

## Legeforeningens høringsinnspill til utviklingsplan 2035 versjon 09

Legeforeningen har følgende overordnede merknader:

- utviklingsplaner skal bidra til en bedre planlegging i helsetjenesten
- regionale planer må ta utgangspunkt i regionsykehusenes rolle og oppgavedeling med øvrige sykehus og helsetjeneste. For at planarbeidet skal lykkes å bringe verdi er det avgjørende at regionsykehusenes lykkes med sine planer.
- planutkastet fremlagt av Oslo universitetssykehus er av ujevn kvalitet. Planen reflekterer i liten grad sykehusets nøkkelrolle i helsetjenesten, og planen er anlagt på et for overordnet nivå til at den kan gjøre nytte i planlegging i perioden.

Planutkastet kan ikke danne grunnlag for et godt regionalt planverk.

Legeforeningen i OUS anbefaler at sykehuset omarbeider planen, i tråd med *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (Sykehusbygg)*, og *Strategier, planer og regionale føringer (HSØ)*.

### Om utviklingsplaner og det fremlagte planutkastet

Legeforeningen i OUS anser at det formulerte effektmålet for planarbeidet er en hensiktsmessig målsetning;

*Utviklingsplanen skal sikre at Oslo universitetssykehus også i fremtiden kan tilfredsstillere eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte. Utviklingsplanen skal være grunnlag for prioriteringer av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i en helhetlig utvikling. (1.3.2 Effektmål, side 7 i planutkastet)*

Dette effektmålet bør være en rettesnor for planens innretning og hva som bør gis plass i planen. I tillegg bør sykehusets utviklingsplan både beskrive og skissere utviklingstrekk i sykehuset og spesialisthelsetjenesten og en fremtidig oppgavedeling mellom sykehuset og den øvrige helsetjenesten. Oslo universitetssykehus innehar en særstilling i norsk spesialisthelsetjeneste, i kraft av størrelsen, og i kraft av sykehusets lands- og regionfunksjoner. Et godt regionalt og nasjonalt planverk er helt avhengig av at det er utviklet gode planer i regionssykehusene. Planene må være kunnskapsbaserte, gjennomarbeidede og konkrete. Utviklingsplaner av overordnet art, og som ikke er konkrete, har begrenset verdi i planleggingsarbeidet.

Legeforeningen anser at denne versjonen av planen ikke ivaretar disse hensyn på en god måte og at den bærer preg av en introvert tilnærming. Planen er i de fleste forhold begrenset til sykehusets egen aktivitet og beskriver i liten grad hvordan sykehuset skal bidra til en *samlet* utvikling av pasientens helsetjeneste; altså hvordan de ulike behandlingsleddene kan tilpasses og utvikles gjennom samhandling, oppgavedeling og

kompetanseoverføring. Det skisseres en rekke utviklingstrekk som bidrar til aktivitetsøkning i sykehuset, men det er i liten grad redegjort for hvordan oppgavedeling og samhandling kan bidra til at oppgavene løses nærmest pasienten, i tråd med LEON-prinsippet.

Utviklingsplanen beskriver i noen grad nye arbeidsformer, men er ikke tilstrekkelig konkret. Det er derfor ikke mulig å avlede hvilke konsekvenser endret oppgavedeling og nye arbeidsformer vil ha for dimensjonering og planlegging i tidsperioden, verken for sykehuset, eller for samarbeidende instanser som øvrige sykehus i landet og regionen, avtalespesialister eller kommunehelsetjenesten.

Sykehusets utviklingsplan bør altså innrettes med utgangspunkt i sykehusets sentrale rolle i helsetjenesten, og hvordan denne rollen og oppgavedelingen med den øvrige helsetjenesten kan utvikles i planperioden. Sykehusets særegne stilling bør reflekteres i måten oppdraget løses på. Sykehusets ulike roller bør beskrives både innholdsmessig og volummessig; hvilke regions- og landsfunksjoner ivaretar sykehuset innenfor de ulike fagområder, hvilke beredskapsfunksjoner er tillagt sykehuset, hvilken rolle har sykehuset innen utdanning og forskning osv. Beskrivelsen av sykehusets særskilte roller sammenlignet med øvrige sykehus må være grunnlag for hvordan planen skal skissere utviklingen av virksomheten sammen med øvrige sykehus i planperioden.

Disposisjonen i planutkastet følger i hovedtrekk oppsettet foreslått i veilederen<sup>1</sup>. Oppsettet er hensiktsmessig for å nå effekt målet, og gir gjennomgående en god disposisjon for planen. Oslo universitetssykehus har en helt særegen rolle i det samlede tjenestetilbudet, og dette kommer ikke godt nok frem i utkastet. Det kan ha sammenheng med at en i for stor grad følger Sykehusbyggs disposisjon, og ikke tilpasser oppsettet der det ville være egnet. På en rekke vesentlige punkter blir planen for overordnet og generell.

Det er for eksempel ikke tilstrekkelig å beskrive sykehusets aktiviteter med volummål som grunnlag for fremstillingen i planens del 2. Etter Legeforeningens syn vil det være hensiktsmessig å gi en bredere fremstilling av sykehusets virksomhet i del 2, med særskilt vektlegging av sykehusets lands- og regionsfunksjoner.

## Merknader til de enkelte kapitlene

### Kapittel 2

2.1 Dagens organisering fremstilles. Sykehusets overordnede ledelsesstruktur er tatt med. Det gjøres ikke rede for øvrig organisasjonsstruktur, antall nivå, grad av stedlig ledelse mv. Fremstillingen er såpass overordnet at den ikke gir verdi i planleggingsøyemed.

2.2 Det redegjøres for sykehusets samlede aktivitet i 2016. Det deles inn i hovedtyper av aktivitet, somatikk og psykiatri, pasienter innenfor og utenfor sykehusområdet og regionen mv, og for enkelte av registreringene er det presentert tidsserier. Dette er nyttige fremstillinger som kunne dannet et grunnlag for å planlegge fremover. Men også i denne delen er detaljeringsnivået for lavt, og det er ikke mulig å benytte de enkeltvis fremstillingene av historisk aktivitet til framskrivning av sannsynlig utvikling og behovsanalyse.

---

<sup>1</sup> <http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Veileder-for-arbeidet-med-utviklingsplaner-2016.pdf>

2.3 Under overskriften *Pasientens helsetjeneste* omtales nasjonale brukerundersøkelser og sykehusets resultater summarisk. Det pekes på at sykehuset presterer dårlig innenfor samhandling. Etter Legeforeningens syn er dette underkapittelet for dårlig. Det bør være mulig å gi en fyldigere beskrivelse av hva sykehuset legger i Pasientens helsetjeneste, og hvilke implikasjoner en slik forståelse vil ha for fremtidig planlegging og utvikling.

2.4 Ulike forhold omtales, under overskrift *Pasientbehandling*. Det gjøres blant annet rede for pasientsikkerhetsarbeidet med avvikshåndtering, daglig sikkerhetsfokus nasjonalt pasientsikkerhetsprogram mv. Dette er naturligvis forhold som må ivaretas i driften av sykehuset, men i den grad det har relevans for planutkastet er dette ikke fremstilt. For eksempel beskrives prevalens av infeksjoner og målsetningen om lavere forekomst, men at resistensproblematikken øker. Her trekkes det faktisk en konklusjon - at utviklingen øker behovet for enerom og isolater. Men det er ikke gitt noen konkret fremstilling; hvordan er fordelingen i dag, og hvordan kan vi forvente at den vil være om 5-10 år, hvilke kostnader og øvrige konsekvenser gir dette osv.

Fremstillingen av ventende og ventetid er mangelfull. Det utelates at endring i registreringspraksis er hovedforklaring på endringene i antall ventende og ventetid. Som kjent har Helsedirektoratet – med bakgrunn i svakhetene som er avdekket etter lovendringen trådte i kraft november 2015 – nå igangsatt en gjennomgang av behovet for nye endringer.

2.5 Her omtales oppgavedeling og samhandling. Kun overordnede trekk ved samhandling, og kun med enkelte aktører (kommunehelsetjeneste og fastleger), er beskrevet. Sykehuset samhandler imidlertid med sykehus og helsetjeneste i hele landet – i kraft av å ivareta nasjonale funksjoner, med øvrige sykehus i regionen – i kraft av å være regionsykehus, og særskilt med sykehusene i Oslo sykehusområde. I tillegg samhandler sykehuset med en rekke private aktører.

Etter Legeforeningens syn er en detaljert fremstilling av sykehusets oppgavedeling og samhandling med den øvrige helsetjenesten et nødvendig grunnlag for å kunne utarbeide alternativer for framtidig utvikling. Forslagene i Sykehusbyggs veileder er mer dekkende. Her anføres samhandling og oppgavedeling innen eget helseforetak, med andre helseforetak, med kommuner og fastleger, med kommersielle og ideelle private og med avtalespesialister. I tillegg vil det altså være hensiktsmessig å beskrive samhandling med sykehusene utenfor egen region da sykehuset ivaretar en rekke landsfunksjoner.

2.6 Organisasjon og ledelse omtales. Det er beskrevet noen overordnede målsetninger og utdanningstilbud. I veilederen er det pekt på at dagens organisering og struktur bør fremstilles. Det er ikke gjort. Verken antall klinikker, antall avdelinger og seksjoner, antall nivå eller grad av tilstedeværende ledelse er beskrevet. Dette bør beskrives, og det bør redegjøres for styrker og svakheter ved dagens organisering. Hva er alternativene, og hva er en sannsynlig eller ønsket utvikling de nærmeste årene? Er det egnet å ha et så stort sykehus på mer enn 40 lokasjoner organisert med en tverrgående modell i pyramide?

2.7 Her omtales utdanning, bemanning og kompetanse. Fremstillingen er svært overordnet og generell, og vil ikke ha verdi i planleggingsøyemed.

2.8 Omhandler forskning og innovasjon. Her er detaljeringsnivået noe bedre. Det er imidlertid ikke gjort rede for strategier og planer innen forskning og innovasjon, som anbefalt i veilederen.

2.9 Omhandler foretakets økonomi. Fremstillingen er på et helt overordnet nivå, og det er ikke beskrevet ulike scenarier, risiko mv. Sykehuset planlegger med omfattende ny-investeringer i planperioden, og sykehusets samlede utvikling vil være helt avhengig av et økonomisk grunnlag som kan muliggjøre investeringene. Den summariske fremstillingen gitt i 2.9 er for overordnet til å bidra med vesentlig innsikt i disse forholdene, som altså vurderes å være helt avgjørende for utviklingsplanen. Hva vil inntektsmodellens nye kriteriesett bety for sykehusets investeringsevne? Er det realistisk å planlegge med 2 % årlig effektivisering? Er dette i overenstemmelse med den observerte utviklingen de siste årene? Hvor store akkumulerte effekter vil bli resultatet dersom sykehuset ikke når høyere grad av årlig effektivisering enn den vi har sett de siste årene? Den fremstilte positive resultatutviklingen de senere årene (figur 5 side 32) skyldes i hovedsak eiendomssalg, og andre særlige forhold, herunder utsatte investeringer og vedlikehold.

2.10 Her beskrives forhold som berører IKT og infrastruktur i sykehuset og status på sentrale områder. Medisinsk teknisk utstyr (MTU) er utelatt. Det er redegjort for enkelte svakheter og mangler, men gjennomsnittsalder for utstyret, planer for fornying og større satsninger (som foreslått i veilederen) er mangelfullt beskrevet. Uforholdsmessig mye plass vies til å påpeke problemene som følger av at IMOD prosjektet er stanset og at Sykehuspartner ikke leverer så godt som sykehuset ønsker. Tilsvarende er sykehusets egne løsningsforslag, ambisjoner og konkrete planer for dårlig fremstilt. En må forvente større satsninger både innen IKT og øvrig infrastruktur samt MTU i planperioden. I planen bør det gis en fremstilling av hovedtrekkene og kostnader knyttet til satsningen. Oversikt over sykehusets medisinsk tekniske utstyr, tilstandsgrad, verdi, plan for oppgradering, og fremtidige investeringsbehov må utarbeides.

2.11 Det redegjøres for dagens bygg, deres tilstand og muligheter. OUS har gjennomført omfattende kartlegging av byggenes tilstandsgrad og tilpasningsdyktighet. Fremstillingen som gis er oversiktlig og av høy kvalitet, men er ikke i tilstrekkelig grad detaljert. Det bør redegjøres for ulike areal typer, hvor store areal er tilpasset ulike type bruk, hvor store areal er disponert til poliklinikk, laboratorier, operasjonsstuer mv? Hvordan har arealbruken endret seg de senere årene med økende bruk av poliklinisk behandling? Hvilken overordnet arkitektur er det på de ulike hoved-lokalisasjonene, hvilke lokaler egner seg for akutt-virksomhet, hvilke er mindre egnet osv?

2.12. Det er oppstilt en tabell med tomtestørrelser. Her er det gjort sammenstillinger av ulike størrelser; for Rikshospitalet er potensiell tomtestørrelse ved erverv / omregulering oppført, mens for de øvrige lokalisasjonene er faktisk tomtestørrelse oppført. Dette er misvisende. I den fremlagte tabellen er Rikshospitalets tomtestørrelse angitt til 350 daa, mens arealet er angitt til under det halve i Arealutviklingsplan 2025; *Rikshospitalets bebyggbare areal etter tilgjengelige tomteutvidelser omfatter, sammen med Universitet (Domus medica) ca 170 da.*

Tomtenes form, terreng og øvrig beskaffenhet er ikke fremstilt, og det er heller ikke redegjort for begrensninger i utnyttelsesgrad og mulighet for å bygge i høyden. Utnyttelsesmuligheter på de ulike tomtene kan da ikke avledes og er heller ikke skissert. Vi vet imidlertid fra Arealutviklingsplanen er det anført mulig utbygging av 40-50 000 kvm på kort sikt ved Rikshospitalet og 168 000 kvm på kort sikt på Ullevål-tomta. På lengre sikt – etter tomteerverv, omregulering og tillatelse til fortetting, og unntak fra vernebestemmelser – skisseres muligheter for utbygging av 142 000 kvm ved Rikshospitalet /Gaustad, og 258 000 på Ullevåltomta i Arealutviklingsplanen. En bedre detaljert oppstilling over tomtenes areal, beskaffenhet og utnyttelsesmuligheter bør fremlegges som del av sykehusets utviklingsplan.

### Kapittel 3

I del 3 gis det en fremstilling av utviklingstrekk og framskrivning. Etter Legeforeningens syn er også dette kapittelet for overordnet innrettet, men også for dårlig utviklet. Det gis enkelte generelle betraktninger om forholdet mellom ulike kompetansetyper mv. som er av liten verdi for planens formål. At det fortløpende skjer medisinsk og teknologisk utvikling er velkjent og bør ikke vies mye oppmerksomhet.

I denne delen av planen bør det gis en framskrivning av sykehusets aktivitet på et detaljningsnivå som er nyttig. Eksempelvis omtales behov for kompetanse helt overordnet i 3.4. Det beskrives behov for både generell og spesialisert kompetanse, og ”kombinasjon av breddekompetanse og dybdekompetanse”. I tillegg listes det opp behov for samhandlingskompetanse, koordineringskompetanse, samfunnskompetanse mv. Denne type fremstillinger gir ikke verdi i planleggingsperspektiv. Innretningen bør være mer konkret; hvilke behov vil vi ha for ulike ansatte-kategorier? Bør vi endre sammensetningen? Har vi tilstrekkelig kapasitet i utdanningsløpene? osv. Dette er heller ikke konkretisert senere i planen (4.26). Tilsvarende betraktninger gjelder øvrige forhold omtalt i del 3; Hvor stor vil økningen innen de ulike fagområdene bli? Hvilke følger vil dette ha for dimensjonering av bygg, utstyr, utdanning, osv.? Detaljerte framskrivninger av de ulike tjeneste- og fagområdene er helt avgjørende for å kunne mål-rette og prioritere tiltak.

Kapittel 3 er derfor det mest sentrale i planarbeidet, men er alt for dårlig utviklet i dette utkastet. Figur 13 (side 45) konkretiserer framskrivninger, og omfatter de mest sentrale premisene i hele planen. Men figuren blir stående alene, er for overordnet og dessuten for dårlig fremstilt. Det er heller ikke gjennomført en drøfting av forutsetningene som legges til grunn i figuren;

- er det rimelig å se for seg nedtrekk på 50 000 liggedøgn basert på økt bruk av hotell?
- er det sannsynlig at nær 48 000 liggedøgn kan overføres til kommunen?
- er det sannsynlig med en ytterligere reduksjon av 46 000 liggedøgn etter ”effektivisering”?

Hvis forutsetningene lagt til grunn i Nasjonal modell for aktivtetsframskrivning ikke slår til, hva vil da sengebehovet bli? Og hvordan håndterer vi et slikt – etter Legeforeningens skjønn – relativt sannsynlig utfall, hvor antallet liggedøgn blir 30-40 % høyere enn skalert etter modellen?

De siste tiårene har det vært en betydelig reduksjon i antallet liggedøgn i sykehusene, men denne trenden er i ferd med å endres. Fra 2015 har antall liggedøgn økt i Oslo universitetssykehus, og det siste året har også gjennomsnittlig liggetid økt noe. SAMDATA-rapportene viser tilsvarende trendskift med økning i liggetid i Helse Midt og Helse Nord fra 2015. Tidligere bruk av den nasjonale beregningsmodellen ("Sintef-modellen") har avdekket at metodikken resulterer i underestimert behov, og det er nå bestemt at bruken av modellen skal evalueres. Å legge modellen til grunn i planleggingen, uten å beskrive den betydelige usikkerhet som er knyttet til metodikken er lite hensiktsmessig.

**Hvis endringene skissert i figur 13 ikke lar seg gjennomføre vil sykehusets sengebehov øke med omlag 570 senger (188432 døgn), og hvis trenden med økning i liggetid fortsetter vil også dette tallet kunne vise seg for lavt. (Akershus universitetssykehus har litt over 600 senger)**

## Kapittel 4

I kapittel 4 gjennomgås målbildet og tiltak. Etter Legeforeningens syn er også dette kapitlet for overordnet og lite konkret anlagt, som under 4.2; "Oslo universitetssykehus skal oppnå fremragende kvalitet i tjenestene gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste". Planen bør konsentrere seg om forhold som er av betydning for å nå effektmålet.

I 4.3 pekes det på en rekke utviklingstrekk som vil ha betydning, men igjen blir beskrivelsen av overordnet art og en tar ikke skrittet videre og konkretiserer hva effekten vil være eller hvilke tiltak som bør iverksettes. Det beskrives en rekke behov innen teknologi og infrastruktur, men det gjøres ingen konkrete overslag over hvilke budsjettmessige konsekvenser eller andre tiltak som følger.

I 4.5 til 4.22 gjøres det en gjennomgang av de ulike fagområdene. Det er etter Legeforeningens syn hensiktsmessig å gjøre detaljerte beskrivelser. Men fremstillingene blir for dårlig strukturerte, for dårlig underbygget, og for lite målrettede. Hva er utviklingstrekkene volummessig (med referanse), hvilke krav og utfordringer reiser dette, hvordan kan dette løses med ulike tiltak (bygg, kompetanse, utstyr mv), hvilke justeringer i pasientforløpene kan være aktuelle, kan aktiviteten håndteres av andre instanser i helsetjenesten? Etter Legeforeningens syn er fremstillingene innen de ulike fagområdene av ujevn kvalitet. Kreftfeltet skiller seg ut med en ryddig, konkret og nøktern fremstilling. Men heller ikke på dette området trekkes det konsekvenser av de beskrevne utviklingstrekkene; hvor mange flere patologer må vi utdanne? Hva er et sannsynlig scenario for kapasitetsbehovet i radiologisk diagnostikk? Hvilke pasientforløp kan desentraliseres? I forhold til effektmålet - å danne grunnlag for prioriteringer av ulike tiltak i planperioden - er fremstillingene gjennomgående uegnede.

I 4.25 omtales oppgavedeling og samhandling. Etter Legeforeningens syn vil styrket samhandling og en mer hensiktsmessig oppgavedeling være det viktigste området for å utvikle helsetjenesten de nærmeste årene. Det bør utarbeides konkrete planer for pasientforløp og fagområder, og en bør trekke veksler på erfaringer fra andre områder og land hvor samhandlingen er mer velutviklet. Dette er et helt sentralt felt i årene som kommer. Fremstillingen gitt i 4.25 er etter Legeforeningens lite konkret, overordnet og ikke nyttig.

I 4.26 gis en fremstilling av forskning og innovasjon. Etter Legeforeningens syn er fremstillingen ryddig og god. Men fremstillingen kan minne om en forskningsstrategi i stedet for en konkret utviklingsplan. Hva vil forskningen trenge for å nå målsetningene? Hvilke konkretet arealkrav vil stilles? Hva vil moderne langingsfasiliteter for biobanker koste? I 4.27 gis det en beskrivelse av utdanning og kompetanse. Dette er også overordnet innrettet. Det gjøres ingen vurdering av behovet for utdanningsplasser innen de ulike fagområdene mv. Nyttan av fremstillingen er minimal for å planlegge fremover.

## Kapittel 5 – analyse og veivalg

Gjennomgående er fremstillingene som gis i kapitlene som leder frem til analysedelen av en overordnet og lite konkret art. Grunnlaget for å kunne gjennomføre en konkret analyse og beskrive veivalg er derfor svakt. Underlaget for å skissere ulike handlingsalternativer er for dårlig utviklet, og det er derfor ikke mulig å tegne opp ulike scenarier verken med hensyn til sykehusstruktur eller overordnet oppgavedeling.

I veilederen er det tydelig oppstilt krav til risiko- og mulighetsanalyser; *”det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser for alle vesentlige endringer i oppgaver”, og ”risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre”* (veilederen side 5). I kapittel 5 er det imidlertid ikke gjort noe forsøk på å beskrive veivalg og virksomhetsmessige muligheter, og følgelig heller ikke gjennomført noen risikoanalyse. I stedet trekkes arbeidet fra idefaserapporten opp som eneste handlingsalternativ, men det gjøres ingen analyse av denne planen, og heller ingen risikovurdering.

Utviklingsplanen underordnes og tilpasses med dette idefase-rapporten og styresak 053-2016, hvor det beskrives et målbilde med et samlet og komplett regionsykehus på Gaustad kombinert med et lokalsykehus på Aker. I HSØ styresak 072-2017 ble det imidlertid fattet et presiserende vedtak i saken:

*Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering om risikobildet tilsier dette*

Metodikken for utviklingsplaner og styrevedtaket i HSØ gir begge anvisning om at sykehuset må vurdere handlingsalternativer og gjennomgå risikobilde i de ulike alternativene. Men i utkastet til plan er ikke gjennomføringsrisikoen knyttet til lokaliseringalternativene vurdert, til tross for at det regionale styret i en særskilt merknad har vektlagt dette. Legeforeningen anser dette som svært uheldig. Sykehusets utviklingsplan tar nå utgangspunkt i en idefaserapport som er beheftet med betydelig usikkerhet. I tidligfaseveilederen<sup>2</sup> er det lagt til grunn at en virksomhetsmessig utviklingsplan er grunnlaget for ide- og senere konseptfase:

Utviklingsplan  Idefase

Sykehuset har gjennomført idefase uten en underliggende virksomhetsmessig utviklingsplan, og idefase-utredningen er derfor ikke gjennomført i tråd med tidligfaseveilederen. Dette

---

<sup>2</sup> <http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>

kunne det vært bøtet på ved å peke på handlingsalternativer og gjennomføre risikovurderinger i sykehusets utviklingsplan i tråd med metodikken Sykehusbygg har utviklet. I stedet velges en omvendt tilnærming, hvor utviklingsplanen underlegges idefaserapporten:



Når utviklingsplanen i så stor grad dikteres av idefase-rapporten er det overveiende sannsynlig at planutviklingen blir bundet og at ulike løsningsalternativ ikke blir identifisert og utviklet. Etter Legeforeningens syn burde arbeidet med utviklingsplanen – i den krevende situasjonen sykehuset er i med et mangelfullt grunnlag for idefaserapporten – ha som siktemål å identifisere ulike alternativ ( i tråd med tilrådingene i veilederen) og varianter som kunne danne grunnlag for justeringer av idefaserapportens forslag, altså bidra i en vekselvirkning:



For at planen skal kunne bidra til å danne grunnlag for prioriteringer av tiltak i planperioden, må utviklingsplanen utvikle, sammenstille og vurdere ulike løsningsforslag. Dette er altså av særlig betydning i OUS da det valgte gjennomføringsalternativet for samling av lands- og regionfunksjoner som er forslått i idefaserapporten ikke er godt utredet virksomhetsmessig, og i tillegg er beheftet med betydelig usikkerhet. Varianter med andre løsningsforslag bør derfor utvikles og vurderes i en utviklingsplan.

**I denne delen av planen bør det også fremstilles og drøftes hvordan sykehuset skal håndtere aktivitetsveksten i planperioden. Planprogrammet for Oslo universitetssykehus er ambisiøst med byggeprosjekter som vil være krevende å komme i gang med grunnet tomteforhold og annet. Det er lite sannsynlig at de skisserte planene på Gaustad og Aker vil la seg realisere før 2030. I perioden frem til 2030 vil det imidlertid være en betydelig aktivitetsvekst i regionen og i sykehuset. Samlet effekt av endringer i demografi og epidemiologi vil i perioden gi en aktivitetsvekst på omlag 30 % (jfr figur 13 kapittel 3). Dette tilsvarer et stort lokalsykehus. Hvordan vil sykehuset håndtere denne situasjonen?**

### Avsluttende bemerkninger

Det foreliggende planutkastet er altså etter Legeforeningens syn mangelfullt, når ikke det oppstilte effektmålet, og kan ikke danne grunnlag for et regionalt planverk.

*Tilnærmingene og fremstillingene er ikke egnet til å sikre at sykehuset "også i fremtiden kan tilfredsstille eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte". Planutkastet danner ikke et godt grunnlag for " prioriteringer av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i en helhetlig utvikling"*

Det er ikke utviklet grunnlag for å skissere veivalg, og det er verken gjennomført risiko- og mulighetsanalyser på overordnet nivå eller for de ulike underordnede endringsforslagene. I



veilederen er det beskrevet at risiko- og mulighetsanalyser skal utarbeides for "alle vesentlige endringer".

**Etter Legeforeningens vurdering er det så omfattende avvik i den fremlagte planen sammenholdt med kravene oppstilt i veilederen og de fremsatte regionale føringene, at planen ikke kan godkjennes av sykehusstyret eller styret i det regionale helseforetaket uten omfattende endringer. Etter Legeforeningens syn bør det gjøres omfattende bearbeiding og utvikling av planen, før gjennomføring av en ny høringsrunde.**