

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8.

<i>Dato:</i>	3. juni 2019
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Konseptfase Aker og Gaustad
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (Adm.dir.), Morten Reymert (DST/ØJI), Susanne Flølo (DST/HR), Øystein Solheim Lien (DST/HR), Nina Fosen (OSS), Einar Hysing (DST), Ørjan Sandvik (DST/ØJI), Sigbjørn Smeland (KRE), Morten Tandberg Eriksen (KIT), Inger Heiberg (OSS), Øyvind Skraastad (AKU), Heidi Ugreininov (BAR). Referent: Nina Fosen.
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Svein Erik Urstrømmen (NSF), Kristina Flornes Aalo (NFF), Elizabeth Holtebekk (NFF), Jonathan Faundez (NITO), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Kajsja M. Liljefors (Delta), Eli Skorpen (NRF), Aasmund Bredeli (Dnlf), Birgit Aanderaa (NPF), Linda Møllersen (Forskerforbundet), Lene Bachmann, (DNJ), Nina Haugen Irgens (Juristforbundet).

Konseptfase Aker og Gaustad

Administrerende direktør Bjørn Erikstein innledet drøftingen med henvisning til utsendte saksdokumenter og forslag til vedtak i sak 39 /2019 som skal behandles i styremøtet i Oslo universitetssykehus 5. juni 2019. I det på forhånd utsendte drøftingsnotatet er det redegjort for saksgangen og hovedinnholdet i dokumentene.

Saken omfatter følgende dokumenter:

1. Konseptrapport barn, føde og gynekologi
Økonomiske analyser. Videreutvikling Aker og Gaustad, Konseptrapport for barn, føde og gynekologi
2. Kvalitetssikring av kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker
3. a) Tydeliggjøring av virksomhetsinnhold og driftskonsepter, Aker og Gaustad m/vedlegg:
 - Driftskonsept og virksomhetsmodell for kreft i OUS
 - Driftskonsept føde og nyfødt
 - Modell for driftskonsept for traume og akuttmedisinb) Driftskonsept traume og akuttmedisin. Rapport fra arbeidsgruppe (informasjon)
4. Nytt sykehus på Aker Vurdering av løsninger uten bruk av Fredensborg Eiendom sine tomter
Vurdering av reguleringsrisiko ved redusert tomteareal
5. Rapport om Ullevål som alternativ lokalisering til Gaustad

Innledningsvis ble det fra arbeidstakersiden stilt spørsmål knyttet til hva som er gjenværende virksomhet til etappe 2, og hvilket areal som er estimert for dette. Det ble svart at lab, øye, noe

kreftbehandling samt arealer til forskning (UiO og OUS) og administrasjon vil ligge igjen på Ullevål til etappe 2. Avdeling for kompleks epilepsi vil ligge igjen i Sandvika. Somatikk for Grorud og Stovner inngår også i etappe 2 på Aker. Etappe 2 inngår ikke i konseptfasens beregninger, men det er grovt estimert 40 000 - 60 000 m². Mye av det gjenværende skal til Rikshospitalet/Gaustad, men ikke alt. Man regner med å få plass til det man har behov for på Rikshospitalet/Gaustad.

Arbeidstakersidens kommentarer

Til konseptfaserapporten knyttes det flere merknader og kommentarer. De sentrale er redegjort for nedenfor.

Arbeidstakersiden ønsket oppklaring i investeringsbeløp og en avklaring av hvorvidt det er sammenlignbare tallstørrelser for Aker-Gaustad-utredningen før og etter oppdatering der føde, barn og gynekologi er inkludert. En muntlig gjennomgang med forklaring av tallgrunnlag og samlede investeringskostnader viste at tallene er sammenlignbare for 2030, men investeringsprofilen er noe forskjøvet i sist gjeldende ØLP. Vedlikehold og MTU er inkludert i investeringskostnadene. Estimerte kostnader for etappe 2 er nå (etter inkl. av føde, barn og gynekologi) ca. 9 milliarder kroner mot tidligere 12 milliarder kroner. Samlet for hele målbildet ca. 46 milliarder kroner.

Arbeidstakersiden ser det som positivt at tall for KPHA er kvalitetssikret. Det presiseres at Psykologforeningen ikke støtter nedtrekket i prosent (effektivisering), og savner kommentar om dette i rapporten. Det anses som viktig og positivt at psykisk helse og avhengighetsbehandling for hele Groruddalen foreslås inkludert i 1. etappe i styresaken. Det fremkommer bekymring for dimensjoneringen, og at finansieringsrammen for prosjektet ikke vil justeres selv om feil som nå er fanget opp gjennom kvalitetssikring (1000 m²) og sykehuspsykiatri fra Groruddalen, foreslås inkludert i 1. etappe.

Arbeidstakersiden ser at det er foretatt et omfattende arbeid, men savner oppfølging og henvisning til rapporten for logistikk i de dokumentene som nå foreligger. Hvis ikke det er inkludert logistikktiltak, vil ikke NITO forholde seg til foreliggende saksdokumenter når det gjelder kostnader. Det er bekymring for at kostnader til logistikktiltak ikke er inkludert.

Det uttrykkes usikkerhet fra arbeidstakersiden med hensyn til dimensjonering og areal på Gaustad når nå flere fødsler er inkludert. Det savnes generelt kompensere arealer og investeringskost når mer skal inkluderes i etappe 1., jf. høysmitte, trykktank, økt lokalsykehusbefolkning på Gaustad. Det spørres om man vil klare å ta imot disse funksjonene på Gaustad (jf. forslag til styrevedtak pkt. nr. 3), og om det vil resultere i økt fortetning. Det anses å være risiko for at dette blir problematisk.

Bestilling med hensyn til driftskonsepter er levert, og prosessen er gjennomført med tilfredsstillende deltakelse. Det registreres uenighet mellom arbeidsgruppe og styringsgruppe når det gjelder driftskonsept traume og akuttmedisin, og det ble i møtet bedt om en orientering om forholdet mellom styringsgruppe og arbeidsgruppe. Det uttrykkes bekymring og svekket tillit til ledelsen ved overstyring av arbeidsgruppens rapport.

For øvrig mener arbeidstakersiden at virksomhetsbeskrivelsene er utarbeidet på kort tid, og inneholder betydelig usikkerhet. Dette gjelder også for beskrivelsen av kreftområdet.

Arbeidstakersiden uttrykker generelt bekymring knyttet til dimensjonering og areal, spesielt gjelder dette psykisk helse og avhengighet, radiologi, lab, forskning og klinisk service.

Det er bekymring for stråleterapeuter (ca. 50 medarbeidere) som skal bli igjen på Ullevål etter etappe 1. Helse Sør-Øst må bli tydeligere på hva de planlegger hvor og når.

Det ble stilt spørsmål om reguleringsrisiko ved de endringer som nå er tegnet inn, og om disse påvirket reguleringsprosessen.

Arbeidstakersiden mener man bør holde fast ved Rikshospitalet som navn, ikke Gaustad.

Arbeidstakersiden mener det er mange store usikkerheter, bl.a. usikkerhet knyttet til effektivisering, og det oppstår mange flere spørsmål enn det gis svar.

Arbeidstakersiden stiller seg tvilende til realismen i de økonomiske forutsetningene i prosjektet, og stiller spørsmål ved sammenligning av kostnader Aker/Gaustad versus Aker/Ullevål.

Arbeidstakersiden peker på at det bør utredes et alternativ på Ullevål som forholder seg til et alternativt målbilde. Bekymringen innebærer at en vil anbefale å gå en runde til. Det ble gitt uttrykk for forundring over at ledelsen står så fast på målbildet, tross faglig motstand og uenighet om at det er det beste for virksomheten.

Det vises også til utfyllende kommentarer i arbeidstakersidens protokolltilførsler vedlagt.

Arbeidsgivers kommentarer

Helse Sør-Øst har opprettet et eget logistikkprosjekt basert på logistikkarbeidet i konseptfasen. Rapporten fra dette arbeidet er ikke ferdigstilt enda. Det anerkjennes at logistikk-løsninger er vesentlig for sykehusdriften.

Sykehusets ledelse må forholde seg til den finansieringsrammen som det er søkt for. Det vises i denne forbindelse også til fleksibiliteten ved å bygge i to etapper. Det er et sterkt ønske fra OUS om at PHA for hele Groruddalen, og justeringene nevnt i forslag til vedtakspunkt 3 i styresaken (39/2019), skal inn i 1. etappe. Løsninger for dette vil utredes i Forprosjektet, men rammene vil ikke endres. Volumbetraktninger som er gjort for kirurgi, tyder på at det er håndterbart.

Det bemerkes at utvidelse av lokalsykehusbefolkningen på Gaustad flytter «pasienter som er inkludert i 1. etappe» fra Aker til Gaustad, ikke en økning i etappe 1. Det gjøres også oppmerksom på at styringsnivå er P50, mens lånerammen baseres på P85.

Til uenighet om rapporter som beskriver driftskonsept traume og akuttmedisin pekes det på flere forhold:

- Arbeidsgruppen har ikke helt forholdt seg til gjeldende målblide for OUS, derfor har styringsgruppen utarbeidet en egen rapport.
- Uenigheten er knyttet til målbildet og bekymring fra fagmiljø (traume) når det gjelder kirurgiske volumer. Sykehusledelsen har søkt å imøtekomme arbeidsgruppen ved bl.a. å legge økt befolkningsgrunnlag på Gaustad, samt inkludere trykktank og høysmitte. Det er også kirurgi på RH i dag som er omfattende i størrelse og art, og som man mener det vil være hensiktsmessig å være nær med hensyn til trening, pasientbehandling og faglig utvikling.
- Arbeidsgruppen har ikke svart ut oppgaven med hensyn til sammenligning av organisasjonsmodellen med internasjonalt sammenlignbare virksomheter. Dette måtte svares ut på en ordentlig måte. Det har styringsgruppen gjort.
- Arbeidsgruppen og OUS ledelse deler ikke perspektivet om at det ikke finnes

kompenserende tiltak de neste 10 år for å redusere ulemper og risiko knyttet til den valgte modellen for akuttmedisin og traume.

Sykehusledelsen har stor respekt for traumemiljøet og deres faglige dyktighet. Det må sørges for at de får gode arbeidsvilkår i perioden fremover. Det må gjøres tiltak for å utvikle funksjonen fremover. Akutt- og traumefunksjonen skal opprettholdes på et høyt nivå.

For kreftbehandling i OUS vil det være en regional del på Radiumhospitalet, mens Aker vil ha et lokalsykehusstilbud som ligner på det som er på Ahus (ikke stråleterapi). Desentralisering og utbygging av stråleterapi i regionen er besluttet på styrenivå i Helse Sør-Øst. Dette medfører redusert behandling i Oslo, og vil ha konsekvens for ansatte. Det vil være behov for stråleterapeuter knyttet til protonbehandling. Når senter nr. 3 er bygget ut i regionen, vil det bare være behov for strålebehandling ved RAD i OUS.

Det har fra fagmiljø vært pekt på ønske om å samle alle fødsler i OUS. Fødsler er ikke samlet i dag. Diskusjon har ført frem til en deling som er akseptabel; 50/50 fordeling – to store fødeavdelinger. Framskrivning er gjort på samme måte som for øvrig aktivitet. Utviklingen i antall fødsler er usikkert.

Arbeidsgiversiden er enig i at man bør holde fast ved Rikshospitalet som navn, ikke Gaustad.

I rapporten om Ullevål ligger planene for Aker fast. Etappe 2 er ikke inkludert. På Ullevål skal det byggestilsvarende som på Gaustad + flytte RH ned. Det er samme innhold i etappe 1 på Gaustad (oppdatert med barn, føde og gyn.) og Ullevål. Det blir billigere å realisere etappe 2 på US, bl.a. pga. gjenbruk av lab bygget på Ullevål. Etappe 2 er for øvrig beregnet og vurdert likt i alternativene. Hovedforskjellen er 100 000 m² på Ullevål versus 200 000 m² på Rikshospitalet som videreføres i eksisterende bygg.

Arbeidsgiversiden ser utfordringen ved at flere kvadratmeter til psykisk helse og avhengighet skal inkluderes i 1. etappe uten at lånerammen økes. Det er et klart ønske om å finne en god løsning for dette, og bruk av eksisterende bygg på Gaustad sykehus kan være en mulig løsning i denne sammenheng.

Kjøp av tomt fra både Statsbygg og Fredensborg Eiendom ligger inne i kalkylen for Aker. Arbeidsgiver er tydelig på at vi ønsker og mener at vi trenger hele tomtene, og at det er best for sykehuset. Selv om det er vanskelig å akseptere at man må kjøpe disse tomtene på denne måten (til markedspris).

Arbeidsgiversiden redegjorde for at Plan- og bygningsetaten (PBE) holdes oppdatert hele tiden, og prosessen går videre. Det er ikke behov for endring av den planlagte prosessen ved oppdatert skisseprosjekt. Det er god dialog p.t. med PBE.

Administrerende direktør må forholde seg til det målbildet man har fått fra HSØ. Foreløpig har det ikke kommet frem noe som tyder på at man bør endre dette.

Oppsummering/konklusjon

Saksbehandlingen videre er som følger:

- *Styringsgruppen:* Saken behandles på møte i styringsgruppen for utvikling av Oslo universitetssykehus HF 3.6.19.
- *Drøftingsmøtet:* Protokoll fra dette drøftingsmøtet med protokolltilførsler oversendes til styret 4.6.19.
- *Styrebehandling:* Saken behandles i styremøte i Oslo universitetssykehus HF 5.6.19.

Vedlegg til protokoll

Det vises til protokolltilførsler fra følgende arbeidstakerorganisasjoner:

1. NSF, Fagforbundet, Dnlf.
Også signert av NRF, Forskerforbundet, Utdanningsforbundet, Tekna, NITO, NFF, Norsk ergoterapeutforbund, Delta, Norsk ergoterapeutforbund, Delta, Psykologforeningen.
I tillegg en del vedlegg oversendt fra Dnlfs foretakstillitsvalgte.
2. Vernetjenesten
3. Forskerforbundet
4. Psykologforeningen
5. NITO

Drøftingsnotat Fremtidens OUS, 03.06.2019

Ansattes organisasjoner har deltatt i plan-arbeidet i Oslo universitetssykehus fra oppstarten av idéfasen i 2013. Organisasjonenes viktigste hensyn er å ivareta en utvikling av sykehuset som legger til rette for en god og effektiv innretning av virksomheten med hensiktsmessige lokaler for pasienter og ansatte. Sykehusets bygg må oppgraderes og det må legges til rette for samling av virksomheten der dette er hensiktsmessig. Nye sykehusbygg bør være innrettet for framtidige endrede behov, og tilstrekkelig reserveareal for framtidige utvidelser må være førende for valg av tomte-løsninger.

Ansattes organisasjoner var skeptiske til realismen i ledelsens plan om et Campus OUS – et samlet sykehus på Gaustad med Ringveien lagt i tunnel. I høringsrunden fremkom det viktige innvendinger fra en rekke aktører, og det viste seg at prosjektet ikke var gjennomførbart som ansattes organisasjoner hadde forutsett. Ledelsen i sykehuset har senere fremmet forslag om en modifisert løsning med samling av regionfunksjoner på Gaustad kombinert med et lokalsykehus på Aker. Ansattes organisasjoner har fremmet bekymring for realismen også i dette løsningsforslaget. Tomtene både på Gaustad og Sinsen tillater begrensede bygningsvolum, og begrensningene tillater ikke hensiktsmessig innretning og samling av virksomheten i sykehuset. I styresak 20-2015 ble ledelsen gitt i oppdrag også å utrede en delt løsning mellom Ullevål og Gaustad kombinert med et utskilt lokalsykehus. En slik løsning ville gitt bedre tomteareal for nye bygg og framtidig utvidelsesbehov. Utredningen som styret bestilte ble imidlertid ikke fulgt opp i rapporten «Konkretisering etter høring». Argumentet som ble fremført var at seks bydeler ikke var tilstrekkelig til å deles mellom sykehuset på Ullevål og et utskilt lokalsykehus. Kort tid etter at rapporten ble fremlagt ble det imidlertid klargjort at sykehuset skulle ha ansvar for ytterligere tre bydeler, altså totalt ni.

En virksomhetsmessig utviklingsplan skal være grunnlagsdokumentet for utredningsforløpet. Sykehusets ledelse har ikke utarbeidet en slik plan, og det har derfor vært vanskelig å overskue hvilket opptaksområde og hvilke driftskonsept ledelsen har lagt til grunn for de bygningsmessige løsningene. Begrenset plass på for-torget til anlegget på Gaustad har medført betydelige begrensninger i hva som tillates å samles på denne tomten. Ledelsens forslag til fordeling av virksomheten og de forslagene til driftskonsept som etterhvert har blitt fremmet har vakt betydelig bekymring blant sykehusets ansatte og i sykehusets fagmiljø. Fagmiljøet Kvinne/barn anser at den foreslåtte løsningen ikke er ønskelig. De anser at en samling av denne virksomheten ville gi vesentlig bedre løsninger. Et samlet fagmiljø innenfor kreft-feltet har i sitt skriftlige innspill til Kreftstyret varslet at utkastene til planløsning vil medføre dårligere ivaretagelse av denne pasientgruppen. Et samlet akutt-miljø har gjennomført en grundig vurdering av de foreslåtte løsningene som konkluderer med at ivaretagelsen av akutt-medisinen vil svekkes hvis en gjennomfører ledelsens planer.

For ansattes organisasjoner er den geografiske lokaliseringen av nye sykehusbygg av underordnet betydning. Alle de aktuelle lokaliseringen ligger ved store ferdselsårer og med egnet kollektivtilbud i nær avstand. Hvis det lar seg gjøre å etablere tilstrekkelig vei-kapasitet inn og ut av området på de ulike tomtene vil alle kunne være egnet for sykehusaktivitet. Men tomtevalget må tillate tilstrekkelige bygg-volum for virksomheten. De aktuelle tomtene på Sinsen og Gaustad er for trange. Ledelsens forslag til virksomhetsinnretning henger nøye

sammen med tomtevalgene og målbildet. Etter ansattes vurdering er tomtene ikke egnet for en god framtidig utvikling av sykehuset. Det er altså virksomhetsinnretningen ansatte har stilt seg kritiske til, og de framtidige utviklingsmulighetene.

Styret i Helse sør-øst har gitt Oslo universitetssykehus i oppgave å vurdere om Ullevål-tomta er egnet, med den samme virksomhetsinnretningen som er tvunget fram av de trange tomtene på Gaustad og Sinsen. Etter ansattes organisasjoner vil en slik tilnærming ikke endre den grunnleggende innvendingen; denne virksomhetsinnretningen er ikke hensiktsmessig, og det har liten hensikt å vurdere den samme løsningen på Ullevåls-tomta. Den fremstilte belysningen styrker ikke beslutningsgrunnlaget i saken. Etter ansattes organisasjoners syn burde sykehusets ledelse gjennomført en utredning av en delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kombinert med et utskilt lokalsykehus, som bestilt av sykehusets styre i sak 20-2015. Med denne begrunnelsen ber de ansattes organisasjoner om at sykehusets ledelse stanser prosessen og går i dialog med ansatte og fagmiljø i sykehuset for i fellesskap å finne fram til virksomhetsmessige bedre løsninger.

Svein Erik Urstrømmen, NSF
Else Lise Skjæret, Fagforbundet
Aasmund Bredeli, Legeforeningen
Eli Skorpen, NRF
Linda Møllersen, Forskerforbundet
Michael B. Lensing, Utdanningsforbundet
Pundharika Barkved, Tekna
Jonathan R O Faundez, NITO
Elizabeth Holtebekk, NFF
Leif Ståle Nævestad, Norsk ergoterapeutforbund
Kajsa Madelene Liljefors, Delta
Birgit Aanderaa, Psykologforeningen

VIRKSOMHET akuttmedisin og akutt kirurgi fremtidig Oslo universitetssykehus

HSØ har bedt om en beskrivelse av virksomhet for akutt medisin og akutt kirurgi i en tenkt driftsmodell svarende til et uendret målbilde og et driftskonsept med et stort regionsykehus inkludert traumefunksjon og som skal ha lokalsykehusfunksjon for et lite opptaksområde, og et stort akuttsykehus uten særlige spesialfunksjoner. HSØ ser for seg at en splitter opp Ullevål og flytter mye av virksomheten til Aker og noe til RH.

Driftskonseptet som er valgt er uhensiktsmessig og innebærer i seg selv en stor risiko som ikke har vært analysert. Målbildet og valg av organisering av virksomheten innebærer oppsplitting av viktige akutte pasientsløyer innenfor medisin og kirurgi og svekker beredskapsfunksjonene og traumevirksomheten. Ansatte og organisasjonene [tillitsvalgte] har i lang tid og ved flere anledninger etterlyst en risikoanalyse av driftskonseptet som er valgt og de konsekvenser dette medfører med oppdeling av høy volum pasientforløp.

Når HSØ ønsker å «belyse» virksomheten og driftskonsept for akuttmedisin gir det lite mening å la begrensninger som en har pga tomten på Gaustad være førende for analyser og vurderinger. På Ullevål har en muligheter til å utvikle et komplett sykehus i og med store tilgjengelige tomtearealer. Et komplett sykehus inneholder nødvendige spesialiteter for å kunne ivareta akutte usorterte pasienter og dermed få til mer hensiktsmessige pasientforløp og mindre risikable løsninger. Det er tatt opp en rekke ganger at det er nødvendig å se på en helt annen løsning for all virksomhet knyttet til akutt virksomheten og behandling av usortert øyeblikkelig hjelp. Dette inkluderer også traume og beredskap. I stedet for å ha en god diskusjon omkring viktige avklaringer skal en på nytt analysere et konsept som har vist seg å ha stor risiko i forhold til pasientbehandling, beredskap og kompetanseutvikling og som er bundet opp i et politisk vedtatt målbilde uten faglig forankring.

Det er urovekkende at HSØ kommer med en så vidt lite gjennomtenkt tilnærming til å ta opp organisering av et bredt sammensatt virksomhetsområde som akuttmedisin er. Og det er betegnende for manglende forankring og fraværende medvirkning og prosess at en starter opp dette arbeidet så sent i planleggingen og med svært begrenset tid til analyse og vurdering. Manglende profesjonalitet gjennomsyrrer prosjektet og prosjektorganisasjonen. Manglende evne til å lytte til viktige innspill og til å engasjere fagmiljøene øker risikoen i prosjektet betraktelig. Prosjektledelse og OUS og HSØ evner ikke å se denne økte risikoen grunnet inkompetanse som skyldes avstand mellom ledelse og fagmiljø. Avstanden som er skapt skyldes at det ikke er vilje i ledelsen til å kommunisere med fagmiljøer i reelle diskusjoner.

For akuttmedisin inkludert traume og beredskap ble det nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har gått gjennom driftskonsept **innenfor** vedtatt målbilde. Konklusjonen til gruppen er tydelig på at kvaliteten på pasientbehandling svekkes med valgte konsept og at det innenfor det politiske målbildet ikke er identifisert mekanismer for å kompensere for tap av kvalitet. Arbeidsgruppen kan ikke bekrefte trygghet for forsvarlig pasientbehandling som HSØ har spurt om. Styringsgruppen og OUS ledelsens tilsidesettelse av rapporten og utarbeidelse av en egen alternativ rapport gir ikke grunnlag for tillit til prosessen og det gir ikke grunnlag for tillit til at OUS nåværende ledelse kan gjennomføre prosjektet Nytt OUS.

Erik Høiskar

Overlege

Klinikktillitsvalgt akuttklinikken

Organisasjonenes innspill til dokumentet *Ullevål sykehus* *Oppsummering av utredninger 2011-2016*

Organisasjonene har følgende overordnede innspill:

- Delt løsning mellom Ullevål og Gaustad kombinert med lokalsykehus er ikke utredet. Begrunnelsen for ikke å utrede alternativet er ikke lenger gyldig
- Hovedkonklusjonene i Arealutviklingsplan 2025 er utelatt
- Den samlede fremstillingen av utredningene og historikken er ikke dekkende

Manglende utredning av delt løsning mellom Ullevål og Gaustad kombinert med lokalsykehus

Rapporten *Idéfase konkretisering etter høring* er grunnlagsdokumentet for den valgte løsningen som ble utredet i sykehusets konseptfase. Mandatet ble gitt ved styrevedtak i Oslo Universitetssykehus sitt styre 9. april 2015 i sak 20/2015:

Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:

- 0-alternativet.
- Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.
- Delvis samling Gaustad sør.

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.

Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.

Oslo Universitetssykehus skulle altså utrede følgende alternativ og sammenligne med nullalternativet (alternativ 1):

- Alternativ 2, delt løsning Ullevål-Gaustad kombinert med et utskilt lokalsykehus
- Alternativ 3, samling Gaustad kombinert med et utskilt lokalsykehus

I *Konkretisering etter høring*(4) ble det lagt til grunn at Oslo Universitetssykehus kun skulle ivareta lokalsykehus-ansvar for 6 bydeler;

3.1 Oslo sykehusområde Utredningsarbeidet har lagt eksisterende oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Dette medfører at vi har sett på lokalsykehusfunksjoner for de bydelene OUS har ansvaret for i dag

At sykehuset kun skulle planlegges med seks bydeler ble senere endret. Dette var sykehuset kjent med at ville kunne skje, da de var representert i gruppen som samtidig vurderte endringer i opptaksområdene. Men premisset om kun seks bydeler – som altså kort tid etter ble endret – ble avgjørende for utfallet i vurderingen av de to alternativene i idéfase-utredningen. Alternativ 2, *delt løsning Ullevål og Gaustad kombinert med utskilt lokalsykehus*

ble forkastet før utredning da befolkningsunderlaget ble vurdert å være for lite. Fra rapportens side 66;

*7.5 Kan det etableres et lokalsykehus i tillegg til virksomheten på Gaustad og Ullevål? Delrapporten adresserer også spørsmålet om det i alternativ 2, Delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kan etableres et lokalsykehus i tillegg til de to førstnevnte lokalisasjoner. I teorien kunne man tenke seg at det var mulig å legge deler av indremedisin og akuttkirurgi til et lokalsykehus plassert et annet sted i Oslo, men fortsatt som en del av OUS. Dette vurderes imidlertid å skape en vanskelig situasjon på Ullevål. .. Et lokalsykehus i tillegg må da være en lokalsykehusvariant 1a. Denne varianten er i utredning av lokalsykehus i OUS beskrevet som en lite hensiktsmessig løsning både for pasientbehandling, faglig samarbeid og utvikling, forskning og utdanning og effektiv drift. **Løsningen med lokalsykehus i tillegg til lokalisering på Gaustad og Ullevål er derfor lagt til side før utredning av etappevis utvikling.***

Begrunnelsen for at det ikke lot seg gjøre å etablere et lokalsykehus i en delt løsning – og at dette ikke skulle utredes – var at traumemiljøet måtte ha minst ha fire bydeler som underlag. Fordi en forutsatte at sykehuset kun skulle ha ansvar for seks bydeler ville underlaget til et lokalsykehus da kun bli en eller to bydeler, et lite lokalsykehus med begrensede funksjoner (benevnt 1a over), fra rapportens side 66;

Skalerbarheten ved den delte løsningen vurderes som begrenset idet Ullevål ikke bør bli større, dvs. at OUS ikke kan håndtere flere enn 6 bydeler i denne modellen. På den andre siden kan OUS heller ikke gi fra seg mer enn 1, maks 2, bydeler fordi det er nødvendig med et robust og stort miljø rundt en regional akutt- og traumefunksjon.

I rapporten ble det særskilt bemerket at vurderingen kun var gyldig gitt et opptaksområde på seks bydeler, og at hvis det tilkom endringer i opptaksområdet ved tilføring av bydeler ville vurderingen være en annen, fra rapportens side 67:

Det bemerkes her at denne utredningen legger dagens oppgavedeling i Oslo sykehusområde til grunn. Skulle OUS tilføres ansvar for 2- 3 flere bydeler enn i dag kan et lokalsykehus i tillegg til delt løsning eventuelt vurderes på ny, og løsningen er i så måte skalerbar.

Oppsummert: Oslo universitetssykehus (OUS) fulgte ikke opp styrevedtak 20/2015, om å utrede delt løsning mellom Gaustad og Ullevål kombinert med et utskilt lokalsykehus. Begrunnelsen som ble framført var at befolkningsunderlaget med kun seks bydeler ikke var tilstrekkelig i en slik løsning. OUS var imidlertid kjent med at det pågikk et arbeid i det regionale helseforetaket hvor en planla å overføre tre bydeler tilbake til OUS. Likevel valgte en å unnlate å følge styrets vedtak

Hovedkonklusjonene i Arealutviklingsplan 2025 er utelatt

Som anført i sykehusets framstilling av utredningsforløpet ligger styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst til grunn for fusjonsarbeidet. Det ble i vedtaket skissert en ønsket samling av region- og landsfunksjoner på Gaustad. Dette var begrunnet med bygningsmassens tilstand. I Arealutviklingsplan 2025 ble det gjort en rekke vurderinger av ulike løsninger for å oppfylle føringene som ble lagt i vedtak 108/2008. Rapporten kartla utbyggingsmulighetene på de tilgjengelige tomtene. På Gaustad inklusive gamle Gaustad sykehus var det mulig å plassere 47500 kvm bta innenfor gjeldende bestemmelser (side 113), mens det tilsvarende arealet som var mulig å plassere på Ullevål-tomta var 258 000, men dette kunne utvides. Hovedkonklusjonen i rapporten var at en større samling av virksomheten i sykehuset ikke

kunne la seg gjennomføre på det tilgjengelige tomtearealet på Gaustad. Av sykehusets tomter var det kun Ullevåls-tomta som var tilstrekkelig stor til å kunne romme et samlet sykehus – inklusive Radiumhospitalet, fra rapporten side 45;

Oslo universitetssykehus – en lokalisasjon? Det er fysisk mulig å samle hele Oslo universitetssykehus (det betyr at det som i dag er Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Statens Senter for Epilepsi, psykisk helse og avhengig- het bygges nytt på Ullevål-tomten sammen med nytt Ullevål). Totalt arealbehov er 620.000 kvm.

Med bakgrunn i denne vurderingen ble tre scenarier vurdert, hvorav det tredje ble foretrukket, fra rapportens side 11;

Somatikk:

1. *Somatisk virksomhet samles på ett sted (i praksis Ullevål som er det eneste aktuelle stedet hvor dette er realistisk).*
2. *Somatisk virksomhet samles på to steder, Ullevål og Rikshospitalet (i praksis flyttes Radiumhospitalet og SSE til Rikshospitalet).*
3. *Somatisk virksomhet samles primært på tre steder, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I tillegg vil det fortsatt være virksomhet ved SSE i Sandvika.*

Til grunn for dette strategiske valget ble det anført at et samlet sykehus ville blir for stort, men også at sykehuset på Gaustad fungerte godt, og at det ikke var behov for endringer, men at det var påkrevet å utvikle tilbudet som lå på Ullevål, fra rapportens side 31;

Oslo universitetssykehus på vektskålen – hva er viktigst? Oslo universitetssykehus er det sykehuset i Norge som har flest og mest omfattende funksjoner. Bildet av OUS' lands- og regionsfunksjon er ganske tydelig og vel karakterisert, og i hovedsak knyttet til Rikshospitalet som lokalisasjon. Det er ikke noe åpenbart behov her for store endringer i geografi eller lokalisering. Oslo universitetssykehus' lokal- og områdefunksjon er mye utydeligere selv om den geografisk er knyttet til Ullevål. Det betyr at det her er behov for et mer omfattende strategisk arbeid som svarer ut; Hva er et storbysykehus, hvordan tilpasses det til bygningsmassen, og hva kreves av nybygg og hvordan utvikler vi innhold sammen med aktørene rundt Ullevål. Det er i dag ingen som har dette definert som sitt ansvar. Vurdert i forhold til klinikkenes arbeidsområder ligger utviklingen av morgendagens lokal- og områdefunksjon nærmest medisinsk klinikk- kjer- nevirksomhet.

Sammenhengen mellom enklere tilstander og de mere kompliserte tilfellene ble diskutert, og det ble fremført argumenter for en gjennomgang av arbeidsdelingen mellom sykehusene, fra rapportens side 33;

Hva er hensiktsmessig dynamikk rundt regionale funksjoner mellom Ullevål og RH, og utvikling av dette Med hensyn til funksjonsfordeling er det utført en del arbeid allerede, men i forhold til mer detaljert utforming av storbysykehusfunksjonen på Ullevål, er det behov for å gå nærmere inn på disse spørsmålene:

- *Fornuften i å løsrive regionfunksjoner innen indremedisin og enkelte andre fag- og behandlingsområder: Innen en del fag- og behandlingsområder er det en kan kalle regionfunksjon relativt få tilfeller, og det å bli god til å identifisere og behandle disse pasientene kan samtidig være avhengig av at en har et stort antall mer vanlige pa- sienter. I disse tilfellene er det ikke nødvendigvis klokt å trekke regionfunksjon vekk fra det stedet som har lokal- og områdepasienter og legge dem sammen med andre pasientgrupper på RH.*
- *Hvordan sikre kritisk pasientmasse for regionfunksjonene ved RH? Et argument for arbeidsdeling og lokalisering har vært at regionfunksjoner trenger virksomhet ut over det spesielle for å kunne drifte rasjonelt. Bak dette ligger to momenter. Det ene handler om å fylle opp arbeidskapasiteten ved regionsykehuset. Det andre handler om å opprettholde en variert tilgang på arbeidsoppgaver for de som arbeider der. Det første kan være et reelt argument selv om faren kan være at pasienter trekkes opp på et høyere og mer kostbart omsorgsnivå enn nødvendig, mens det andre bør kunne løses ved at de som arbeider ved RH også kan tjenestegjøre ved Ullevål.*
- *Hvordan skal en over tid sikre en dynamisk desentralisering av virksomhet som utvikles på lands- og regionsykehuset, og hvordan skal det også komme til uttrykk i forhold til lokal- og områdesykehusfunksjonen i OUS? Vi vet at på mange områder bidrar teknologiske endringer,*

kompetanseutvikling og kostnadsutvikling til at be- handlinger som bare er gjort ett eller få steder, flyttes ut og kan desentraliseres. Fordi nye, kostbare og mer avanserte behandlinger hele tiden kommer til, blir det viktig å ha mekanismer som sikrer at mulighetsrommet for slik desentralisering hele tida utnyttes. Det må gjenspeile seg også i dynamikken i arbeidsdeling mellom virksomheten ved RH og Ullevål innen Oslo universitetssykehus.

Oppsummering: hovedkonklusjonen i Arealutviklingsplan 2025 var en tilrådning om å utvikle både Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet i en delt løsning. Det ble fremført ulike argumenter for at dette også var en hensiktsmessig løsning. Ved en større samling av sykehusets virksomhet ble kun Ullevål-tomta vurdert å være egnet. Arealutviklingsplanen tok utgangspunkt i et opptaksområde med 6 bydelers.

Den samlede fremstillingen av utredningene og historikken er ikke dekkende

Utredningsforløpet strekker seg tilbake til 2010. Det kan skilles ut fem hoveddokument:

RAPPORT

FORUTSETNING ANSVARLIG

- Arealutviklingsplan 2025 (1)	2011	6 BYDELER	Hatlen
- Idéfaserapport 1.0 (2)	2014	6 BYDELER	Erikstein
- Idéfaserapport 2.0 (3)	2015	6 BYDELER	Erikstein
- Idéfase konkretisering etter høring (4)	2016	6 BYDELER	Erikstein
- Konseptrapport (5)	2018	9 BYDELER	Erikstein

Vi har sett hvordan Arealutviklingsplan 2025(1) tilrådet en delt løsning, men pekte på at Ullevåltomta var mest egnet ved en planlagt større samling av virksomheten. Vurderingene og tilrådingene i denne rapporten(1) ble ikke videreført i det senere utredningsarbeidet. Utviklingen av Ullevål med styrevedtak om idéfase for et nytt klinikkbygg ble stanset, og i det videre utredningsforløpet (rapportene 2-5) ble alternativer med bruk av Ullevål valgt vekk. Det oppstår altså et brudd i utredningsforløpet mellom Arealutviklingsplan 2025 (1) og de øvrige rapportene, og dette sammenfaller med skifte av ledelse i sykehuset.

De øvrige rapportene (2-5) har en innbyrdes sammenheng. *Konseptrapporten(5)* – som er det siste dokumentet i utredningsforløpet – er en detaljert plan for gjennomføring av det foretrukne alternativet som ble identifisert i *Idéfase konkretisering etter høring(4)*. Denne rapporten(4) bygger igjen på utredningen som ble gjort i *Idéfaserapport 2.0 (3)*. I denne rapporten (3) ble to hovedalternativer vurdert i tillegg til nullalternativet (alternativ 1); delt løsning mellom Ullevål og Gaustad (alternativ 2) og samling på Gaustad (alternativ 3) som var det foretrukne alternativet.

Utredningene som har vært gjennomført under Erikstein har en viktig fellesnevner; alternativer med bruk av Ullevåls-tomten vurderes ikke som hensiktsmessige av ulike grunner. I den første idéfaserapporten (2) ble en fullstendig samling på Gaustad-tomta sammenlignet med en delt løsning mellom Ullevål og Gaustad. En full samling på Gaustad ble vurdert som det foretrukne alternativet. Da dette alternativet viste seg ikke å være gjennomførbart gikk en ikke tilbake til det nest best vurderte alternativet i neste rapport (3), med en delt løsning, men skisserte i stedet en løsning med delvis samling på Gaustad

kombinert med et utskilt lokalsykehus. Som vi har sett ble utredningen av delt løsning mellom Ullevål og Gaustad kombinert med et lokalsykehus lagt bort da en mente at et opptaksområde på seks bydeler ikke ville være tilstrekkelig stort. Det mest aktuelle alternativet ble altså sortert vekk i idefaseutredningen uten å utredes. Kort tid etter levering av rapporten *konkretisering etter høring(4)* ble det i juni 2016 presisert i Foretaksmøtet at Oslo universitetssykehus skulle overta ansvaret for Alna, Stovner og Grorud. Ved oppstart av konseptfaseutredningen ble opptaksområdet definert til å skulle være ni bydeler i en framtidig løsning.

Ansattes representanter i sykehusstyret gikk i mot å godkjenne idéfasen basert på det ene alternativet som ble valgt i idéfasen. Det vises til ansattes alternative vedtaksforslag i sak 8/2016 i Oslo universitetssykehus sitt styre. De pekte på at alternativet ikke gav rom for tilstrekkelig kapasitet, at regionens behov ikke ble hensyntatt, og at eksterne kvalitetssikrer anbefalte ikke å redusere antallet alternativ på dette tidspunktet i utredningsforløpet. Dette forslaget fikk ikke flertall i sykehusets styrebehandling.

Oppsummering

Fremstillingen av utredningsforløpet gitt i rapporten *Ullevål sykehus oppsummering av utredninger 2011-2016* er ikke dekkende. Det er et tydelig skille mellom Arealutviklingsplan 2025 (1), som anser Ullevål som en egnet lokalisasjon for utvikling av sykehuset (i en delt eller samlet løsning), og de senere rapportene (2-5). Etter sykehuset fikk ny ledelse har alternativer med bruk av Ullevålstomta blitt sortert ut med ulik begrunnelse.

Aasmund Magnus Bredeli Bjørn Wølsted-Knudsen Svein Erik Urstrømmen

Legeforeningen

Fagforbundet

NSF

VEDLEGG (1) ANSATTES ALTERNATIVE VEDTAKSFORSLAG I SAK 8/2016

OUS STYRESAK 8/2016

IDEFASE OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF, KONKRETISERING ETTER HØRING

Forslag til vedtak/begrunnelse

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

1. Styret konstaterer at rapporten fra KS-rådgiverne peker på vesentlige svakheter i den foreliggende Idefaserapport for framtidens OUS. Styret forventer at disse svakhetene følges opp i påfølgende faser. Idefaserapporten inneholder samtidig analyser og skisser som kan danne grunnlag for kommende faser av arealutvikling i OUS.

2. Styret er av den oppfatning at Idefaserapportens to viktigste prosjektutløsende behov, befolkningsveksten i Oslo-området og tilstanden på eksisterende bygg, taler for at de to behovene som prioriteres i neste fase, er nybygg som bedrer tilstanden og kapasiteten for lokal- og områdesykehuspasienter og for kreftpasienter. Styret konstaterer at HSØ legger opp til en viss økning av kapasiteten ved Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus i årene framover, men erkjenner samtidig at dette ikke løser behovene verken for økt kapasitet innen lokal- og områdepasienter eller kreftpasienter. Dette må derfor møtes ved tiltak fra OUS.
3. Styret konstaterer at risikoen for at en ikke vil kunne realisere tunnel- eller lokkløsning ved RH for ring 3 er stor. Styret er dessuten av den oppfatning at det er feil bruk av knappe investeringsmidler i OUS å bruke disse på kostbare veiprosjekt og på riving og nybygg som gjelder andre eieres (UiOs) bygg – ikke minst fordi disse fortsatt er i tilfredsstillende stand. På bakgrunn av at alternativ ”Delvis samling på Gaustad” med klyngemodell forutsetter bygging på tvers av Ring 3, vil ikke styret at det arbeides videre med dette alternativet.
4. Styret mener at en framtidig OUS struktur der en de nærmeste 20 årene primært har elektive lands- og regionfunksjoner på RH og akutte region- og områdefunksjoner på Ullevål, vil gi grunnlaget for sykehussteder med bidrag til gode pasientforløp og effektiv drift lokalisert til steder med sitt særegne fokus og med en styrbar størrelse. Dagens bygningsmessige forhold har to svakheter i forhold til denne modellen: Flere av de kliniske byggene for somatikk ved Ullevål er av de dårligste innen OUS. Erstatningsbygg for disse må derfor prioriteres. Kapasiteten arealmessig på RH er noe knapp i forhold til de funksjonene den skal ha framover. Dette må møtes med noe nybygging på RH. Dette vil gi to sykehussteder som begge har stor nærhet til samarbeidende virksomhet ved Det matematisk-naturvitenskapelige og Det medisinske fakultet ved UiO.
5. Styret konstaterer at Radiumhospitalet innen overskuelig tid vil være et sted godt egnet for et unikt samspill mellom avansert kreftbehandling og forskning. Integrering og samhandling mot øvrige deler av OUS’ virksomhet må utvikles til å gi enda bedre forskning og pasientforløp innen kreft i hele OUS. Styret erkjenner at kvaliteten på de fleste bygg med pasientbehandling på RAD er en svakhet i forhold til å utvikle potensialet i Radiumhospitalets rolle for kreftvirksomheten i OUS. Styret mener at det nye kliniske bygget som er beskrevet i egen idefaserapport, er et egent svar på denne utfordringen og går inn for at dette legges til grunn for en egen konseptfase.
6. Styret konstaterer at de akutte region- og områdefunksjonene på Ullevål vil kreve at det også er noe lokalsykehusvirksomhet her. Styret går i tillegg inn for at det umiddelbart settes i gang en idefase i forhold til hvordan dagens bygningsmasse kan danne utgangspunkt for en gradvis oppbygging av lokalsykehusfunksjoner på Aker. Parallellt med dette arbeides det videre med en konseptfase for fremtidig lokalsykehus. I denne planleggingen forutsetter styret at samspillet med en evt ny Storbylegevakt og Helsarena Aker ivaretas.
7. Styret erkjenner at psykisk helse og avhengighet er en del av OUS’ virksomhet som har særlige utfordringer både i forhold til gammel bygningsmasse og befolkningsvekst. Denne delen av sykehusenes virksomhet er dessuten gitt en prioritet av eier (ref ”den gylne regel”). Situasjonen for regional sikkerhetsavdeling (RSA) har vært spesielt utfordrende, og det foreligger derfor

en egen idefaseutredning som legger fram alternative løsninger av dette behovet. Styret ber ut fra dette for det første om at alternativene skissert i idefaserapport RSA videreføres i konseptfase. For det andre ber styret administrasjonen komme tilbake med en utredning av om en bør satse på å samle nybygg for psykisk helse og avhengighet på Ullevål eller Aker.

8. Styret ser ikke behov for at det i konseptfaser nå arbeides videre med det som i Idefaserapporten er kalt null-alternativ. For det første bygger dette alternativet på fortsatt virksomhet i bygg som allerede har overlevd sin naturlige levetid og for det andre kan en ikke se at det er noen føringer som krever fortsatt utredning av et slikt null-alternativ.
9. Styret konstaterer at HOD i foretaksprotokollen mot regionforetakene har stilt krav om at det utarbeides helhetlige virksomhetsutviklingsplaner for regionen og at disse legges til grunn for samlet sykehusutvikling i regionen. Styret ber administrasjonen i OUS engasjere seg i dette arbeidet og ser at ikke minst på grunn av OUS regionfunksjoner, vil en slik plan få en viktig rolle som premiss for videre utvikling av OUS og den vil bøte på mangler som KS-rapporten har pekt på i forhold til foreliggende Idefaserapport Framtidens OUS. Styret ber om at administrasjonen parallelt med denne virksomhetsutviklingsplanen, arbeider med å konkretisere en virksomhetsutviklingsplan for de sykehusstedene en vil ha i OUS i forlengelse av dette vedtaket.

10. Oppsummert gir styret dermed følgende føringer for videre arbeid med framtidens OUS. Føringene bygger på at styret ikke finner noen av de framlagte tre alternativene for framtidens OUS godt egnet for videre arbeid eller realistiske ut fra sykehusets økonomiske forutsetninger og rammer. På bakgrunn av det materialet som foreligger, bør en imidlertid gå videre med følgende tiltak:

- - RH utvikles videre med fokus på elektive lands- og regionfunksjoner. og det arbeides videre med en konseptfase for å konkretisere innhold i og utforming av en slik utvidelse (10-15.000 kvm)
- - Ullevål utvikles videre med fokus på akutte somatiske region- og områdefunksjoner samt det omfanget av lokalsykehus som samtidig bør integreres i en slik virksomhetside. Det arbeides videre med en konseptfase for bygningsmessige tiltak som innen ti år kan gi tidsmessige arealer for virksomheten som i dag er lokalisert i de dårligst stilte byggene.
- - Aker utvikles til et lokalsykehus for Oslo. Dette realiseres skrittvis der første skritt er en konseptfase som beskriver hvordan lokalsykehuset i løpet av fem år kan starte opp i tilknytning til eksisterende sykehusbygg. Parallelt med dette arbeides det videre med en konseptfase for fremtidig lokalsykehus.
- - Innenfor psykisk helse og avhengighet går den foreliggende idefase for nytt RSA-bygg videre til konseptfase og det gjennomføres en utredning av om nybygg for psykisk helse og avhengighet for øvrig skal skje på Ullevål eller Aker.
- - Det nybygget for klinisk virksomhet på Radiumhospitalet som er beskrevet i en egen idefaserapport går videre til konseptfase.
- - På basis av dette og parallelt med en virksomhetsutviklingsplan på regionalt plan, utarbeides en konkretisering av virksomhetsbeskrivelse for de fire sykehusstedene innen OUS.
- - De svakhetene som er pekt på i KS-rådgivernes tilbakemelding følges opp i de respektive delene av det videre arbeidet.

Tydeliggjøring av virksomhetsinnhold og driftskonsept Aker og Gaustad/Radiumhospitalet, område kreft.

Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte/ verneombud i Kreftklinikken samt Dnlfs tillitsvalgte i klinikker som driver kreftbehandling.

24. mai 2019

Hovedkonklusjon:

Det valgte driftskonseptet for kreftbehandling vil splitte opp flere pasientforløp som i dag er samlet og bidra til svekket kvalitet i behandlingen. Sammenlignet med dagens organisering fjernes og fragmenteres pasientforløp fra et tverrfaglig og komplett sykehus og legges til Aker og/eller Radiumhospitalet med færre spesialiteter nødvendig for moderne kreftbehandling. Det har vært lite engasjement og manglende tilstedeværelse fra kreftledelsen i konseptfasen rundt planlegging av kreftbehandling. Virksomhetsinnholdet på Aker/ Gaustad/ Radiumhospitalet er på svært mange områder uavklart og uoversiktlig og bygger på antagelser som er høyst usikre i forhold til gjennomføringsgrad. En helhetlig og grundig fundert plan for kreftbehandling foreligger ikke. Risikoen er derfor svært stor for svekket kvalitet i kreftbehandlingen med flere oppsplittede pasientforløp i framtidens OUS sett opp mot dagens situasjon.

Utdypende punkter bygger på presentasjoner holdt for Kreftklinikken og driftsstyret kreft, OUS (se vedlegg):

- Kreftledelsen burde engasjert seg i konseptfasen som pågikk gjennom hele 2018. Behandling av kreftpasienter i fremtidens OUS er et komplekst og sammensatt område som krever mer enn 1 måneds tidshorison for å komme frem til optimale løsninger. Tillitsvalgte i Kreftklinikken har etterspurt denne diskusjonen gjennom hele 2018 uten at det har blitt tatt til følge.
- Konsekvensen av manglende tilstedeværelse i konseptfasen har resultert i bestillingen fra HSØ om tydeliggjøring av virksomhetsinnhold og driftskonsept for kreftbehandling.
- Kort tidsfrist fra HSØ umuliggjør reell medvirkning, gode diskusjoner, refleksjon og samhandling på tvers av klinikkene med tanke på organisering av kreftbehandling i fremtidens OUS.
- Faggruppene som kjenner fagenes dynamikk burde vært sterk delaktige i prosessen med hvordan oppgavene mellom sykehusene skal fordeles. Dette har manglet helt.
- Konsekvensene blir fragmentert planlegging med usikre og ulike framskrivninger som gir manglende total oversikt og en lite kvalitetssikret løsning.
- Samtidig overføring av medikamentell kreftbehandling til Diakonhjemmet og Lovisenberg samt utbygging av strålesentra i regionen kompliserer behovsanalyser ved OUS og bidrar til usikker total oversikt.
- Valg av organisasjonsmodell vil innvirke på driftskonsept og fordeling av virksomhet mellom Aker og Gaustad og burde vært inkludert i dette arbeidet.

- Det fremstår uklart hvilke spesialiteter som skal være på Aker. Man sammenligner fremtidige Aker med sykehus som AHUS og SØK, men disse er forskjellige i funksjon. SØK er et lokal-/område sykehus, mens AHUS er et universitetssykehus med enkelte regionsfunksjoner. Man bør beslutte først virksomhetsinnholdet ved Aker ift OUS totale behov og skjele til samling av helsepersonell som behandler en pasientgruppe på et sted. Dette vil dernest angi hva slags sykehus Aker blir.
- Vi er usikre på om aktivitet på Kreftsenteret mtp senger, dagbehandling og poliklinikk er inkludert i framskrivningen og planlagt overført aktivitet til Aker. Det fremkommer ikke tydelig av funksjonsprogrammet for Aker.
- Det er ikke angitt tall på antall hematologiske pasienter som i dag behandles på medisinsk avdeling, Ullevål som skal overføres til Rikshospitalet.
- Det er meldt fra klinikkleder Sigbjørn Smeland et behov for en hemato-onkologisk sengepost med 30 senger med begrunnelse om at SØK og Aker har samme befolkningsgrunnlag. Det finnes i dag 56 senger på Kreftsenteret, Ullevål for både lokalsykehus- og regionssykehuspasienter. Det er gjort en estimering om at 20 % av pasientene er regionssykehuspasienter mtp stråleterapi (jmf notat fra 29.mai 2018 av klinikkleder). Resterende 80% av stråleterapi pasientene skal tilbakeføres til regionen innen 2030 grunnet oppbygging av stråleterapi sentra i HSØ. Vi etterspør dokumentasjon for denne inndeling og betviler at dette er korrekt. Det vil ha betydning for antall pasienter OUS vil ha behandlingsansvar for.
- I tillegg er det estimert at testis, noe lunge- og GI-onkologi kan inkorporeres i det nye bygget på Radiumhospitalet. Vi er skeptiske til at det nye kliniske bygget på Radiumhospitalet kan romme flere pasienter enn det er beregnet for. Beregningene rundt dette er sprikende og ulike i forskjellige presentasjoner og dokumenter.
- Vi er sterkt kritiske til at det ikke er klarhet omkring behov for antall totale onkologiske senger og polikliniske virksomhet så sent i prosessen. Dette burde vært avklart i en virksomhetsbeskrivelse lenge før konseptfase arbeidet startet iht veileder for tidligfasen i sykehusbygg prosjekter.
- Vi er skeptiske til at det er rom for ytterligere poliklinisering da dette er allerede gjort i stort omfang i onkologien. Man bør derfor ikke benytte denne antakelsen som begrunnelse for reduksjon av antall senger uten nærmere utredning.
- Estimatet for antall hematologiske senger burde vært gjort ut ifra det antall pasienter som behandles på Ullevål i dag.
- Det fremkommer ikke om de hematologiske sengene tiltenkt Aker er fremskrevet.
- All gynekologisk kreft er samlokalisert på Radiumhospitalet i dag etter OUS gjeldende prinsipp om å samle all behandling av en pasientgruppe et sted. En oppsplitting av denne pasientgruppen vil føre til fragmentering av kompetanse og svekke kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Radiumhospitalet er ikke planlagt med generell indremedisinsk eller kirurgisk avdeling som kreves for utredning av de fleste kreftformer. Denne funksjonen kan derfor ikke skje på Radiumhospitalet. Dette må utredes nærmere for pasienter som har Radiumhospitalet som lokalsykehus.

- Det inkluderes færre pasienter i kliniske studier fra utenforliggende sykehus sammenlignet med sykehus som driver studier. Vi er enige at alle pasienter bør inviteres til deltagelse i kliniske studier, men er skeptiske til hvorvidt dette er gjennomførbart i praksis.
- Opprettelse av brystsenter er tilfredsstillende, men thyroidea og parathyroidea er ikke omtalt. Av andre presentasjoner (26.03.19 fra Bjørn Eriksteins ledermøtet) ser det ut som om man igjen skiller et fagmiljø som i dag er samlet på Aker uten videre vurdering av konsekvenser.
- Det er fremdeles uavklart hvordan skillet mellom utredning/diagnostikk og behandling av prostata pasienter skal gjøres.
- Det urologiske fagmiljø er sterkt kritiske til OUSs ønske om inndeling med basis i malign og benign kirurgi. Mange pasienters klinisk problemstilling ligger i grenseland ift denne inndelingen. Behandlingsteknikker og kostbart utstyr brukes på tvers av sykdomsgruppene. Inndelingen vil gi mindre fleksibilitet, lite robuste løsninger og fare for duplisering av dyrt utstyr.
- Subspesialisering innenfor prostatakirurgi kan gjøre at generalistene innenfor urologi blir færre. Det kan resultere i manglende kompetanse til å utføre f.eks urinavledninger som andre spesialister (gynekologer/gastrokirurger og sarkomkirurger) trenger hjelp til.
- Det foreligger ingen plan for hvor retroperitoneale glandeltoilette for testikkel kreft pasienter skal gjøres. Iht nasjonale retningslinjer skal disse operasjonene gjøres der hvor det finnes karkirurgisk kompetanse.
- Det er høyst nødvendig med fullverdig medisinsk overvåkning, PO og indremedisinsk støtte samt et adekvat og bemannet akuttmottak for å drive forsvarlig pasientbehandling ved Radiumhospitalet.
- Et bekkensenter ligger som virksomhetsinnhold for Radiumhospitalet i noen planer, men i andre dokumenter er dette senteret foreslått flyttet til Gaustad. Dette fremstår uklart og motstridende.
- Abdominal sarkom behandling er tentativt foreslått flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet med oppsplitting av et tverrfaglig samlet sarkommiljø.
- Lansering av trinn 2 på Radiumhospitalet er relativt nytt. Det foreslåtte innholdet er noe mangelfullt. Det bør derfor gjøres grundigere analyser mtp hva et trinn 2 bør inneholde og hvilke begrensinger som ligger i forslaget fra HSØ.
- Tidsangivelsene for nye stråleterapisentra i HSØ oppleves som optimistiske anslag. Per dags dato foreligger ikke innvilget finansiering for noen av sentrene. I tillegg kreves kompetanseoppbygging ved sentrene noe som det ikke er tatt høyde for i beregningene. Konsekvensene av dette vil være at pasientene blir værende lenger på OUS enn planlagt i forhold til kapasitetsberegningene.
- Utfasing av onkologisk behandling på Ullevål mangler konkretisering.
- Vi har tidligere kommentert antakelsen om overflødig kapasitet i det nye kliniske bygget på Radiumhospitalet. I tillegg minner vi om at byggets areal er beregnet med 90% belegg og 10 timers åpningstid i motsetning til Aker og Gaustad hvor HSØ underveis i konseptfase arbeidet endret arealkalkylene til 85% belegg og 8 timers åpningstid.

- Det er ikke omtalt tydelig hvor behandling av lunge-/ GI-/nyre-/ blære- / annen urologisk kreft eller testis skal plasseres i relasjon til fraflytting av Ullevål. Dette gjelder både de onkologiske og kirurgiske aspektene ved behandlingen. Dermed svarer man ikke ut hele mandatet som etterspør en plan for all kreftbehandling ved fremtidens OUS.
- Virksomhetsplanen svarer ikke ut hvordan man skal ivareta kvalitet i pasientbehandlingen, beredskap og utvikling av faglig kompetanse.
- Virksomhetsplanen overskrider rammene som er lagt til grunn for konseptfasen når det gjelder investeringer, areal og kapasitet. Det legges til grunn forutsetninger som krever betydelige investeringsrammer for å kunne realiseres. Dette gjelder spesielt de løsningsforslagene som betegnes rundt milepæl 3, 4 og 5.
- Alt i alt fremstår planene for fremtidig kreftbehandling ved OUS som uoversiktlige, lite sammenhengende og forskjellige alt ut ifra hvem som uttaler seg og hvilke dokumenter man leser. Planene fremstår ikke som gjennomtenkte og helhetlige og svarer således ikke ut bestillingen fra HSØ.
- Det finnes ingen tydelig helhetlig plan for kreftbehandling i fremtidens OUS hvilket gir betydelig risiko for svekket kvalitet i pasientbehandlingen.

Kreftklinikken tillitsvalgte og verneombud:

Anne Marit Førland og Marianne Lislerud Smebye, Dnlf,

Ingvild Haavik og Merethe Lia Johansen, NFF

Ingvild Eidsaae, NETF

Christer Ofigsbø-Leite, VO

Ellen Tønsager, Fagforbundet

Marie -Therese Strand Larsen, NITO

Cathrine Hoelstad, NSF

Eli Benedikte Skorpen, NRF

Dnlfs tillitsvalgte/ medlemmer som driver kreftbehandling:

Recep Øzeke, KTV KIT

Rolf Walquist, urolog

Roger Josefsen, KTV Nevroklippen

Arve Sundset, KTV Hjerte- og lungeslinikken

Kari Løhne, KTV KLM

Øystein Unseth, KTV Medisinsk klinikk

Dag Førland, ATV gastrokirurgisk avdeling

Anthony Burton Mariathason, seksjon TV gastrokirurgisk avd, RAD

Milan Spasjevic, seksjon TV gastrokirurgisk avd, RAD

Kommentar til Tilleggsutredning Rapport fra prosjektgruppe «Driftskonsept føde og nyfødt»
26.4.2019 til «Prosjekt Fremtidens OUS»

Det understrekes følgende viktige poeng:

Det er enighet i gruppa om rapportens innhold under følgende viktige forutsetninger:

Fagmiljøet i både Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken ønsker, og har alltid ønska, en KOMPLETT samling av all barne-, nyfødt- og fødevirksomhet i OUS på ett sted. Dette gjentas flere ganger i rapporten. Å splitte føde/nyfødt på to steder er altså IKKE den løsning vi primært ønsker, men et resultat av plassmangel på valgte tomter.

Om man likevel IKKE vil lytte til fagmiljøenes klare råd, er den foreslåtte oppsplitting mulig å organisere FORSVARLIG, men som en mindre god løsning enn en samling på ett sted. Den krever bl.a rotasjon av større grupper personell – noe som erfaringsmessig kan være vanskelig å få til.

Vi er enige om at å bygge opp en komplett nyfødt- og barneavdeling på Aker IKKE vil være en bedre løsning for våre pasienter da man da får en varig oppsplitting av våre fagmiljøer. Vi er også enige om at intensivbehandling av nyfødte skal være der den største føde- og nyfødtavdelinga blir - sammen med resten av Barnesykehuset. Dette bør lokaliseres til Gaustad – eller Ullevål, om man faller ned på Ullevål som tomtevalg for OUS i stedet for Gaustad.

Og vi er enige om at en ev. framtidig vekst i fødsler bør være på Gaustad eller Ullevål – og ikke på Aker.

Ærbødigst

Tor Einar Calisch

Overlege Nyfødtintensiv

Klinikktiltitsvalgt

Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken

Oslo universitetssykehus



Call 581-17643

Mob 928 58 044

Innspill fra vernetjenesten gjeldende drøftinger 3.juni - Fremtidens OUS.

Under konseptfasearbeidet har det i mange arbeidsgrupper (fokusgrupper) fremkommet kunnskap om at planene for nybygg Rikshospitaller og Aker medfører en betydelig arealfortetning for flere yrkesgrupper og funksjoner. Styresak 39/2019 legger opp til at ytterligere flere funksjoner skal innplasseres i eksisterende planer, fase I – nybygg, uten tilsvarende/kompenserende økning i areal. Aktuelle fagområder er høysmitteisolater, trykktank, toksikologi samt økt opptaksområde. Problemstillingen innen somatikk er mest aktuell for arealplanene tilknyttet Rikshospitalet.

I sum utgjør dette økt risiko for ytterligere fortetning og lite funksjonelle eller fremtidsrettede løsninger. Arbeidsmiljøet blir satt under press og bygningenes elastisitet og evne til å håndtere fremtidige endringer blir redusert.

Vernetjenesten viser videre til lik problemstilling tilknyttet kapasiteter og arealbehov innen psykiatri og rusbehandling. Også her legges det opp til økning i funksjoner og opptaksområde (Grorud – Stovner) som skal inngå i prosjektets fase I uten at arealer økes tilsvarende. Kvalitetssikring av kapasitet innen områder viser en manko på 3400 m2 gitt at alle nevnte funksjoner/områder faktisk inngår i prosjektets fase I.

Vi ser derfor økt risiko for uheldig fortetning og lite funksjonelle løsninger innenfor nye bygg også for området psykisk helse og rusbehandling.

Oppsummert representerer ovennevnte problemstillinger betydelige utfordringer gjeldende fortetning, arbeidsmiljø og sykehusets evne til å skape fremtidsrettede og funksjonelle arbeidsplasser samt evne til å ivareta ansatte og pasienter på god måte. Nye og arealkrevende funksjoner som legges inn i prosjektets fase I må resultere i tilsvarende økning av arealrammer. Alternativt må andre funksjoner tas ut av prosjektets første fase. Prosjektorganisasjonen og linjen i OUS må ta stilling til ovennevnte problemstillinger/dilemma i god tid før oppstart av forprosjekt.

Per Oddvar Synnes
foretaksverneombud

Protokolltilførsel drøfting Fremtidens OUS, 3/6-19

På Gaustad er det i dag for lite arealer til forskning. I planene er det ikke satt av arealer til forskning som ikke er tilknyttet universitetet. For eksempel har institutt for indremedisinsk forskning blitt bedt om å flytte da arealene er ønsket av radiologi. Dette alene er snakk om arealer til 80 ansatte fordelt på 15-20 kontorer, 6 laboratorier og en del instrumentrom. Det er urovekkende at man på dette tidspunktet ikke har lagt noen konkrete planer vedrørende behovet for utvidelse av forskningsarealer på nåværende Gaustad. Videre fremdrift kan ikke anbefales før en fullstendig arealkartlegging er gjennomført.

Foretakstillitsvalgt Forskerforbundet
Linda Møllersen



PROTOKOLL DRØFTEMØTE 2019 06 03 FREMTIDENS OUS

Viser til fellesprotokollen fra de tillitsvalgte og tidligere protokoll 2018 11 26 for Konseptfase for generelle betraktninger. Legger også ved interessante betraktninger om arealbehov for vitenskapelig ansatte fra NTNU:

Groruddalen

Psykologforeningen synes det er svært positivt at OUS-ledelsen går inn for at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for OUS inkludert Groruddalen kommer med i første etappe av prosjektet. Psykisk helsevern og TSB har behov for nye lokaler og at disse lokalene er innenfor Oslos bygrense siden dagens behandlingstenkning er opptatt av samhandling med det kommunale nivå og pasientens øvrige nettverk.

Kvalitetssikring kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker, Oslo universitetssykehus HF

Det har også vært positivt at man fikk nedsatt en gruppe som består av HSØ og PHA i OUS, inkludert tillitsvalgt og verneombud, som har arbeidet med å kvalitetssikre kapasitetsberegninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved Aker, Oslo universitetssykehus HF. Gruppen har fått ryddet i diverse feil og rettet opp at phv og tsb hadde høyere utnyttelsesgrad enn somatikken i prosjektet. Dette har medført at man har fått 1000 kvm mer.

Dessverre har det falt ut en setning av rapporten: "Psykologforeningen stiller seg ikke bak at det er økt med et nedtrekk på 25% istedenfor 29%."

Det brukes ord som effektivisering av phv og tsb i denne sammenhengen. Det medfører ikke riktighet at man faktisk effektiviserer. Det man her gjør er enten å redusere tilbudet eller at man skiver oppgavene over på andre enten det er kommunen eller det er til de pårørende.

Det er også andre forutsetninger i arbeidet som ikke fremkommer i rapporten og som er i vesentlig misforhold med faktisk god drifting av phv og tsb:

«Kontorer

Avsatt areal til kontor og møterom utgjør 1804 m² i hovedprogram nytt sykehus på Aker. I tråd med gevinstberegningene har Oslo universitetssykehus HF et behov for areal til 266 årsverk. Dette tallet ekskluderer årsverk polikliniske behandlere som er på behandlingsrom, kompetansesentre (etappe 2) og LiS leger/psykologer i spesialisering som arbeider ved døgnenheter. Det er avsatt kontorer på døgnenheter til enhetsleder samt arbeidsstasjoner til miljøpersonale. **Det forutsettes at leger og psykologer i spesialisering på døgnenheter må kunne bruke disse arbeidsstasjonene.** Tabell nedenfor viser arealbehov dersom snitt per årsverk settes til 7,5 m² (det forutsettes en snittbetraktning ettersom noen vil ha cellekontor, noen arbeidsplass på felleskontor og noen med fleksible arbeidsstasjoner). Oversikten viser et behov for ytterligere 191 netto m².»

Det er ikke akseptabelt at innbakt i forutsetning for kvadratmeterbehov, så baserer man seg på at psykologer på døgnpost skal gjøre bruk av miljøpersonalets arbeidsstasjoner. Psykologer på døgnpost har også behov for kontor og kan ikke avspises med at de kan bruke arbeidsstasjonene til miljøpersonalet.

Det vekker også stor bekymring at de økte kvm – til sammen ca 3 500 kvm - ikke medfører at den økonomiske rammen i etappe 1 øker.

Det er viktig å fortsatt fastholde at phv og tsb har behov for lokaler og uteområder som støtter opp om behandlingen. Dette medfører at byggene bør være lave og lyse med god tilgang til grøntarealer. Det blir trangt på tomten på Aker. Det er ikke mulig å få egnet plass til PHV og TSB hvis ikke alle tomtene i prosjektet blir innkjøpt.

Prosjektet for PHV og TSB er underdimensjonert og når man vet at ved nybygg må man betale med å redusere driften, da fremstår det som helt nødvendig at man går igjennom prosjektet på nytt og ser hva som kan gjøre god nytte av byggene på Gaustad og hva som virkelig trenger nybygg. Det er også en mulighet for å bygge nytt på Gaustad for phv og tsb.

Minner om at det også er slik id et beksrevne prosjektet at det beregnede framtidige behovet for areal er fullt utnyttet i 2035. Etter det vil befolkningsveksten kreve økt areal.

Mvh
Birgit Aanderaa
FTV OUS Psykologforeningen

Protokollen støttes av de klinikktilitsvalgte og klinikkverneombud ved Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Else Lise Skjæret, klinikktilitsvalgt Fagforbundet
Berit Averstad, klinikktilitsvalgt NSF
Thomas Small, klinikktilitsvalgt Legeforeningen
Mats Sørensen, klinikkverneombud
Klinikktilitsvalgt FO,

“Arbeidsplasser for vitenskapelig ansatte

Arealnormen i offentlige byggeprosjekter skiller mellom kontorarealer og spesialarealer som vitenskapelig areal, undervisningsareal eller laboratorier. Dette gir god mening i mange sammenhenger.

Imidlertid er det slik at i universitet- og høyskolesektoren, vil arbeidsplassen for en spesiell type kunnskapsarbeidere, de vitenskapelig ansatte, skille seg fra administrativt ansatte. For administrativt

ansatte vil arbeidsplassen være sammenlignbar med andre statlige arbeidstakere. For en del vitenskapelig ansatte, vil kontoret i seg selv være laboratorium og undervisningsareal da det foregår både forskning/vitenskapelig arbeid og undervisning/veiledning ved arbeidsplassen. Dette bør gjenspeiles i arealnormen for arbeidsplasser innenfor Universitets- og høyskolesektoren.

For flere av fagene ved NTNU er kontorarbeidsplassen en del av forskningsinfrastrukturen. Der en innenfor medisinske eller naturvitenskapelige fag benytter laboratorier foregår selve forskningsprosessen innenfor noen av fagene i samfunnsvitenskap og humaniora som en argumentativ skriveprosess på kontoret. Flere fag samler arkivmateriale som brukes som kilder, og de har behov for bøker som ikke er, og heller ikke vil bli digitalisert. For å utnytte forskningstiden effektivt stiller det krav til at arealene legger særskilt til rette for konsentrasjon og bruk av forskningsmateriale som må være tilgjengelig over tid.

Kontoret er også et mye brukt møterom der det skjer en-til-en-veiledning av studenter og stipendiater. Vitenskapelig ansattes tilgjengelighet for studentene er avgjørende for studiekvalitet og kandidatenes kvalifikasjoner. Særskilt i fag hvor det gjennomgående er flere studenter per underviser, og et høyere omfang av veiledning, er denne problemstillingen relevant.

For at campus skal gi effektive rammebetingelser for forskning og undervisning, vil derfor NTNU hevde at det gir god kost/nytte-effekt å beregne en arealnorm for vitenskapelig ansatte, som åpner for faste kontor plasser og høy andel individuelle kontorer. “ Side 3 i dokumentet.

1 av 5



NTNUs tilleggsnotat til beslutningsgrunnlag til regjeringen 27.11.17

Kunnskapsdepartementet (KD) har bedt NTNU og Statsbygg i fellesskap utarbeide et grunnlagsmateriale for regjeringens beslutning om konseptvalg for “Framtidig lokalisering av campus for NTNU”, jf. brev av 1. september 2017. Materialet skal bygge på foreliggende konseptvalgutredning (2014), KS1-rapport (2015) og andre utredninger som er relevante for oppdraget. Rapporten ble sendt til Kunnskapsdepartementet 27. november 2017.

Dette notatet omtaler momenter som NTNU ønsker å sette særlig søkelys på, av hensyn til universitetets virksomhet og utvikling.

Eierskap til bygg

NTNU er i henhold til hovedmodellen for universiteter en selvforvaltende institusjon og driver i dag en kostnadseffektiv forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU) av bygningsmasse og anlegg. Det betyr at NTNU har forvaltningsansvar for egne eiendommer og selv kan avhende fast eiendom med departementets samtykke eller etter generelle regler.

At NTNU også i fremtiden er selvforvaltende og eier egen bygningsmasse er avgjørende for at NTNU skal kunne fortsette å benytte bygg og infrastruktur som viktige strategiske virkemidler. Utvikling av campuser og bygninger bidrar til å videreutvikle NTNU som et attraktivt universitet. Gjennom en kontinuerlig utvikling av campus skaper vi en infrastruktur for utdanning, forskning, formidling og nyskaping som gjør det mulig for NTNU å nå målet om å være et attraktivt, internasjonalt fremragende universitet.

Som selvforvaltende institusjon vil NTNU kunne planlegge vedlikehold og teknisk oppgradering i henhold til faglige behov og strategiske prioriteringer. Videre kan NTNU opptre mer dynamisk og handle raskt også ved behov for mindre endring og utvikling. Som hovedprinsipp skal arealer og bygninger utvikles i tråd med langsiktige strategiske planer for virksomheten, men noen ganger er det behov for mer dynamikk gjennom mindre endringer. For eksempel ved behov for utvikling av arealer for mer innovative utdanningsformer har NTNU hatt muligheten til å justere raskt på egne planer og raskere realisere mer fremtidsrettet læringsareal, i henhold til den faglige utviklingen.

For at NTNU fortsatt skal lykkes i sitt arbeid med å utvikle bygninger og campuser i tråd med strategiske prioriteringer er det viktig at en fortsatt er selvforvaltende også for nye arealer. Forvaltning og utvikling av bygg og infrastruktur må også i fremtiden ses i umiddelbar sammenheng med NTNUs behov for faglig utvikling. For å ivareta den åpenbare nytten

Postadresse

7491 Trondheim Norway

Org.nr. 974 767 880 Besøksadresse Telefon Saksbehandler

Høgskoleringen 1 +47 73595000 Merete Kvidal postmottak@ntnu.no Hovedbygningen

www.ntnu.no

Adresser korrespondanse til saksbehandlerne. Husk å oppgi referanse.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

05.12.2017

kjernevirksomheten har av rollen som selvforvaltende universitet må prosjektmodellen for videre arbeid tilpasses dette.

Studenthybler på campus

Studentsamskipnaden i Trondheim har gjennomført en mulighetsstudie som viser at en konvertering av lite egnede kontorarealer i Sentralbygg 1 og 2 på Gløshaugen til studentboliger gir en mer effektiv utnyttelse av eksisterende bygningskropp.

De siste års helse- og trivselsundersøkelser blant studenter (SHoT) viser at stadig flere studenter sliter med ensomhet og psykiske plager. NTNU ønsker derfor studentboliger på campus med fellesløsninger som gjør at studentene har gode sosiale soner og «blir sett» av medbeboere hver dag. Dette vil være et bidrag til å forebygge blant annet ensomhet. Internasjonalt ser vi at universiteter som har studentboliger på campus har lavere frafall og høyere gjennomføringsgrad¹.

Integrering av studentboliger på campus vil bidra til å nå NTNU`s mål om et «levende campus» samtidig som det også er i samsvar med Trondheim kommunes forfettingspolitikk. Med studentboliger på campus vil man sørge for at det er folk på campus til alle døgnetts tider og gjennom hele uka.

Studentboliger vil være et helt nytt tilbud som man ikke har på campus i dag og som vil gi muligheter til å eksperimentere/prøve noe nytt. Det er et ønske å få til sambruk av arealer og fleksibilitet. F.eks. kan arealer benyttes både som læringsarenaer og sosiale arenaer både for studenter som bor på campus og for alle andre studenter, ansatte og andre som oppholder seg på campus. En slik fleksibilitet og utprøving av nye måter å bruke arealer i fellesskap på, vil kunne stimulere til utvikling av identitet og kultur samt viske ut skillene mellom ulike arealkategorier. Denne type «identitetsarealer» vil kunne gi gevinster både sosialt og faglig.

I tillegg til en omstrukturering av eksisterende bygningsmasse er det også ønskelig at det settes av tomtearealer til eventuelle fremtidige studentboliger på eller nært opp til campus. Investering til studentboliger dekkes gjennom den etablerte offentlige finansieringsordningen for studentboliger.

Arbeidsplasser for vitenskapelig ansatte

Arealnormen i offentlige byggeprosjekter skiller mellom kontorarealer og spesialarealer som vitenskapelig areal, undervisningsareal eller laboratorier. Dette gir god mening i mange sammenhenger.

Imidlertid er det slik at i universitet- og høyskolesektoren, vil arbeidsplassen for en spesiell type kunnskapsarbeidere, de vitenskapelig ansatte, skille seg fra administrativt ansatte. For administrativt

¹ For eksempel: University of Maryland: [On-campus student housing strategic plan](#), basert på studier av relasjonen mellom å bo på campus og gjennomføringsgrad

05.12.2017

3 av 5

ansatte vil arbeidsplassen være sammenlignbar med andre statlige arbeidstakere. For en del vitenskapelig ansatte, vil kontoret i seg selv være laboratorium og undervisningsareal da det foregår både forskning/vitenskapelig arbeid og undervisning/veiledning ved arbeidsplassen. Dette bør gjenspeiles i arealnomen for arbeidsplasser innenfor Universitets- og høyskolesektoren.

For flere av fagene ved NTNU er kontorarbeidsplassen en del av forskningsinfrastrukturen. Der en innenfor medisinske eller naturvitenskapelige fag benytter laboratorier foregår selve forskningsprosessen innenfor noen av fagene i samfunnsvitenskap og humaniora som en argumentativ skriveprosess på kontoret. Flere fag samler arkivmateriale som brukes som kilder, og de har behov for bøker som ikke er, og heller ikke vil bli digitalisert. For å utnytte forskningstiden effektivt stiller det krav til at arealene legger særskilt til rette for konsentrasjon og bruk av forskningsmateriale som må være tilgjengelig over tid.

Kontoret er også et mye brukt møterom der det skjer en-til-en-veiledning av studenter og stipendiater. Vitenskapelig ansattes tilgjengelighet for studentene er avgjørende for studiekvalitet og kandidatens kvalifikasjoner. Særskilt i fag hvor det gjennomgående er flere studenter per underviser, og et høyere omfang av veiledning, er denne problemstillingen relevant.

For at campus skal gi effektive rammebetingelser for forskning og undervisning, vil derfor NTNU hevde at det gir god kost/nytte-effekt å beregne en arealnorm for vitenskapelig ansatte, som åpner for faste kontorplasser og høy andel individuelle kontorer.

Behov for rom og kapasitet for samarbeidspartnere

NTNU har vært og er en viktig bidragsyter for å omstille og bygge opp det moderne Norge. NTNU genererer og tilgjengeliggjør kunnskap og resultater fra virksomheten for å skape innovative løsninger til praktisk nytte og bærekraftig konkurransekraft for arbeidslivet og samfunnet. NTNU har lang tradisjon for tett samarbeid med både næringsliv og offentlig sektor innen utdanning, forskning og innovasjon. Dette har resultert i verdiskaping i eksisterende og nye næringer så vel som i offentlig sektor gjennom en årrekke, noe som også er dokumentert gjennom rapporten fra Damvad Analytics i 2017². I tillegg har NTNU et tett og viktig samarbeid med SINTEF.

Det er viktige aspekter rundt universitetets rolle som forutsetter at arealer for samhandling med nærings- og arbeidsliv bør være tydeligere og en mer integrert del av planleggingen av ny campus:

- Departementene har forventinger til NTNU om bidrag til økt nasjonal innovasjonsevne, både gjennom utdanning av kandidater (inkludert etter- og videreutdanning) med relevant kunnskap og

kompetanse for omstilling og utvikling av næringsliv og offentlig sektor,

² Economic impact of research collaborations with NTNU, DAMVAD Analytics 2017
https://www.ntnu.no/documents/1272503658/1276139892/Damvad_Analytics_NTNU_Report_18.01.2017.pdf/6d3b3e8b-c562-4111-8fbe-42a84796c2df

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

05.12.2017

4 av 5

tilgjengeliggjøring og kommersialisering av kunnskap, gjennom resultater fra forskning, og som aktiv bidragsyter med kunnskapsbasert fakta i viktige samfunnsdebatter.

- Næringsliv ønsker lettere tilgang til NTNUs kunnskap, kompetanse og infrastruktur for å skape økt konkurransekraft for norske næringer. Dette vil realiseres gjennom tilgang til arealer på campus for tettere integrasjon og samarbeid; investere, teste og samspille for å omsette kunnskapen ved NTNU til nye innovative og bærekraftige løsninger.
- Offentlig sektor ønsker tettere integrasjon med NTNU for å øke mulighet for offentlig sektor til å løse framtidige utfordringer med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap på høyt internasjonalt nivå: Økt effektivisering, robotisering og innovasjon i offentlig sektor.
- Innovasjonsaktører – Innovasjonssenter, skape ny virksomhet, nye selskaper
- Eksterne samarbeidspartnere – SINTEF og andre
- Studentene peker på behov for arbeidslivsnær utdanning og at næringslivet blir mer involvert og integrert i studiehverdagen.

Felles arealer for næringslivssamarbeid vil åpne universitetet for samfunnet og være særdeles viktig for at NTNU skal bidra til å omsette kunnskap og resultater til nye innovative løsninger til praktisk nytte og bærekraftig konkurransekraft for samfunnet³.

Felles arealer styrker NTNUs muligheter for å bidra til et nasjonalt løft for økt konkurransekraft i privat sektor og økt mulighet for offentlig sektor til å løse framtidige utfordringer med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap på høyt internasjonalt nivå.

[Videre arbeid; Organisering, framdrift og kostnad](#)

NTNUs sterke posisjon i samarbeid med næringslivet og offentlig sektor, bidrar til å omstille

Norge. Bedriftene NTNU samarbeider med har i tillegg høyere sysselsetting, omsetning og investeringsnivå enn andre. NTNU mener at samlingen av campus i Trondheim er en mulighet Norge ikke kan la gå videre uten å legge tungt til rette for å kombinere NTNUs kunnskapsfront og næringsens gjennomføringskraft til innovasjon i hele byggenæringens verdikjede. Potensialet ligger i alle faser og i sammenhengen mellom dem; helt fra prosjektutvikling via innovative anskaffelser, industrialisering i byggefasen til forvaltning og bruk av bygningene. NTNU har ledende kompetansemiljø innen relevante fagfelt og en samarbeidstradisjon som ved hensiktsmessig og rettidig involvering vil bidra til kostnadseffektiv, bærekraftig og kvalitetsmessig god realisering av tiltaket og gjøre det til et foregangsprosjekt for framtidige offentlige og private byggeprosjekt.

I lys av dette mener NTNU at det ligger store muligheter for å utvikle prosjektet med god kvalitet, bedre framdrift og kostnad gjennom å utvikle og implementere en prosjektmodell med roller og ansvar tilpasset denne situasjonen og at det må jobbes mot en byggestart så tidlig som mulig.

³ Mer om campusutvikling som en stimulator til innovasjon i studien [Technology campuses and cities](#), Flavia Curvelo Magdaniel, TU Delft, 2016

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

05.12.2017

5 av 5

NTNU mener rapporten sendt til Kunnskapsdepartementet 27. november er for lite ambisiøs og innovativ på disse punktene.

[NTNU som nasjonal premissleverandør og verdiskaper](#)

Avslutningsvis vil NTNU fremheve at vi ved siden av NMBU og Norges arktiske universitet har NTNU et nasjonalt mandat.

NTNU forvalter sin rolle som nasjonal premissleverandør samtidig som vi har en faglig bredde med teknologi- og naturvitenskap, humaniora, samfunnsvitenskap, medisin, helsevitenskap, utdanningsvitenskap, arkitektur og kunstnerisk virksomhet. Vår teknisk-naturvitenskapelige hovedprofil, sterke samfunnsvitenskapelige og humanistiske fagdisipliner og tverrfaglige kompetanse gjør at nettopp derfor står vi i en særstilling til å kunne møte de store, sammensatte utfordringene Norge og verdenssamfunnet står overfor. NTNUs virksomhet omfatter over 40 000 studenter og over 7000 årsverk. I 2016 utdannet vi 6800 bachelor- og mastergradskandidater og 366 doktorgrader ble avlagt ved NTNU.

Vi mener derfor at det sammenlignet med andre prosjekter i UH-sektoren er rimelig å konkludere at investeringskostnaden her er relativt nøktern sett opp mot omfang og mulighetene for nasjonal verdiskaping.

Protokolltilførsel

Viser til drøftesak om Fremtidens Oslo universitetssykehus HF, grunnlaget for styresak 39/2019.

NITO stiller seg meget bekymret til den økonomiske rammen som presenteres i denne saken. Det er avklart at kostnader for den krevende **logistikken og varetransporten** som er rapportert om er ikke beregnet inn. Disse kostnadene er ikke bare driftskostnader, men også anbefalt investeringer av betydelig grad. Viser til rapport «*Fremtidens OUS HF Logistikk og forsyningsrapport*» fra fokusgruppen i klinikk for laboratoriemedisin.

NITO ser seg nødt til å forholde seg til sammenhengen mellom konseptfaserapporten, ØLP og denne leveransen. Vi har forståelse for at rapporten er ikke behandlet enda, men dette beskriver ulempen i dette prosjektet. Arbeidet er gjort i en rekkefølge som gir et usikkert grunnlag å ta stilling til.

Det er også urovekkende at virksomhetsavklaring for kreft er først omtalt i denne fasen, når konseptfasen allerede har definert arealene og funksjonene vi har plass til i fase 1. Vår bekymring er knyttet til kvalitetsvurderingen rundt behovet for nærliggende støttefunksjoner. Og dette er kritikkverdige.

Med vennlig hilsen

Jonathan Faundez
NITO Foretakstillitsvalgt

04.06.19