassering av hvilken forskningsaktivitet som ikke er planlagt flyttet i etappe 1 til nybygg RH/Aker

a iv. det er fremdeles noe uklart hva som skjer med de store forskningsmiljøene/instituttene, inklusive flytting til Livsvitenskapsbygget-LVB (for eksempel IEMF flytting i etappe 2 eller ikke til LVB)

a v. mulig lokalisering av forskningsvirksomhet i nybygg versus eksisterende bygg inngår ikke i MGV-gruppenes mandat, men er av vesentlig betydning for OUS sin totale FoU- virksomhet

a

a b) De svært begrensede (<1%) av arealene i nye OUS avsatt til klinikknær klinisk forskning i tabellen fra 2020-05-15 i. vil ikke gi OUS mulighet til å møte eiers/Regjeringens krav om klinisk studieaktivitet (hverken vedlikehold av denne i etappe 1 eller den økningen på 15% som er bestilt årlig, med et mål om at 5% av alle pasienter skal delta i et klinisk forskningsprosjekt)

a

ii. reflekterer ikke behov for gjennomføring av klinikknær klinisk forskning som rapportert i 2018 (A7/G7) etter 1 års konseptfasearbeid i forskningsmiljøene
iii. gjenspeiler ikke at forskning er en av fire likestilte oppgaver for OUS,
iv. er ikke i tråd med rapport fra OUS Scientific Advisory Board (februar 2021)

c) Forskning ved Ullevål, inklusive klinikknære kliniske studier, er planlagt å *ikke flytte i etappe 1*, selv om all klinisk aktivitet flytter til hhv Nye RH og Nye Aker. i. hvilke miljøer dette gjelder,
ii. når eventuell flytting (etappe 1/etappe 2?) skal gjennomføres,
iii. hvilke arealer som er tiltenkt forskning flyttet i etappe 2 (verken omfang eller tidsplan er beskrevet for etappe 2)
iv. hvordan klinikknær klinisk forskning skal gjennomføres ved Ullevål når den kliniske virksomheten er flyttet derfra
v. hvilke bygg som skal driftes videre på Ullevål etter etappe 1 og hvordan disse skal ivareta klinikknær klinisk forskning der klinisk virksomhet er flyttet til Nye RH/Aker
i. Per dags dato er kontorarealer i Nye OUS uavklarte, og i utgangspunktet for begrenset til å romme nødvendige forsknings- og veiledningsfunksjoner.
ii. Begrepet «pasienten i lommen» er eksperimentelt, og det stilles spørsmål hvordan personvern, kliniske studier, undervisnings- og veiledningsaktivitet skal ivaretas; tre store og viktige kjerneoppgaver for OUS. Forskningsaktivitet er helt avhengig av forutsigbare lokaler, der booking av møterom vil være svært uhensiktsmessig.
iii. OUS-kontorsituasjon er av vesentlig betydning for UiO sine arealdisponeringer for akademisk ansatte. Eksempelvis: hvis OUS ikke planlegger kontorer for sine professor II-ansatte, vil mer av UiOs planlagte arealer på Nye OUS gå til kontorer, og det blir mindre areal igjen til kliniske studier.

Det mangler oversikter over og planer for
d) Kontorsituasjonen er særdeles utfordrende

MVG19 fant det derfor avgjørende å få større oversikt over forskningsvirksomhet og undervisningsvirksomhet på tvers av hele OUS, inkludert nye og eksisterende bygg. Dette har vært svært krevende for MVG19 samt for klinikkene og deres representanter, da tiden for å frembringe slik kompleks informasjon har vært knapp.
Etter flere møter innad i MVG-19 samt med forskningsledelsen OUS og UiO og tilbakemeldinger til prosjektorganisasjonen, ble MVG19 FoU Nye OUS via en epost fra prosjektdirektør Nye OUS Just Ebbesen, bedt om å svare ut en henvendelse om «forskertun».
Tross svært kort tid, og basert på dialog med klinikkene via forskningsledere, vedlegges en overordnet anbefaling om forskertun; behov og begrunnelse som vist i vedlegg 1.
I tillegg legger vi ved klinikkenes innmeldte behov for dedikerte arealer til klinikknær klinisk forskning fra klinikkene, koordinert av forskningslederne før og etter påsken. Disse viser kompleksiteten i klinikkenes forskningsaktivitet. De detaljerte svarene (langt utover bestillingen på forskertun-vurderinger) tydeliggjør at de tilgjengeliggjorte arealene til klinikknær forskning som MVG 19 er bedt om å svare ut for Nye OUS-arealer, på ingen måte vil kunne tilfredsstille klinikkenes innmeldte behov.
MVG19 oppsummerer:
1. Det nye OUS har svært høy risiko og svært høy sannsynlighet for å ikke kunne videreføres som landets ledende universitetssykehus, innen de gitte rammer for dedikerte arealer til klinikknær klinisk forskning i nybygg ved Nye RH og Nye Aker

2. All erfaring tilsier at funksjonelle forskningsenheter må ha et minimum av dedikert og tilpasset infrastruktur, som er tilpasset forskningens behov. Fragmentering av enheter til enkelte rom spredt rundt i ulike områder vil ikke være hensiktsmessige for effektiv gjennomføring av kliniske studier. Dette synliggjøres gjennom dokumentet «Forskertun» (vedlegg 1).
3. De avsatte arealrammer i Nye Rh og Nye Aker til klinikknær klinisk forskning er svært langt fra det store behovet meldt inn fra klinikkene, selv om optimal sambruk og mulig effektivisering kan oppnås. Denne konklusjon er basert på fokusgruppe rapport A7/G7 (2018) i tillegg til forskningsbehov fra klinikken basert på dagens aktivitet samlet inn i perioden 4.3-6.4 2021. Oversiktene er ikke fullstendige, men er likevel godt egnet til å belyse det store gapet mellom avsatte arealer og nødvendige dedikerte arealer fra klinikkene for å gjennomføre forventet forskningsaktivitet (Vedlegg 2).
4. Forskningsvirksomhet og undervisningsvirksomhet kan kun i begrenset grad sambruke arealer. Best egnet til sambruk er kontorer til forskere/veiledere/undervisere, som ved møtevirksomhet på eget kontor vil legge mindre beslag på begrenset antall samtalerom og møterom.
5. For å kunne gi hensiktsmessige råd om plassering av forskningsfunksjoner i nybygg Nye Rh og Nye Aker fremholder MVG19 FoU at det må foreligge en overordnet plan for virksomheten til forskningsinstituttene og klinikknær klinisk forskning i Nye OUS, på tvers av bygninger og tidspunkt for innplasseringer.

**Forslag til videre prosess:**
MVG 19 har ikke mandat til å gi råd annet enn i Nye OUS-arealer. Vårt arbeid hittil har tydeliggjort at de tildelte disponible arealer til klinikknær klinisk forskning verken kan opprettholde dagens forskningsaktivitet eller ivareta forventninger og krav i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier (2021), og oppdragsdokumentet fra HSØ vedrørende forskning.
MVG 19 ser heller ikke at fortsatt klinisk forskningsaktivitet i fraflyttede kliniske lokaler ved Ullevål kan opprettholde forskningsbehov i etappe 1.
MVG 19 mener det er uhensiktsmessig å gi råd om hvilke klinikker/avdelinger som bør ha tilgang på de meget begrensede kliniske forskningsarealene i nybyggene, så lenge OUS ikke har overordnede planer for den samlete kliniske forskningsaktivitet-beliggenheten i etappe 1 og påfølgende etapper. Det er derfor nødvendig at ledelsen på OUS og prosjektorganisasjonen for Nye OUS ser på det samlede behovet for forskning som notatet har redegjort for.
For MVG19 FoU Nye OUS
Karin C. Lødrup Carlsen Annetine Staff
Leder MVG19 FoU Nye Rh Leder MVG19 FoU Nye Aker
*Vedlegg:*
Innmeldte behov forskningsarealer mars-april 2021 (dokumentsamling; *NB ikke komplett*) (pdf)
Rapport forskning OUS fra Fokusgruppe A7/G7 2018 OUS (pdf)
Klinikkenes innmeldte arealbehov 13.03.2021 (*NB ikke komplett*) (excel)
08.04.2021 Tilbakemelding forskningstun Nye OUS (pdf)

27.10.22
Til Terje Rootwelt, administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
Styret i Helse Sør-Øst RHF
Bjørn Atle Bjørnbeth, administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus (OUS) HF

## Bekymring vedrørende forskning og utdanning i Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet nærmer seg slutten. Medvirkningsgruppe (MVG) 19 forskning og undervisning ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet har siden første møtet i mars 2021 meldt bekymring om betydelig mangel på programmert areal for å kunne ivareta Oslo universitetssykehus sine to lovpålagte oppgaver innen forskning og utdanning i nye bygg. Vi henviser til bekymringsbrev til direktør Smeland og Ebbesen 09.04.22 fra gruppelederne. Livsvitenskapsbygget kan dekke noe av behovet til laboratoriefagene, ellers har Nye OUS ikke kommet opp med løsninger på rapporterte mangler i etappe 1. Det er ikke tilført areal eller kartlagt mulighetsrom i eksisterende bygningsmasse ved Aker og Gaustad. Da manglene fremdeles fremstår alvorlige og i liten grad ivaretatt, velger vi derfor å sende et nytt overordnet bekymringsbrev.

- Innmeldte behov fra konseptfasen (fokusgruppe A7/G7) 2018 er ikke tatt til følge i forprosjektfasen. Det ble ikke gjennomført en risikovurdering av konsekvenser av dette valget, som innebærer at en del av nåværende forskningsaktivitet må bli igjen på et sykehusareal uten pasienter (Ullevål) i etappe 1 av Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Etappe 2 fremstår usikker, både i finansiering og tidsperspektiv, noe som ytterligere øker risikoen for at OUS ikke klarer opprettholde sin forskningsaktivitet og -forpliktelser i en sannsynlig lang tidsperiode (minimum etappe 1).
- Det er ikke foretatt en kvalitetssikret kartlegging over klinikkenes areal og behov knyttet til forskning i eksisterende og nye bygg.
  - Riksrevisjonens rapport om forskning i sykehus 2021 angir at god nok tilgang til rom og nødvendig utstyr er en sentral faktor for å øke deltakelse i kliniske studier.
  - Dagens planer for klinisk forskning består av ett forskningstun i poliklinikk og en klinisk forskningspost hver for voksne og barn for Nye Rikshospitalet, mens Nye Aker har ett forskningstun tilknyttet poliklinikk/akuttmottak over to plan og ett forskningstun i plan 4 for OUS.
  - Det foreligger ingen planer for biobanklagringsenheter som kan dekke dagens biobankaktivitet, ei heller fremtidens behov, i Nye OUS.
- Det er ikke tatt høyde for forventet økning i antall studenter innen helse- og sosialfag, samt økte krav til veiledning og supervisjon innen utdanningene.
  - Den nye Spesialistforskriften fra 2019 ilegger helseforetakene ansvar for spesialistutdanningen av leger. Dette ansvaret inneholder blant annet nye og

omfattende krav til veiledning og gruppeveiledning, både innen spesialitetsspesifikke læringsmål og felles kompetansemål.

○ I tillegg pågår det er stort utviklingsarbeid for nye nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag, såkalt RETHOS, som skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene og skal forskriftsfestes. Fokus er økt kvalitet i utdanningene, og det ser ut til å foreslås mer omfattende krav til veiledning og gruppeveiledning enn med dagens retningslinjer.

○ I dagens planer prosjekterer OUS kun 15 smågrupperom og 22 samtalerom i Nye Rikshospitalet og 16 smågrupperom og 13 samtalerom i Nye Aker. Dette skal ivareta utdanning av majoriteten av ca 2000 helsefagstudenter (OsloMet/Lovisenberg Diakonale Høyskole) og 1100 leger i spesialisering (OUS).

Nåværende løsning for FoU i Nye Aker og Nye Rikshospitalet samsvarer derfor *IKKE* med:
 Innhold i hovedmål i OUS Utdanningsstrategi 2019-2022
 Innhold i hovedmål i OUS Forskningsstrategi 2021-2025
 Anbefalinger fra OUS sitt Scientific Advisory Board 2021
 Målsetning i Utviklingsplan 2040 (foreløpig utkast)

Svært begrenset programmert areal i nybygg avsatt til klinisk forskning medfører høy risiko for at OUS ikke vil klare å opprettholde dagens forskningsaktivitet i etappe 1 og senere, og dermed ikke vil klare å møte målsetninger og intensjon fra oppdragsdokument fra HSØ 2022 og Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021.
OUS har særegne behov som Norges største helseforetak innen forskning, innovasjon og utdanning. Vi ber HSØ om å sørge for en helhetlig plan for forskning og utdanning i Nye OUS som samsvarer med lovpålagte oppgaver og oppdragskrav.
Med vennlig hilsen
Annetine Staff, leder av MVG19 Nye Aker
Karin C. L. Carlsen, leder av MVG19 Nye Rikshospitalet
Trond Vartdal, deltaker i MVG19 Nye Aker, og utdanningskoordinerende overlege, Utdanningsavdelingen, Stab forskning, innovasjon og utdanning, OUS
Marit V. Forslund, tillitsvalgt i MVG19 Nye Aker og Nye Rikshospitalet for Legeforeningen, og vara foretakstillitsvalgt Ylf ved OUS
Benedikte Stavik, tillitsvalgt i MVG19 Nye Aker og Nye Rikshospitalet for Forskerforbundet, og tillitsvalgt for Forskerforbundet ved OUS
Oslo, 27.10.22

Fra
Gruppeledere av medvirkningsgrupper
Nye RH
Til
Nye OUS
v/ Bjørn Aage Feet og
Just Ebbesen
Oslo 10.6.2022

**Bekymring om mangel på areal og ønske om avklaringer vedrørende Nye RH**

Forprosjektet for Nye RH går inn i den avsluttende fasen og arbeidet i medvirkningsgruppene går mot slutten. De undertegnede gruppeledere synes imidlertid at det fremdeles mangler en del sentrale avklaringer samtidig som vi frykter at potensielle problemområder kan ha forblitt uoppdaget.

Våre bekymringer gjelder i hovedsak:

1. Areal til ansatte, deriblant
a. Kontorer
b. Møterom
c. Vaktrom / overnatting for vaktgående
d. Garderober inkl. ut- og innlevering av tøy

2. Heiskapasitet
3. Mangler på kvalitetssikring på tvers av gruppene spesielt med tanke på pasientsløyfer / transportveier

Ad 1:
Kontorer:

Prosjektet hadde valgt å tildele de enkelte gruppene noen kontorer tiltenkt drift, mens det store flertall av kontorer og møterom ble utformet innenfor MVG 21. Antall kontorer som senere skal tilfalle de enkelte klinikker skal senere avgjøres av OUS. Av dokumentet «2022-06-03 Dagsorden programstyremøte Nye Aker Nye RH v2» fremgår av en tabell på side 118 at man ved optimal utnyttelse av areal avsatt til kontorer (6-manns kontorer) planlegger med 407 kontor-arbeidsplasser og man maksimalt oppnår at 15 % av planlagte årsverk kan ha kontorarbeidsplass versus 32 % i eksisterende bygg. Tallet faller til 11 % (300 kontorarbeidsplasser) hvis man velger å etablere noen enekontorer som skissert i det forslaget som programstyret har gitt sin tilslutning til.

Nye OUS har tidligere forespeilt at nye arbeidsformer skal bidra til dramatisk redusert behov for kontorplasser spesielt for legene. Vi er svært bekymret for at man grovt underestimerer det fremtidige behov for kontorarbeidsplasser og understreker at hverken forskningsarbeid, kvalitetssikrings- og forbedringsarbeid eller pasientrettet virksomhet er egnet for mobile kontorløsninger. Vi ser også av aktuelle tegninger at det ikke er tilstrekkelig driftsnær areal for kontorer. Det er stor fare for at man tidlig etter at bygget er tatt i bruk må konvertere areal for pasientbehandling til kontorareal for å kunne drifte effektivt.

*Hvordan kvalitetssikret Nye OUS antall kontorer i de nye byggene? Kontorplasser er et problem i OUS i dag, det vil med begrenset arealramme medføre økte utfordringer i fremtiden. Hvordan planlegger Nye OUS økt behov for kontorplasser i nye bygg ved fremtidig vekst av organisasjonen?*

Møterom:
Det vil også i fremtidens sykehus være behov for kliniske møter med fysisk tilstedeværelse. Gruppene mangler oversikt over antall møterom utenfor egen gruppe. I de gruppene hvor møterom er inkludert i romprogrammet er antallet ikke tilstrekkelig for å dekke eget behov.
*Hvordan har Nye OUS kartlagt og dimensjonert behovet for møterom og er denne kartleggingen tilgjengelig?*
Vaktrom:
Vaktgående personale med tilstedevakt, typisk primærvakter i LIS-stilling, men også overlege med tilstedevakt eller tilkallingsvakt vil ha behov for hvilerom helst med tilgang til dusj og toalett. Leger i tilstedevakt med akutte oppgaver er avhengige av vaktrom og hvilerom i nærhet av akuttfunksjonsområdet. Vi kan ikke se at disse behovene er dekket i romprogrammene.
*Er det satt av areal til vakthavende personale?*
Garderober:
Ved bortfall av kontorer vil et større antall ansatte måtte skifte i personalgarderobene.
*Er dette tatt med i beregningen av antall garderobeplasser? Er det gjort prognoser for fremtidige behov ved økning av antall ansatte?*
I noen grupper bemerkes også mangel på areal til oppbevaring og bruk av varer, utstyr, avfall samt pasientrelaterte hjelpemidler.
Ad 2:
J-bygget blir høyt med akuttmottak i underetasjen, poliklinikk i 1. etasje, bildediagnostikk i 2. etasje, intensiv og operasjon i 3. og 4. etasje, føde i 7.etasje, og sengeposter i de øvrige plan. I tillegg er det behov for bruk av heis for å komme i 2. etasje fra M/N til D, fra D til J, samt fra J til E.
Bekymring for heiskapasitet ble i noen grupper allerede referatført tidlig i 2021. Vi er bekymret for den totale heiskapasiteten spesielt sett i lys av at enkelte heiser er tenkt reservert for svært akutte funksjoner (helipad, føde). De øvrige heiser må deles mellom akutte og elektive transporter. I tillegg anser vi det ikke som realistisk at ansatte fra øvre etasjer kommer til å bruke trapp på vei inn og ut av sykehuset eller til og fra kantine. Det samme gjelder polikliniske pasienter som skal til bildediagnostikk. Kontaminasjon av heisene ved transport av smittepasienter kan redusere kapasiteten ytterlige.
*Vi etterlyser en rapport med kritisk gjennomgang av heiskapasitet.*
Ad 3:
Ved tilfeldige samtaler mellom gruppeledere har flere av oss identifisert problemer som ikke var avdekket innenfor gruppearbeidet. Vi synes det er oppsiktsvekkende at Nye RH hittil ikke har organisert møter med alle gruppelederne samlet hvor man for eksempel kunne kvalitetssikre logistikk ved sentrale pasientsløyfer og nødvendige støttefunksjoner / vareforsyning. Det finnes eksempler på pasientsløyfer som er planlagt forskjellig i enkelte grupper uten at gruppelederne er gjort oppmerksom på dette, samt eksempler på at planlegging har havnet mellom to stoler.
*Vi er positive til at Nye RH nå planlegger et møte med gruppeledere og anmoder om å organisere flere slike møter for å sikre en systematisk gjennomgang av både pasientsløyfer, øvrig logistikk og areal som brukes på tvers av gruppene, for eksempel MDT rom.*
Gruppelederne understreker at vi etter beste evne prøver å bidra til at Nye RH finner løsninger som fremmer pasientsikkerhet, effektiv drift og godt arbeidsmiljø. Arealrammen var gitt ved oppstart av forprosjekt selv om mange avklaringer fremdeles manglet. Vi opplever at de gitte arealrammer er

svært trange og areal til påkrevde, driftsnære funksjoner er utelatt. Vi er også bekymret for at sykehuset planlegges uten reservekapasitet som kunne avhjelpe dersom deler av planleggingen og dimensjoneringen skulle vise seg å være feilaktig.
Av praktiske årsaker omhandler vår henvendelse bare Nye RH, men vi er overbevist om at tilsvarende problemstillinger også gjelder for Nye Aker.
Vi imøteser svar fra Nye OUS og håper at en møteserie med gruppelederne kan gjennomføres før forprosjektet avsluttes.
Med vennlig hilsen
**Helle Midtgaard MVG 3 Akuttfunksjoner**
**Ivan Bjerknesli Dahl MVG 4.3 Endoskopi**
**Camilla Friis MVG 5 Føde**
**Søren Pischke MVG 7 Intensiv og post-op**
**Dyveke Qvenild MVG 8 Operasjon**
**Eric Dorenberg MVG 9 Bildediagnostikk og kardiologisk intervensjon**
**Mona Elisabeth Revheim MVG 9.1 Nukleærmedisin**
**Steinar Krey Voll MVG 11 Klinisk service**
**Paulina Wedde MVG 12 Logistikk**
**Kirsti Tangen-Fosser MVG 16 Pasient- og personservice**
**Fredrik Fällman MVG 21 Kontorarbeidsplasser og møterom**
Kopi: Fagkoordinatorer Nye RH