



Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF

**Avklaring av videre arbeid med
utbygging på Aker og Gaustad**

Versjon 1.0 – 16.05.2017

1	Sammendrag.....	3
2	Bakgrunn	4
3	Avklaring av virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfase.....	5
3.1	Metode for å framskrive aktivitetsnivå	7
3.2	Dimensjoneringsforutsetninger	8
3.2.1	Generelle føringer	8
3.2.2	Regionsykehus	8
3.2.3	Lokalsykehus somatikk.....	8
3.2.4	Psykisk helsevern og TSB	9
3.3	Fremskrevet kapasitet til 2030	9
3.3.1	Somatikk	9
3.3.2	Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB)	10
4	Avklaring av arealbehov i etappe 1	12
4.1	Arealbehov for OUS basert på virksomhetsinnholdet.....	12
4.1.1	Beregning av arealbehov	12
4.1.2	Arealbehov Gaustad somatikk	12
4.1.3	Arealbehov Aker somatikk	13
4.1.4	Arealbehov Aker psykisk helsevern og TSB	13
4.2	Arealbehov for UiO	14
5	Rammer og prinsipper for IKT.....	16
5.1	Bakgrunn og hensikt	16
5.2	Overordnet IKT Konsept.....	17
5.3	Utvikling av en ramme for IKT i konseptfasen	17
6	Mulighetsstudie for utnyttelse og utvikling av tomtene.....	18
6.1	Tomteforhold Gaustad.....	18
6.1.1	Alternativ utnyttelse av tomten	18
6.1.2	Tomtegrenser og eieforhold	19
6.1.3	Verneinteresser	20
6.2	Aker	21
6.2.1	Alternativ utnyttelse av tomten	21
6.2.2	Tomtegrenser og eieforhold	22
6.2.3	Verneinteresser	24
7	Framdrift.....	24
8	Økonomi	24
8.1	Investeringsestimater.....	24
8.2	Økonomisk handlingsrom.....	26
9	Oppsummering og konklusjoner	27

1 Sammendrag

Det er i denne rapporten gjort en vurdering av arealbehov og investeringskostnader for et første utbyggingstrinn av Aker og Gaustad, og hvordan tilhørende estimater samsvarer med økonomisk handlingsrom i Helse Sør-Øst RHF. Formålet er å klargjøre hva som skal legges til grunn for den videre planleggingen i konseptfasen.

Som planforutsetning er det lagt til grunn en virksomhetsmodell som innebærer at regionale sykehusfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner for 3 bydeler lokaliseres på Gaustad. På Aker er det planlagt med lokalsykehusfunksjoner for 3 bydeler i Oslo og bydel Alna som på sikt skal overføres fra Akershus universitetssykehus (Ahus). I tillegg etableres det psykisk helsevern for 6 bydeler i Oslo og bydel Alna fra Ahus. Analysen legger til grunn at Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus skal øke graden av egendekning av lokalsykehusfunksjoner innenfor sitt opptaksområde innen somatikk og voksenpsykiatri. Det presiseres at den endelige virksomhetsmodellen ved Oslo universitetssykehus (OUS) fram mot 2030 vil bearbeides og utvikles som del av konseptfasen og den ordinære virksomhetsutviklingen ved OUS.

Basert på de forutsetningene som er lagt til grunn er det avdekket følgende utbyggingsbehov i første etappe:

	Arealbehov	Kostnadsestimat [P50 nivå]
Gaustad – somatikk	≈ 72.000 m ²	8,90 mrd. kroner
Aker – somatikk for 4 bydeler	≈ 72.000 m ²	7,25 mrd. kroner
Aker – psykisk helsevern og TSB for 7 bydeler	≈ 37.000 m ²	2,55 mrd. kroner
SUM – etappe 1	≈ 181.000 m²	18,70 mrd. kroner

De foreslåtte utbyggingene på Gaustad og Aker er store krevende prosjekter på begrensede tomteområder med til dels betydelige interessekonflikter med vern av kulturminner og reguleringsmessige utfordringer. For å avdekke reguleringsmessige utfordringer tidligst mulig har Helse Sør-Øst RHF bestilt oppstartmøte til Oslo kommune v/Plan-og bygningsetaten (PBE) og initiert dialog med Riksantikvaren.

Helse Sør-Øst RHF vurderte i sak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020* den økonomiske bærekraften i helseforetaksgruppen for gjennomføring av utbyggingsprosjektene. Den viste at utbyggingene ligger innenfor det økonomiske handlingsrommet til Helse Sør-Øst RHF ved oppstart i perioden etter 2020.

Det anbefales at det gjennomføres konseptfase i 2018 slik at det kan søkes om låneramme til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i statsbudsjettet for 2020. Det betyr at prosjektene kan gjennomføres i perioden 2020-2027.

I den videre planleggingen er det viktig å se på virksomhetsmessige og funksjonelle sammenhenger på tvers av ulike geografiske lokalisasjoner. Det er derfor anbefalt å utvikle konseptfasen for Gaustad og Aker i parallell. I tillegg vil det være nødvendig å gjennomføre et eget delprosjekt for å analysere nedtrapping av aktivitet ved Ullevål.

Arealene for Universitetet i Oslo inngår ikke i kostnadsestimatene og det vil være behov for å avklare endelig omfang og finansiering av disse i dialog med Kunnskapsdepartementet og

Universitetet i Oslo som del av programforutsetningene for konseptfasen. Det er imidlertid gjennomført en oppdatert vurdering av behovet for universitetsarealer og denne indikerer et behov på ca. 12.000 m² på Gaustad og 8.000 m² på Aker.

Det er avklart styringsstruktur og forutsetninger for gjennomføring av ikke-byggnær IKT (O-IKT) i sykehusprosjekter. Det er gjort foreløpige estimater i rapporten basert på erfaringstall fra tidligere gjennomførte prosjekter. Endelig omfang og budsjett vil bli avklart i konseptfasen.

2 Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 16.06.16 sak om videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF (sak 053-2016). Styret ga i den forbindelse sin tilslutning til et framtidig målbylde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. Det ble forutsatt at dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.

I samme sak ble det lagt til grunn at det skal arbeides videre med å avgrense og konkretisere innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad før det tas beslutning om oppstart konseptfase og videre fremdrift.

Styret vedtok følgende i sak 053-2016 som gir føringer for dette arbeidet:

- 2. Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomiske handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.*
- 3. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelse av sørge for-ansvaret, og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.*
- 4. Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.*
- 5. Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder.*
- Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.*
- 6. Med utgangspunkt i det gjennomførte idefasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehustomtene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.*

Vedtaket er fulgt opp gjennom etablering av eget mandat vedtatt i foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF den 12.10.16, hvor følgende aktiviteter/milepæler er definert for arbeidet våren 2017:

- MP1: Avklare virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfase

- MP2: Avklare arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo
- MP3: Avklare rammer og prinsipper for IKT.
- MP4: Vurdere og eventuelt supplere mulighetsstudie for utvikling av tomten inkludert utnyttelse av eksisterende bygningsmasse. Gjennomføre reguleringsmessige avklaringer i samarbeid med Oslo kommune, i en felles prosess for Aker og Gaustad.
- MP5: Utarbeide overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimater for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasen
- MP6: Utarbeide underlag til styresak for beslutning om oppstart konseptfase

Denne rapporten oppsummerer resultatene av det arbeidet som er utført for å avklare disse forholdene, som underlag for at det kan tas stilling til tidspunkt for oppstart av konseptfase for Aker og Gaustad.

3 Avklaring av virksomhetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfase

Grunnlaget for avklaring av virksomhetsinnholdet er idefaserapporten fra Oslo universitetssykehus og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF. I styresak 053-2016 fremgår at det er et mål å unngå dublering av regionfunksjoner mellom Ullevål og Gaustad, samt at regionfunksjoner samles på Gaustad. Dette betinger at man også flytter behandling av alvorlig skadede pasienter (multitraume) med tilhørende akuttfunksjoner. Videre skal tyngre kreftkirurgi som krever intensivkapasitet legges til Rikshospitalet fra Radiumhospitalet.

I denne rapporten omtales samling av regionale- og lokale funksjoner fra Ullevål til Gaustad som Gaustad, mens Rikshospitalet betegner dagens somatiske virksomhet på Gaustad.

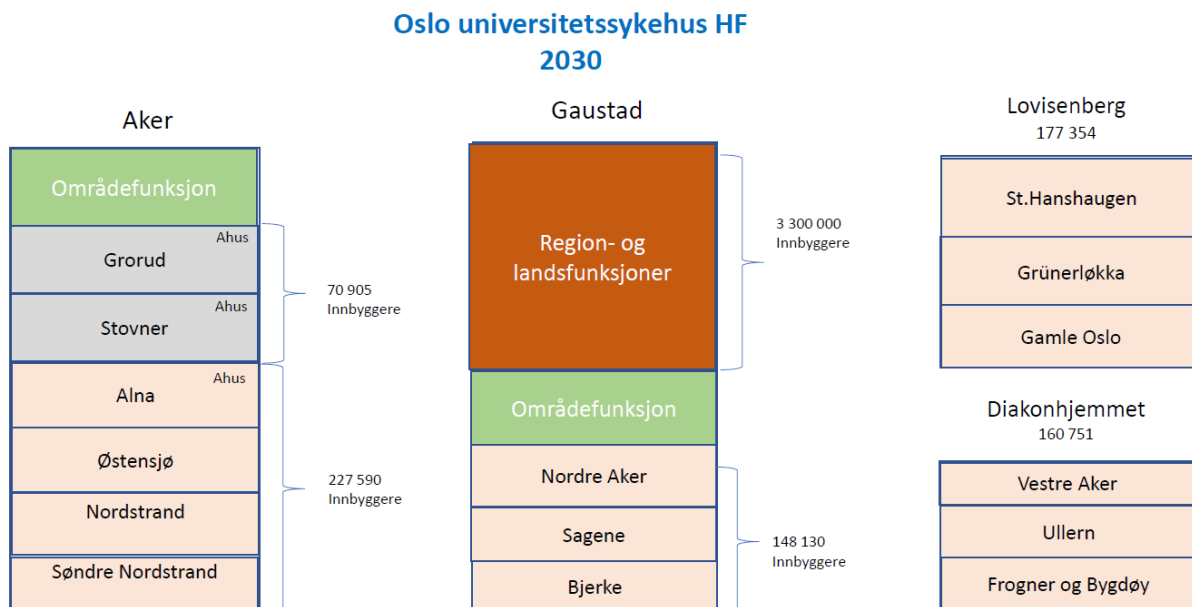
I Idefasen var det lagt til grunn at det etableres lokalsykehusfunksjoner på Gaustad for å sikre nødvendige volumer innen medisin og kirurgi. Tentativt var det estimert 3 bydeler, men innhold, volumer eller konkrete bydeler var ikke nærmere spesifisert. Videre var det anslått 3 bydeler som basis for lokalsykehuset på Aker.

I styresak 052-2016 om kapasitetsutfordringer Oslo og Akerhus sykehusområder ble det vedtatt at de tre bydelene i Groruddalen som i dag sogner til Ahus (Alna, Stovner og Grorud) gradvis skal fases inn til et nytt lokalsykehus på Aker. Dette slik at Ahus konsolideres med et opptaksområde på ca. 550.000 innbyggere. Disse forutsetningene har medført at det for analysen har vært nødvendig å etablere en modell for fordeling av lokalsykehusfunksjoner mellom sykehusene i Oslo, slik at aktivitetene på Aker og Gaustad avgrenses.

Etter drøftinger i Oppfølgingsgruppen og med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, samt Oslo kommune, er det som grunnlag for analysen lagt til grunn en modell som innebærer at bydelene i Oslo med tilhørende lokalsykehusfunksjoner fordeles mellom Aker, Rikshospitalet, Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus innen somatikk og psykisk helsevern for voksne (VOP). Videre er det forutsatt at bydel Alna fases inn fra Akershus universitetssykehus HF til Aker i etappe 1 av utbyggingen. Det er som forutsetning for kapasitetsanalysen lagt til grunn at Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus

videreutvikles til fullverdige lokalsykehus, slik at det kan gis et samlet tilbud på lokalsykehusnivå til eget pasientgrunnlag, inkl. akuttkirurgi og psykisk helsevern for voksne.

På denne bakgrunn er følgende modell etablert som basis for analysen (figur 1):



Figur 1 Modell for opptaksområde for sykehusene i Oslo

Som basis for fremskriving av aktivitet er det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2015 som er framskrevet til 2030. Dette er en justering fra idefasen, hvor beregningene var basert på virksomhetsdata fra egne registreringer pr. 2012.

For psykisk helsevern og TSB er det som planforutsetning lagt til grunn en samlokalisering av virksomhetene på lokal-, område- og regionsnivå til Aker. Regional sikkerhetsavdeling (RSA) og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri inngår ikke i analysen fordi disse i tråd med konseptfaserapporten for RSA forutsatt etablert på Ila.

Når det gjelder lokale sikkerhetsavdelinger og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) er det gjennomført fremskrivninger i regi av RSA-prosjektet. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til hvorvidt disse virksomhetene skal etableres som en del av det psykiske helsevernet på Aker eller som en del av Regional sikkerhetsavdeling på Ila i forbindelse med behandling av konseptrapport for RSA i juni 2017. Arealkonsekvenser av å legge disse virksomhetene til Aker er illustrert.

Regionsfunksjoner innen indremedisin og kirurgi inklusiv multitraumeaktiviteten er forutsatt flyttet fra Ullevål til Rikshospitalet. Det vil si blant annet følgende funksjoner; intensiv (voksne/barn), intermediær, observasjon, tidlig rehabilitering, post operativ, operasjonsstuer, akuttmottak, radiologi, ortopedi, gastrokirurgi, thoraxkirurgi, kjevekirurgi, plastikk-kirurgi, nevrokirurgi og indremedisin.

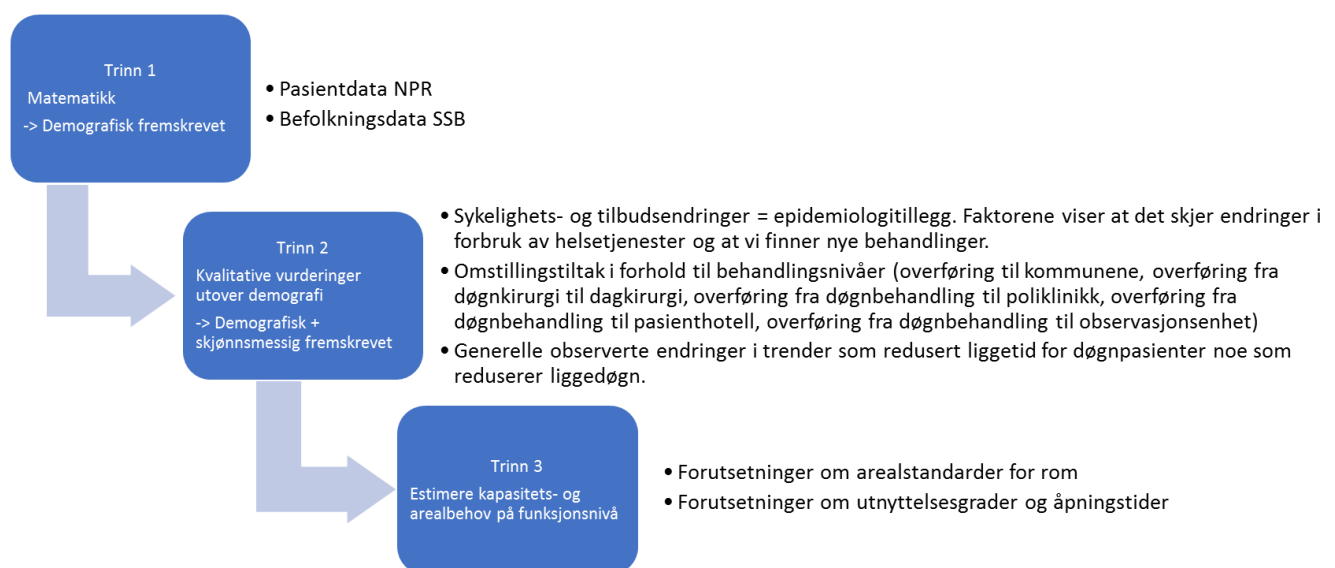
Oppsummert er dermed følgende planforutsetninger til grunn for volumanalysen:

- Spesialisthelsetjenesteansvaret for Alna bydel (somatikk) overføres fra Ahus til Aker i etappe 1, sammen med Søndre Nordstrand, Nordstrand og Østensjø.
- Lovisenberg og Diakonhjemmet videreutvikler «sørge for»-ansvaret for de bydelene de har ansvaret for i dag (henholdsvis St.Hanshaugen, Grünerløkka, Gamle Oslo, samt Vestre Aker, Ullern og Frogner).
- Regionsfunksjoner ved Ullevål flyttes til Gaustad i etappe 1 (unntatt øye).
- Radiumhospitalet videreutvikles som et kreftsenter innen onkologi og kirurgi, mens tyngre kreftkirurgi som krever intensivkapasitet flyttes til Gaustad. I tillegg dekkes medikamentell kreftbehandling og strålebehandling for samme pasientgrunnlag som sogner til Gaustad.
- Rikshospitalet ivaretar lokalsykehusfunksjon for tre bydeler (Nordre Aker, Sagene og Bjerke).
- Føde, kvinne, barn, øye og stråleterapi videreføres på Ullevål i første etappe sammen med administrasjon, laboratoriefag og forskningsarealer.
- Akuttmottaket flyttes fra Ullevål til Rikshospitalet og Aker sykehus.
- For psykisk helsevern og TSB er det lagt til grunn at all sykehuspsykiatri lokaliseres til Aker, bortsett fra virksomhet som tilhører Diakonhjemmet og Lovisenberg. Det avklares som en del av RSA-prosjektet hvorvidt PUA og lokale sikkerhetsavdelinger skal legges til Aker eller til RSA på Ila. Videre er det forutsatt at ansvaret for bydelene i Groruddalen fases inn til Aker, med Alna i etappe 1.

3.1 Metode for å framskrive aktivitetsnivå

Hensikten med analysene er å kvalitetssikre estimatene for aktivitet, volum og kostnad slik de fremgår av idéfasen og av styresak 053-2016. Dette for å kunne gjøre kvalifiserte vurderinger av investeringskostnader og vurdere disse i forhold til økonomisk handlingsrom i Helse Sør-Øst RHF.

Den nasjonale fremskrivingsmodellen for helsedata er benyttet for å gjennomføre analysen. Denne modellen benyttes i forbindelse med dimensjonering av sykehusbyggprosjekter i hele landet og tar opp i seg erfaringer fra tidligere gjennomførte prosjekter. Figur 2 viser hvordan modellen bearbeider data i ulike trinn.



Figur 2 Modell for framskrivning av aktivitetsdata

I modellen er det tatt utgangspunkt i antall episoder ved OUS i 2015 som grunnlag for beregningene. Én episode er definert som enten ett døgnopphold, én dagbehandling eller én poliklinisk konsultasjon. Datagrunnlaget er pasientdata fra NPR i 2015 for hele Oslo universitetssykehus HF samt for bydelene Alna, Grorud og Stovner.

3.2 Dimensjoneringsforutsetninger

3.2.1 Generelle føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at høy utnyttelsesgrad skal benyttes som grunnforutsetning ved dimensjonering av nye sykehusbygg, jfr. sak 090-2014.

Imidlertid er det foreslått noen unntak ved beregning av aktivitets- og kapasitetsbehov for lands- og regionsfunksjoner innen somatikk ved OUS. Disse unntakene er omtalt nedenfor.

3.2.2 Regionsykehus

Høyspesialiserte lands- og regionsfunksjoner krever mer personell, tid og ressurser (utstyr mv.) enn lokalsykehusfunksjoner. Videre må det tas høyde for sesongvariasjoner og regionalt ansvar knyttet til beredskap.

For å fange opp disse forholdene er det for både akutte og elektive pasientgrupper, som inngår i lands- og regionsfunksjonene, anbefalt at nasjonal fremskrivningsmodell med middels utnyttelsesgrader blir lagt til grunn for beregningene. Dette vil ta hensyn til at pasientene har lengre behandlingstid og krever mer kapasitet enn på et gjennomsnittlig akuttssykehus.

Det vil si at følgende dimensjoneringsforutsetninger er lagt til grunn for regions- og landsfunksjoner:

- *Utnyttelsesgrad av somatiske senger: 85%*
- *Antall dager åpent/ år: 230 dager*
- *Åpningstider dagbehandling og poliklinikk: 8 timer pr. dag*
- *Utnyttelsestider operasjonsstuer: 8 timer pr. dag*

I tillegg er det lagt til grunn at arealstandard for noen områder justeres for å ivareta behov for mer plass til utstyr og personell. Dette henger sammen med behov for økt andel spesialutstyr i flere rom, samt redusere unødvendig pasientforflytting av de mest kritisk syke pasientene. Områder innen operasjon, intensiv, bildediagnostikk og enkelte sengerom/undersøkelses- og behandlingsrom har i analysen fått en høyere arealstandard enn for stort akuttssykehus.

3.2.3 Lokalsykehus somatikk

Som grunnlag for dimensjonering av lokalsykehusfunksjoner legges forutsetningene fra styresak 090-2014 til grunn. Det vil si:

- *Utnyttelsesgrad av somatiske senger: 90 %*
- *Antall dager åpent/ år: 240 dager*
- *Åpningstider dagbehandling og poliklinikk: 10 timer pr. dag*
- *Utnyttelsestider operasjonsstuer: 10 timer pr. dag*

3.2.4 Psykisk helsevern og TSB

Som grunnlag for dimensjonering av lokalsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og TSB legges forutsetningene fra styresak 090-2014 til grunn. Det vil si:

- *Utnyttelsesgrad av senger BUP: 75%*
- *Utnyttelsesgrad av senger TSB: 80%*
- *Utnyttelsesgrad av senger VOP: 90%*
- *Antall dager åpent pr. år: 230 dager poliklinikk – 8 timer pr. dag*

3.3 Fremskrevet kapasitet til 2030

3.3.1 Somatikk

Det totale antall episoder ved OUS i 2015 var 1.077.640. Antall episoder i 2015 er fordelt i samsvar med den fremtidige virksomhetsmodellen ved Aker og Gaustad samt øvrige lokasjoner ved OUS slik det framgår av tabell 1.

Lokasjon ved OUS	Episoder i 2015
Beregnet andel av lands- og regionfunksjoner som flyttes til Gaustad	53 895
Beregnet andel av lokalsykehusfunksjoner fra Ullevål til Gaustad	41 014
Beregnet andel episoder ved Aker sykehus	133 542 ¹
Beregnet andel av episoder ved andre behandlingssenheter	849 189
SUM EPISODER I 2015 VED OUS	1 077 640

Tabell 1 Oversikt over antall episoder ved OUS i 2015 fordelt på behandlingssteder etter framtidig virksomhetsmodell

Det beregnede antall episoder ved andre behandlingssteder inngår ikke analysene i denne rapporten. Det innebærer at arealbehov pga. økt aktivitet ved fremskriving til 2030 for disse behandlingssteder ikke er medtatt i denne rapporten. Disse 849 189 episodene er fordelt på følgende behandlingssteder i forhold til den forutsatte virksomhetsmodellen:

- *261 906 ved Rikshospitalet*
- *123 964 ved Storbylegevakten*
- *171 313 ved Ullevål etappe 2*
- *36 256 fra OUS til Lovisenberg*
- *29 502 fra OUS til Diakonhjemmet*
- *95 280 ved Stråleenhet OUS*
- *105 515 ved Radiumhospitalet u/ stråle*
- *25 453 ved SSE, Geilomo og Olafiaklinikken*

¹ I antall episoder inngår pasienter behandlet ved OUS uten bostedsadresse i Oslo.

For Aker sykehus er det som tidligere nevnt lagt til grunn at bydel Alna skal inngå i første etappe av utbyggingen og aktivitetsnivået for Alna må derfor legges til i grunnlagsdata for dimensjonering av Aker sykehus. Antall episoder knyttet til Alna bydel i 2015 er beregnet til 26.722, dvs. totalt (133.542+26.722) 160.264 episoder ved Aker. Antall episoder i 2015 er deretter framskrevet til 2030 basert på befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB), slik dette er vist i tabell 2.

Aker og Gaustad	Episoder i 2015	Episoder i 2030
Beregnet andel av episoder som flyttes til Gaustad fra Ullevål	94.909	134.884 ²
Beregnet andel episoder ved Aker sykehus (inkl. bydel Alna)	160.264	227.431

Tabell 2 Antall dimensjonerende episoder i 2015

Detaljerte aktivitetsdata er deretter framskrevet fra 2015 til 2030 med utgangspunkt i forventet vekst i antall episoder og hoveddiagnosegrupper. I beregningene er pasienter uten bostedsadresse i Oslo, som i dag behandles ved Ullevål, forutsatt behandlet ved Aker i 2030. Aktivitetsnivået i 2030 fordelt på sentrale dimensjonerende parametere er vist i tabell 3:

Dimensjonering i 2030	Døgnopphold	Liggedøgn	Dagopphold	Poliklinikk
Aktivitetsnivå Gaustad	18 323	89 455	7 996	108 565
Aktivitetsnivå Aker	24 722	119 688	10 741	189 267

Tabell 3 Dimensjonerende aktivitetsnivå i 2030 for somatikk

Tar man utgangspunkt i overføring av 3 bydeler fra Ahus til Aker vil tilsvarende dimensjonering for Aker bli:

Aker	Episoder i 2015	Episoder i 2030
Beregnet andel episoder ved Aker sykehus (inkl. 3 bydeler fra Ahus)	197 391	278 488

Tabell 4 Antall dimensjonerende episoder i 2015 ved overføring av 3 bydeler fra Ahus

Aktivitetsnivået i 2030 fordelt på sentrale dimensjonerende parametre er vist i tabell 5:

Dimensjonering i 2030	Døgnopphold	Liggedøgn	Dagopphold	Poliklinikk
Aktivitetsnivå Aker	30 522	145 985	16 238	229 027

Tabell 5 Dimensjonerende aktivitetsnivå i 2030 for somatikk ved overføring av 3 bydeler fra Ahus

3.3.2 Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB)

Modellen for framskriving av psykisk helse og TSB tar i likhet med framskrivingen av somatikk utgangspunkt i pasientdata fra NPR i 2015 for hele Oslo universitetssykehus HF. For psykisk helse og TSB er døgnopphold i 2015 benyttet som dimensjonerende parameter for areal. Det totale antall døgnopphold ved OUS i 2015 var 4 272 for VOP, BUP og TSB. Antall døgnopphold i 2015 er fordelt i samsvar med den fremtidige virksomhetsmodellen ved Aker slik det framgår av tabell 6. NPR tall for VOP ved Dikemark inngår ikke beregningsgrunnlaget av aktivitet, fordi dette i all

² Andelen regionsfunksjoner utgjør 74 840 episoder.

hovedsak er aktiviteter ved RSA, lokal sikkerhetsavdeling og PUA og aktivitetsgrunnlaget er beregnet som en del av RSA-prosjektet. Alderspsykiatri og psykoseenheten på Dikemark er imidlertid fanget opp i areal- og kostnadsestimatene.

Poliklinikk, ambulante- og gruppekonsultasjoner ikke inngår i beregningene nedenfor, da dette i all hovedsak er forutsatt å fortsatt håndteres på DPS.

Døgnopphold psykisk helsevern og TSB	Døgnopphold i 2015
Andel døgnopphold til Aker – VOP	1 509
Andel døgnopphold til Aker – BUP	132
Andel døgnopphold til Aker – TSB	2 512
Sum døgnopphold i 2015	4 153

Tabell 6 Oversikt over antall døgnopphold innen psykisk helsevern ved OUS i 2015 fordelt til Aker etter framtidig virksomhetsmodell

For de tre bydelene som gradvis skal overføres fra Ahus til Aker utgjør de samlede episodene for døgnopphold innenfor psykisk helse og TSB i 2015 838. Det bemerkes at det i 2015 var kun 8 døgnopphold innenfor BUP og nødvendig kapasitet for å fange opp dette behovet forutsetter håndtert innenfor den øvrige dimensjoneringen.

På denne bakgrunn er basis for aktivitetsframskrivningen for psykisk helse og TSB ved nytt sykehus ved Aker definert. Antall episoder i 2015 er deretter framskrevet til 2030 basert på befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Dersom det legges til grunn at kun bydel Alna skal inngå i første etappe av utbyggingen av psykisk helsevern og TSB på Aker, vil framskrivning av antall døgnopphold og liggedøgn bli som vist i tabell 7.

Aker psykisk helsevern (VOP, BUP og TSB)	Døgnopphold i 2030
Beregnet andel døgnopphold – VOP inkl. bydel Alna fra Ahus	2 317
Beregnet andel døgnopphold – BUP inkl. bydel Alna fra Ahus	170
Beregnet andel døgnopphold – TSB inkl. bydel Alna fra Ahus	3 434
Sum døgnopphold ved OUS i 2030 inkl. Alna	5 921

Tabell 7 Antall dimensjonerende døgnopphold i 2030 for psykisk helsevern med 1 bydel fra Ahus

Tilsvarende døgnopphold er antall liggedøgn framskrevet fra 2015 til 2030 slik dette er vist i tabell 8:

Framskrivning av liggedøgn	Liggedøgn 2015	Liggedøgn 2030
Beregnet antall liggedøgn - VOP inkl. bydel Alna	54 645	55 734
Beregnet antall liggedøgn - BUP inkl. bydel Alna	6 645	6 645
Beregnet antall liggedøgn - TSB inkl. bydel Alna	25 995	26 012
Sum liggedøgn i 2015 og 2030 med bydel Alna	87 285	88 391

Tabell 8 Dimensjonerende liggedøgn i 2030 for psykisk helsevern med 1 bydel fra Ahus

Dersom en legger til grunn overflytting av 3 bydeler fra Ahus til OUS vil antall episoder i 2015 framskrevet bli som vist i tabell 9.

Aker psykisk helsevern (VOP, BUP og TSB)	Døgnopphold i 2030
Beregnet andel døgnopphold – VOP inkl. 3 bydeler fra Ahus	2 928
Beregnet andel døgnopphold – BUP inkl. 3 bydeler fra Ahus	170
Beregnet andel døgnopphold – TSB inkl. 3 bydeler fra Ahus	3 568
Sum døgnopphold ved OUS i 2030	6 666

Tabell 9 Antall dimensjonerende døgnopphold i 2030 for psykisk helsevern med 3 bydeler fra Ahus

Tilsvarende døgnopphold er antall liggedøgn framskrevet fra 2015 til 2030 slik dette er vist i tabell 10:

Framskrivning av liggedøgn	Liggedøgn 2015	Liggedøgn 2030
VOP inkl. 3 bydeler fra Ahus	64 086	65 523
BUP inkl. 3 bydeler fra Ahus	6 645	6 508
TSB inkl. 3 bydeler fra Ahus	28 934	29 477
Sum liggedøgn i 2015 og 2030	99 665	101 508

Tabell 10 Dimensjonerende liggedøgn i 2030 for psykisk helsevern med 3 bydeler fra Ahus

4 Avklaring av arealbehov i etappe 1

4.1 Arealbehov for OUS basert på virksomhetsinnholdet

4.1.1 Beregning av arealbehov

Arealbehovet er beregnet ut fra framskrevet aktivitetsnivå. Underliggende beregninger for somatikk viser en lav vekst innenfor døgnopphold og liggedøgn, mens det er en sterk vekst innenfor dagopphold og poliklinikk.

Aktivitet - somatikk	Vekst i aktivitet fra 2015 til 2030
Døgnopphold	≈ 10-12 %
Liggedøgn	≈ 7-10 %
Dagopphold	≈ 50-60 %
Poliklinikk	≈ 50-60 %

Gjennom framskrivning av aktivitetsnivå kombinert med vedtatte arealstandarder er arealbehovet for kapasitetsbærende rom (senger og undersøkelses- og behandlingsrom) i 2030 beregnet.

I tillegg er arealbehov for medisinske servicefunksjoner, ikke-medisinske servicefunksjoner, administrative funksjoner mv. skjønsmessig estimert.

4.1.2 Arealbehov Gaustad somatikk

Funksjonsarealet for Gaustad er beregnet med basis i at regionsfunksjoner innen indremedisin og kirurgi inklusiv multitraume flyttes fra Ullevål til Rikshospitalet. Videre er lokalsykehusfunksjoner for bydelene Bjerke, Sagene og Nordre Aker inkludert, eksklusiv pasientgrunnlaget innen

medikamentell kreftbehandling og strålebehandling som er forutsatt ivaretatt ved Radiumhospitalet. Funksjoner innen føde, barsel, gynekologi og øye inngår ikke i analysen.

Det er forutsatt rehabilitering/utvidelse av nyfødtintensivavdelingen ved Rikshospitalet.

FUNKSJONSAREAL — GAUSTAD	NETTO AREAL [m²]
Senger inklusive intensivsenger og traume	12.000
Poliklinikk og dagbehandling	7.800
Medisinske servicefunksjoner	4.100
Ikke-medisinske servicefunksjoner	4.600
Administrasjon, kjøkken, diverse	5.700
Sum arealbehov Gaustad i etappe 1 for somatikk	34.200

Tabell 11 Estimert netto funksjonsareal Gaustad (somatikk)

Et nettoareal på 34.200 m² tilsvarer 71.820 m² bruttoareal dersom en benytter en omregningsfaktor på 2,1.

4.1.3 Arealbehov Aker somatikk

På basis av ovennevnte aktivitetstall og vekst, er det beregnet et netto funksjonsareal på Aker tilsvarende 34.100 m².

FUNKSJONSAREAL – AKER	NETTO AREAL [m²]
Døgnopphold (senger, intensivsenger)	10.100
Poliklinikk og dagbehandling	7.600
Medisinske servicefunksjoner	4.800
Ikke-medisinske servicefunksjoner	5.200
Administrasjon, kjøkken, diverse	6.400
Sum arealbehov Aker i etappe 1 for somatikk	34.100

Tabell 12 Estimert netto funksjonsareal Aker (somatikk)

Et nettoareal på 34.200 m² tilsvarer 71.610 m² bruttoareal dersom en benytter en omregningsfaktor på 2,1.

I arealestimatene er det lagt til grunn at det i etappe 1 etableres behandlings- og støtteareal som har kapasitet til å ta opp i seg en vekst tilsvarende aktiviteten som følger av en senere overføring av Grorud og Stovner bydeler. En overføring av disse to bydelene vil derfor medføre en økning av areal for senger, poliklinikk og dagbehandling med et netto funksjonsareal på ca. 4.500 m², tilsvarende ca. 9.500 m² bruttoareal.

4.1.4 Arealbehov Aker psykisk helsevern og TSB

Funksjonsarealet for psykisk helse og TSB er beregnet med basis i at kun overføring av Alna er tatt med i volumberegningene for etappe 1.

Areal for eventuell lokalisering av lokal sikkerhetsavdeling, som i dag er på Dikemark og Gaustad, og PUA som er på Dikemark er ikke inkludert i arealestimatene. I konseptfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling er netto funksjonsareal for lokal sikkerhet og PUA beregnet til 2.912 m².

I sykehuspsykiatrien er det døgnopphold og liggedøgn som er de viktigste dimensjonerende parametere. Polikliniske konsultasjoner og dagopphold håndteres i all hovedsak på DPS-nivå og det er derfor forutsatt kun mindre arealer for slike funksjoner i arealestimatene. For andre arealer er det lagt inn erfaringstall fra tidligere utførte psykiatriprosjekter.

Det totale arealbehovet for psykisk helsevern inklusive TSB ved Aker og bydel Alna fra Ahus utgjør da:

FUNKSJONSAREAL PSYKISK HELSEVERN— AKER	NETTO AREAL [m²]
VOP	9 000
BUP	5 500
TSB	1 500
Andre arealer	1 500
Sum arealbehov Aker for psykisk helsevern	17.500

Tabell 13 Netto funksjonsareal for psykisk helsevern inkl. TSB og Alna

Et nettoareal på 17.500 m² tilsvarer 36.750 m² bruttoareal dersom en benytter en omregningsfaktor på 2,1.

Dersom en overfører alle 3 bydelene fra Ahus til Aker vil dette medføre en økning i antall liggedøgn på 13 000 tilsvarende en økning på i størrelsesorden 40 senger. Dette tilsvarende ca. 2 100 m² netto funksjonsareal.

4.2 Arealbehov for UiO

I Idefasen er det lagt vekt på at et nært samarbeid og samlokalisering med UiO vil gi gode forutsetninger for å utvikle sykehus- og universitetsmiljøet. Et godt samarbeid er nødvendig for effektiv ressursutnyttelse og er et sentralt premiss for å nå de overordnede målene i utdannings- og forskningsstrategien. Det er behov for god koordinering mellom helse og kunnskap for å kunne utnytte kompetanse og kapasitet i begge sektorer, og for å bygge forskningsmiljøer og utdanning av høy kvalitet. For å sikre dette er det etablert en samarbeidsavtale mellom Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus HF som har som formål *å legge til rette for en god samordning av ressurser og for at partenes lovpålagte forsknings-undervisningsplikter blir koordinert og integrert på en best mulig måte slik at både forskning og undervisning holder høyt nivå.*

Det er i mandat for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF lagt til grunn at det som en del av arbeidet våren 2017 skal gjøres nærmere avklaringer av arealbehov for universitetsfunksjoner i samarbeid med Universitetet i Oslo. I den forbindelse er det gjennomført en egen prosess med UiO og OUS for å få en nærmere vurdering av hvilke volumer dette utgjør.

På samme måte som i dagens sykehus, vil pasientaktiviteten i OUS samt politiske føringer være medvirkende faktorer for dimensjonering av forskningsaktivitet og undervisning. Både OUS og UiO må avsette nødvendige areal for å sikre denne virksomheten. UiO sine arealer vil både være

integrert med klinisk virksomhet og separate arealer til undervisning av medisinstudenter, forskningsvirksomhet og støttefunksjoner.

Det ble i idefasen gjort en vurdering av arealbehov til forskning og utdanning, og det ble estimert et samlet areal på 99.000 m². Basert på en forutsetning om at UiO/KD finansierer 50 % av disse arealene ble det beregnet at UiO har et arealbehov på ca. 49.500 m².

I sykehusarelene som er fremskrevet i denne rapporten er bare klinikknære forsknings- og undervisningsarealer medtatt. Videre er det tatt med kostnader forbundet med etablering av FoU bygg på Aker. Implisitt i behovet for forskningsareal ligger også dagens arealer på henholdsvis Rikshospitalet og Ullevål.

Våren 2017 er det gjennomført en arbeidsprosess hvor UiO har estimert behov for ulike typer rom og arealer i et fremtidig OUS med basis i dagens studentaktivitet. Gjennom dette arbeidet er det etablert en god oversikt over romtyper og arealer, og en tilhørende metodikk som innebærer at det kan holdes løpende oversikt over arealbehovet. Denne analysen har gitt som resultat et estimat for et samlet areal tilsvarende ca. 57.000 m². Av dette ble om lag 27.000 m² etablert på dagens Rikshospital. UiO påpeker at det har vært en betydelig fortetting av arealet ved at OUS sin virksomhet har økt betydelig på bekostning av arealer planlagt for universitetets virksomhet. Dette vil bli nærmere analysert i konseptfasen. Videre er det estimert at UiO disponerer ca. 20.000 m² på Ullevål og det er anslått at ca. 10.000 m² av disse arealene må forutsettes etablert på Gaustad og Aker i trinn 1, som en del av funksjonene som flyttes fra Ullevål. I sum estimeres et behov for 12.000 m² og 8.000 m² universitetsarealer som del av nybyggingen på henholdsvis Aker og Gaustad. Dette estimatet er basert på at UiO kan disponere ca. 27 000 m² i dagens Rikshospital. Forskningsareal knyttet til laboratoriefag forutsettes videreført på Ullevål i etappe 1.

I det videre arbeidet må det utvikles konsepter og konkrete løsninger for undervisning og forskning i et konkret samarbeid mellom UiO og OUS som en del av konseptfasen. I den forbindelse vil det aktuelle arealbehov for UiO både på Aker og Gaustad avklares.

5 Rammer og prinsipper for IKT

5.1 Bakgrunn og hensikt

Erfaring fra tidligere byggeprosjekter tilsier at utvikling av IKT er et område som krever sterk styring. I Helse Sør-Øst RHF's IKT-strategi (Sak 086-2015 Vedlegg 1: kap «2 Nye sykehusbygg») er det derfor angitt at «For store byggeprosjekter som utbygging av Oslo universitetssykehus HF og nytt sykehus i Vestre Viken HF, vil realisering av IKT-løsninger organiseres i egne program eller delprogram i byggeprosjektene. Videre er det angitt samme sted at «Behov for midler til eventuell lokal tilpasning, modernisering og etablering av IKT i forbindelse med nye bygg, finansieres i størst mulig grad gjennom de respektive byggeprosjekter ved låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet.»

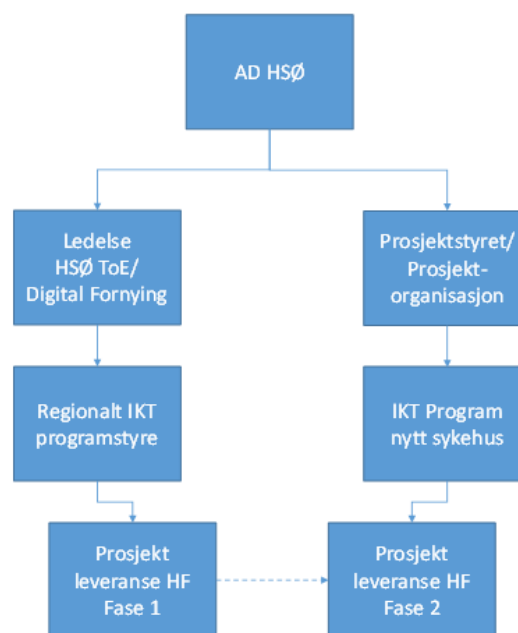
Vedtaket om bygging av nye sykehus innebærer et omfattende strategisk tiltak i Helse Sør-Øst RHF og binder opp store økonomiske midler, også på IKT. Det er derfor utviklet en hensiktsmessig styringsstruktur i Helse Sør-Øst RHF for disse arbeidene. Basert på erfaringer fra tidligere sykehusprosjekter innebærer dette at det skal:

- I forprosjektet etableres en tydelig styrings- og gjennomføringsmodell der det totale ansvaret for IKT-leveranser samles hos én aktør
- Sikres formell styring av IKT-omfang, -avhengigheter og -avvik
- Sikres forankring av løsningsvalg i sykehusets organisasjon ved etablering av nødvendige styringsgrupper samt tett organisering av sykehusets IKT-mottaks- og OU-prosjekt

I konseptfasen er det viktig å sikre en forpliktende ramme for gjennomføringen av byggeprosjektet, inkludert finansiering av nødvendige IKT-leveranser. Styringsmodell for IKT i forbindelse med større byggeprosjekter i HSØ legges til grunn³.

Fra oppstart forprosjekt skal et «IKT Program» ivareta en samordnet planlegging av byggeprosjektet og nødvendige IKT-leveranser til nytt sykehus. Gjennomføring av programmet ledes av Helse Sør-Øst RHF gjennom prosjektorganisasjonen for byggeprosjektet (Figur 3). Regionale IKT-programmer med ansvar for leveranser til eksisterende sykehus (Fase 1), avgir ressurser til å kartlegge og planlegge leveranser til nytt sykehus (Fase 2). Nødvendige lokale IKT-leveranser skal kartlegges og planlegges på samme måte.

Styringsdokumentet er godkjent av HSØ RHF og legges til grunn for gjennomføring av sykehusprosjektene på Aker og Gaustad. Det innebærer blant annet at det som del av konseptfasen skal utarbeides et overordnet IKT Konsept (O-IKT) som beskriver satsningsområder, styring og ansvar for IKT.



Figur 3 Styring IKT i gjennomføringen

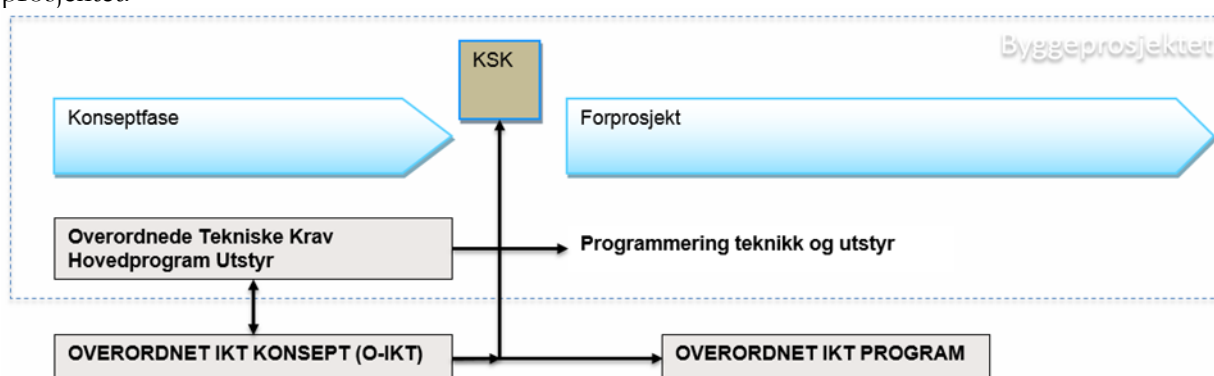
³ HSØ RHF dokument «Byggeprosjekter i Helse Sør-Øst RHF – Styring av IKT» Revisjon 1

5.2 Overordnet IKT Konsept

Tidligfaseveileder for sykehusbyggplanlegging inneholder få premisser for IKT. Helse Sør-Øst RHF har derfor utviklet en styringsmodell for gjennomføring av store sykehusprosjekter, som blant annet klargjør ansvar og roller i de ulike fasene av prosjektløpet. Videre er det blant annet lagt til grunn at det for nye byggeprosjekter skal utvikles følgende planverk (Figur 4):

- **Konseptfase:** Etablere et Overordnet Teknisk Program (OTP) som setter føringer for IKT-løsninger som inngår i byggeprosjektet. Videre skal det etableres en overordnet beskrivelse av hvilke IKT-løsninger, integrasjoner og tilpasninger av disse som legges til grunn, for nytt sykehus (O-IKT Konsept).
- **Forprosjekt:** i denne fasen etableres et Overordnet IKT Program som beskriver leveransene nærmere, samt ansvar og styring av disse.

Dette planverket skal være med å danne grunnlag for endelig beslutning om gjennomføring av prosjektet.



Figur 4 Tidligfaseplanlegging IKT

5.3 Utvikling av en ramme for IKT i konseptfasen

I Helse Sør-Øst's styresak om videreføring av prosjektene ved OUS til konseptfasen (sak 053-2016) ble det forutsatt:

Det må som del av konseptfasen gjøres en samlet vurdering innenfor IKT- og teknologiområdet, hvor også de økonomiske effekter av det regionale IKT-moderniseringsprogrammet inkluderes i vurderingene av investeringsprosjektene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan gjennomføring av hvert enkelt prosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer, for regionens IKT satsning for øvrig og for helseforetaket i form av mottaksprosjekter.

Med utgangspunkt i dette, og med basis i planlagte IKT-løsninger ved OUS, skal det som en del av konseptfasen for Aker og Gaustad utarbeides et Overordnet IKT-konsept som skal vise:

- viktige avhengigheter til nytt bygg og nye arbeidsformer gjennom planlagte IKT-aktiviteter i perioden og som må løses gjennom nødvendige tilpasninger, integrasjoner eller ny funksjonalitet
- viktige teknologiske utviklingstrekk som understøtter nye arbeidsformer og nytt bygg
- nødvendige arbeider og leveranse for å ivareta disse avhengighetene

Overordnet IKT Konsept vil også være basis for etablering av et samlet budsjett for IKT og avklaring av finansiering av IKT-arbeidene. Investeringsestimatene for ikke-byggnær IKT er estimert ut fra erfaring fra tidligere gjennomførte sykehusprosjekter.

6 Mulighetsstudie for utnyttelse og utvikling av tomtene

6.1 Tomteforhold Gaustad

6.1.1 Alternativ utnyttelse av tomten

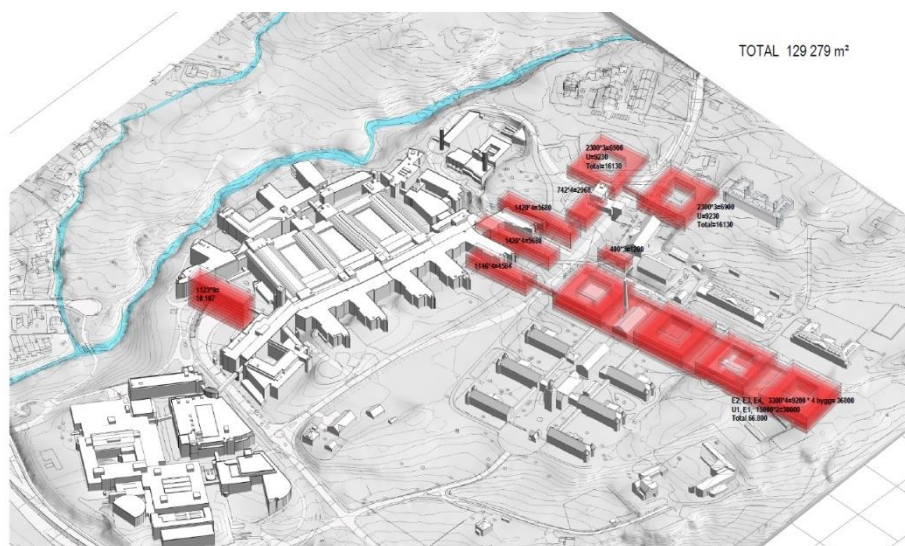
I idéfasen er det foreslått en utbygging på nedre del av tomten mot ring 3. Forslaget fra idéfasen er vist i figur 5.



Figur 5 Illustrasjon fra idéfasen

Dette forslaget innebærer at en del av eksisterende bygningsmasse sør for hovedkomplekset må rives og reetableres for å gi plass til nybygg. Det vil si pasienthotellet og universitetsbygninger for i alt ca. 20 000 m². Dette er i idéfasen estimert til ca. 1.250 mrd. kroner inklusive ny parkeringsløsning. Etter reetablering av disse virksomhetene er det estimert at det vil være plass til ca. 85 000 m² nybygg på det aktuelle området.

I tillegg til forslaget fra idéfasen er det høsten 2016 utarbeidet et forslag med plassering av nybygg nordøst for dagens Rikshospital slik som vist i figur 6. Dette utbyggingsalternativet griper sterkere inn i kulturminnene ved Gaustad sykehus, men tilrettelegger for en mer funksjonell og kostnadseffektiv utbyggingsløsning. Det er vist mulighet for etablering av bygningsvolumer tilsvarende om lag 129.000 m².



Figur 6 Alternativ utbygging i nordost

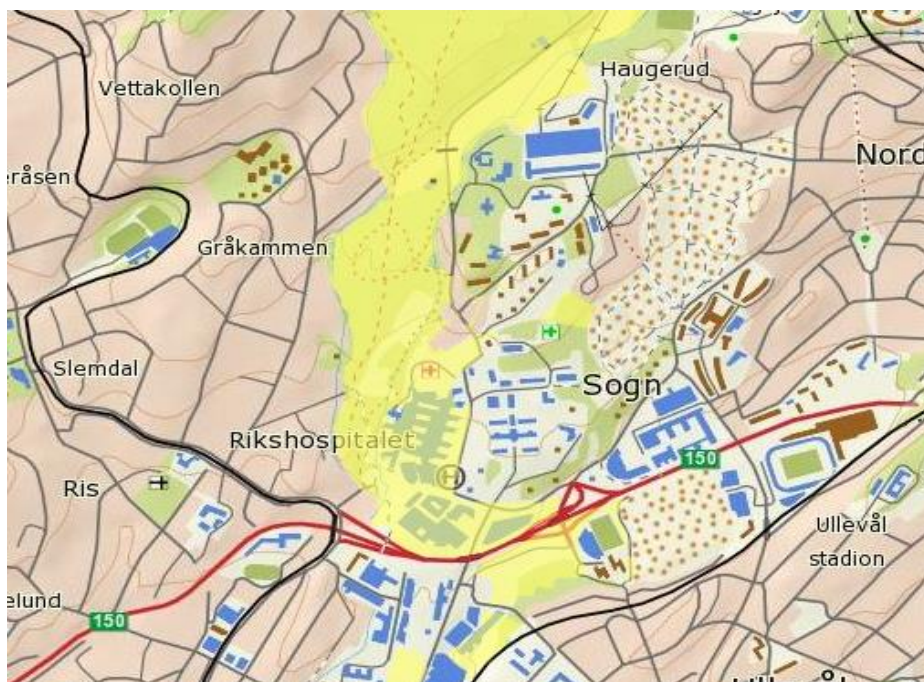
Begge utbyggingsalternativene inngår i bestilling av oppstartsmøte for reguleringsarbeidet og kan bli bearbeidet videre fram mot og inn i konseptfasen. I den grad prosessen med avklaringer av regulering, verneinteresser og tomteforhold peker på andre alternativer vil dette bli vurdert i forkant av oppstart konseptfasen.

Oppstartsmøtet med Oslo kommune (PBE) antas å bli gjennomført i løpet av våren 2017. Da vil kommunens krav til innholdet i planarbeidet for Gaustadområdet bli tydeliggjort. Planlagt utbygging er svært omfattende og loven stiller derfor krav om at det skal gjennomføres en konsekvensutredning, som en del av reguleringsplanarbeidet.

6.1.2 Tomtegrenser og eierforhold

Utbyggingsområdet på Gaustad vil avhenge av valgt utbyggingsalternativ og berøre eiendommer eid av Statsbygg, Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus HF. Statsbygg eier den tomten som Rikshospitalet ligger på. Bakgrunnen for dette er at det var Statsbygg som var byggherre for Nytt rikshospital på slutten av 1990 tallet. Arealer som Statsbygg eier er illustrert med gul farge i figur 7.

Eventuelt behov for tomteerverv er en konsekvens av det utbyggingsalternativet som blir valgt og vil først bli avklart som del av konseptfasen.



Figur 7 Markering av tomter eid av Statsbygg (Gul farge)

Det har over flere år pågått et arbeid med å avklare eiendomsforholdene med formål at Statsbygg overføre eiendommen til Oslo universitetssykehus. Dette arbeidet er ikke avsluttet.



Figur 8 Markering av tomter eid av Oslo kommune (gul farge)

6.1.3 Verneinteresser

Verneinteressene på Gaustad er i all hovedsak knyttet til Gaustad sykehus som er et av de viktigste kulturminnene innenfor sektoren. Hele området er fredet hvilket innebærer at Riksantikvaren må gi

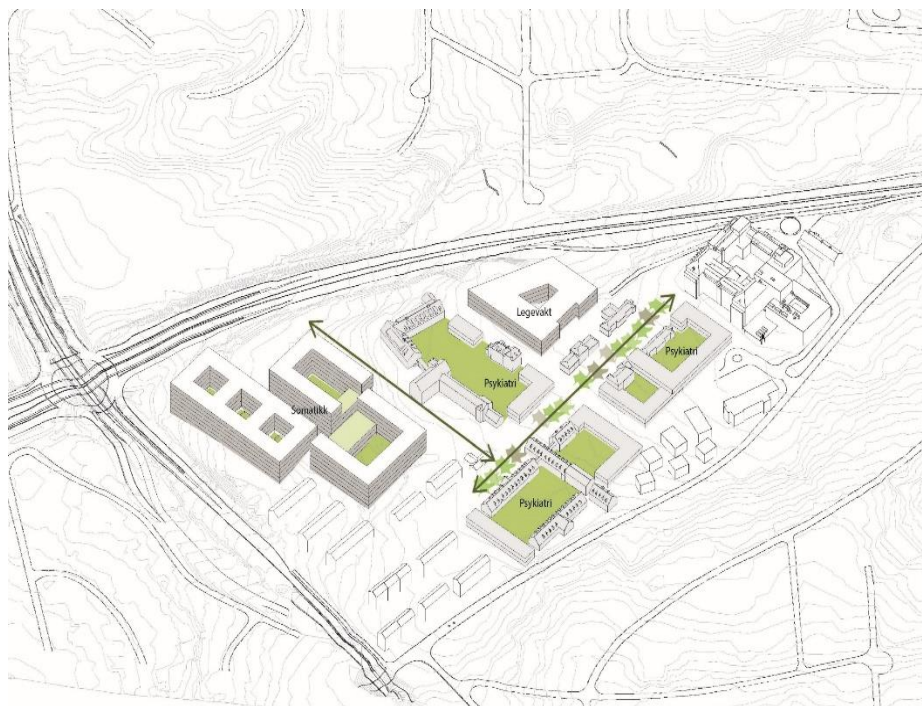
tillatelse til at det gjøres inngrep i området. Det er spesielt alternativet med utbygging i nordøst som vil kunne komme i konflikt med det vernede området.

Det er avholdt et innledende orienteringsmøte med Riksantikvaren hvor det er orientert om sykehusplanene samt at det er avtalt en videre dialog om utvikling av området. Foreløpige tilbakemeldinger fra Riksantikvaren er at skissen til utbyggingsløsning i nord-øst er svært krevende. Dette må vurderes nærmere i konseptfasen.

6.2 Aker

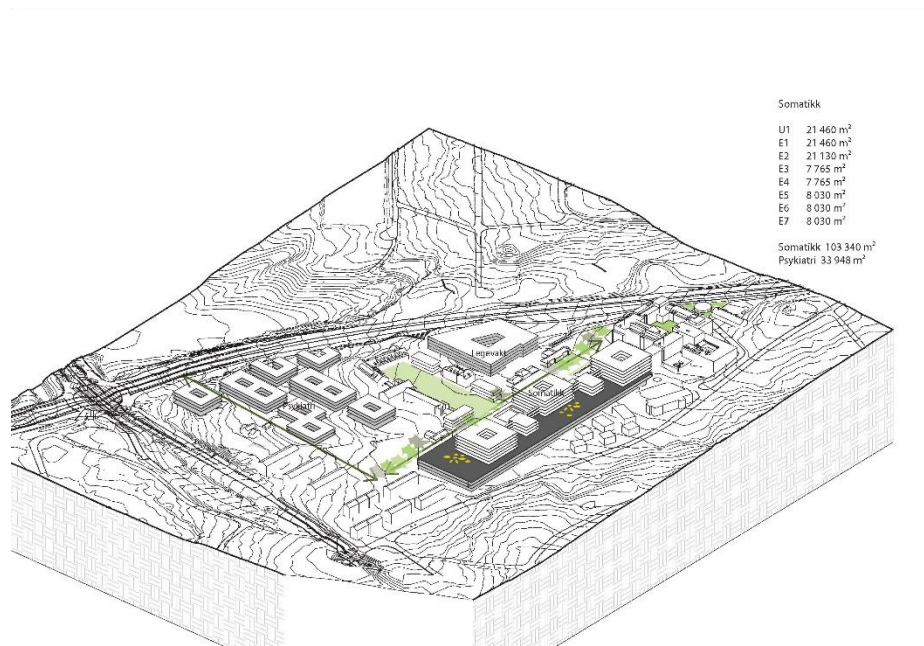
6.2.1 Alternativ utnyttelse av tomten

I idéfasen er det foreslått å bygge ut somatikk på nedre del av tomten mot ring 3 og psykisk helsevern på østsiden mot Sinsenveien. Det er estimert at dette gir mulighet for å etablere anslagsvis 100 000 m² for somatikk og 40 000 m² for psykisk helsevern og TSB. Forslaget fra idéfasen er vist i figur 9.



Figur 9 Illustrasjon fra idéfasen

I tillegg til forslaget fra idéfasen er det høsten 2016 utarbeidet et forslag med plassering av somatikk på østsiden mot Sinsenveien og psykisk helsevern på nedre del av tomten mot ring 3. Det er estimert at dette gir mulighet for å etablere anslagsvis 103.000 m² for somatikk og 34.000 m² for psykisk helsevern og TSB. Dette forslaget er vist i figur 10.



Figur 10 Alternativ utbygging med somatikk i øst

Begge alternativene inngår i søknad om oppstart av reguleringsarbeidet og vil bli bearbeidet videre inn i konseptfasen. I den grad prosessen med avklaringer av regulering, verneinteresser og tomteforhold peker på andre alternativer vil dette bli vurdert i forkant av oppstart konseptfasen.

Det er her vist to mulige utbyggingsalternativer selv om det er flere mulige løsninger. I det videre arbeid bør ulike alternativer vurderes nærmere for å sikre best mulig løsning.

6.2.2 Tomtegrenser og eieforhold

Området på Aker består av flere tomter hvor OUS eier størsteparten. Det er imidlertid flere andre tomter som vil bli berørt av sykehusutbyggingen over tid. I figur 11 er det vist en samlet oversikt over tomtene på Aker.



Figur 11 Oversikt over tomteforhold på Aker

For å sikre nok utbyggingsareal, utvidelsesmuligheter og god adkomst i forbindelse med etablering av et lokalsykehus ved tomten til Aker sykehus må det konkluderes om behovet for å erverve eiendommer markert med rød stiplet linje. Totalt omfatter dette her ca. 55 dekar tomteareal.

Tomtene 85/283 og 85/263 eies av Statsbygg og leies ut til hhv Sophies Minde og Refstad transittmottak. Helse Sør-Øst RHF har orientert Statsbygg og Helse- og omsorgsdepartementet om utbyggingsplanene. Statsbygg har informert om at de har budsjettert med salg av tomt 85/283 i 2017. Det er etablert dialog om erverv av denne tomten. Videre er det tatt initiativ til nærmere avklaring av videre planer for Refstad asylmottak i samarbeid med Statsbygg og UDI. Om det er nødvendig å erverve ytterligere tomtearealer vil dette måtte avklares i konseptfasen.

Oslo kommune planlegger å etablere ny storbylegevakt på Aker og det er enighet om plassering av denne. Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 031-2017 avhending av tomteareal til Oslo kommune for etablering av ny storbylegevakt på Aker.

Helse Sør-Øst RHF har, som største interessent på området, sendt inn felles bestilling til Oslo kommune ved Plan- og bygningsetaten (PBE) om oppstartsmøte for reguleringsarbeidet. Det forventes at dette møtet vil bli avholdt i mai 2017. I oppstartsmøtet vil kommunens anbefalinger for planarbeidet bli presentert, både hvilke løsninger som det må arbeides mer med og hvordan planprosessen skal gjennomføres.

I bestillingen av oppstartsmøte for regulering inngår hele området på Aker (over 200 daa stort). Planlagt utbygging er svært omfattende og loven stiller derfor krav om at det skal gjennomføres en konsekvensutredning, som en del av reguleringsplanarbeidet.

Gjennom plan- og utredningsarbeidet må en rekke store og små spørsmål bli avklart. Sentrale problemstillinger er for eksempel hvor området skal få sine adkomster, hvordan området skal framstå med interne kjøreveier, gang- og sykkelveier og parkområder, samt hvilke bygg som skal

bestå eller rives. Ved å planlegge hele Aker-området under ett er det mulig å fastlegge et helhetsgrep som gir rom for utbygging i etapper, også for å dekke senere utbyggingsbehov.

6.2.3 Verneinteresser

Området på Aker er svært krevende å utvikle fordi det er mange kulturminner på området. Flere av byggene er vernet i verneklasse 1 (fredet) og verneklasse 2 (landsverneplan) samt at de øvrige bygg i all hovedsak er på byantikvarens liste (gule liste) over bevaringsverdige bygg.

Det vil derfor i det videre arbeidet bli viktig å finne gode løsninger som i best mulig grad ivaretar både de kulturhistoriske perspektivene og behovet for nye moderne sykehusbygg. Det er avholdt et innledende orienteringsmøte med Riksantikvaren hvor det er orientert om sykehusplanene samt at det er avtalt en videre dialog om utvikling av området.

7 Framdrift

For Aker og Gaustad vil konseptfasearbeidet kunne gjennomføres i 2018 forutsatt vedtak om å videreføre prosjektene til konseptfase i styrebehandlingen den 15.06.2017. Etter godkjenning av konseptfasen vil det kunne søkes lånetilskudd for gjennomføring av prosjektene i 2019, slik at de kan komme inn på statsbudsjettet for 2020.

En parallell gjennomføring av utbygging av Aker og Gaustad vil da kunne gjennomføres i perioden 2021 til 2027 gitt at forprosjektet gjennomføres i 2020, forutsatt økonomisk handlingsrom og tilstrekkelig kapasitet til gjennomføring av prosjektene.

Det er anbefalt at konseptfasen for begge delprosjektene gjennomføres i parallell fordi det er sentrale virksomhetsmessige avhengigheter mellom prosjektene. I konseptfasen vil tidsfasing av prosjektene måtte vurderes nærmere både ut fra den økonomiske bæreevnen til det regionale helseforetaket, Oslo universitetssykehus HF sin evne til å forberede og ta i bruk flere utbyggingsprosjekt i parallell og markedsmessige forhold. En parallell utbygging vil i kombinasjon med andre pågående prosjekter være en prisdrivende faktor i markedet.

8 Økonomi

8.1 Investeringsestimater

Økonomivurderingene er basert på estimatene fra idéfasen, korrigert med den reviderte framskrivningen av aktivitet til 2030 og virksomhetsmodellen beskrevet i denne rapporten. For utbyggingen på Gaustad er gjennomsnittlig kostnad pr kvadratmeter bruttoareal økt fra 75.854 til 90.640 fordi utbyggingen på Gaustad i stor grad omfatter tyngre kliniske funksjoner og behov for dyre arkitektonisk løsninger og materialer for å tilpasse nybygg til den øvrige bebyggelsen på området.

I tillegg er det lagt inn budsjettestimater for IKT-kostnader (O-IKT) ut over bygnær IKT.

Estimatene gjelder kun første etappe av utbyggingen.

Følgende reviderte estimater for etappe 1 er lagt til grunn:

	Bruttoareal [m ²]	Kr/m ²	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Gaustad «alternativ 1» - somatikk	71.820	90.640	6.510
Parkering			616
Erstatningsareal inkl. riving			1.250
IKT (O-IKT)			470
SUM P50 (avrundet)			≈ 8.900

Tabell 14 Gaustad – somatikk alternativ 1

For utbygging av etappe 1 av somatikken på Gaustad er idéfasens utbyggingsløsning på nedre del av Rikshospitalet benyttet i kostnadsoverslaget. Dersom alternativet i nord-øst velges vil kostnader knyttet til riving og erstatningsareal (1.250 MNOK) utgå.

	Bruttoareal [m ²]	Kr/m ²	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Aker somatikk (4 bydeler)	71.610	75.854	5.432
Andre kostnader			1.364
IKT (O-IKT)			443
SUM P50 (avrundet)			≈ 7.250

Tabell 15 Aker - somatikk 4 bydeler

	Bruttoareal [m ²]	Kr/m ²	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Aker somatikk (2 bydeler)	9.500	75 854	720
SUM P50			≈ 720

Tabell 16 Aker – somatikk med 2 bydeler fra Abus - tillegg

	Bruttoareal [m ²]	Kr/m ²	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Aker psykisk helsevern (7 bydeler)	36.750	62.313	2.291
IKT (O-IKT)			228
SUM P50 (avrundet)			≈ 2.550

Tabell 17 Aker – psykisk helsevern 7 bydeler

	Bruttoareal [m ²]	Kr/m ²	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Aker psykisk helsevern (2 bydeler fra Ahus)			280
SUM P50			≈ 280

Tabell 18 Aker – psykisk helsevern med utvidelse med 2 bydeler fra Ahus - tillegg

Dersom PUA og LSA etableres som en del av utbyggingen på Aker er dette i RSA-prosjektet beregnet til å koste ca. 360-400 MNOK.

Samlet investeringsbehov for utbyggingsetappe 1 blir som vist i tabell 19:

	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Gaustad	8.900
Aker – somatikk for 4 bydeler	7.250
Aker – psykisk helsevern og TSB for 7 bydeler	2.550
SUM Gaustad og Aker (P50)	18.700

Tabell 19 Samlet investeringsbehov etappe 1

I tillegg vil det være behov for ytterligere investeringer for å betjene framskrevet behov for de 2 siste bydelen fra Ahus.

	Sum P50 [MNOK] (juni 2017)
Aker – somatikk for 2 bydeler	720
Aker – psykisk helsevern og TSB for 2 bydeler	280
SUM tillegg for 2 ekstra bydeler fra Ahus	1.000

Tabell 20 Tilleggsinvestering for 2 ekstra bydeler fra Ahus

8.2 Økonomisk handlingsrom

Det økonomiske handlingsrommet for Helse Sør-Øst RHF er vurdert ut fra ulike scenario for utbyggingen og i lys av vedtatt ØLP for 2017-2019.

Scenario 1: Parallell gjennomføring

I scenario 1 er det tatt utgangspunkt i styrets beslutning den 16.06.2016 (sak 053-2016) hvor det ble lagt til grunn at første trinn i prosjektene skal starte opp samtidig, og foregå i parallell så langt dette er praktisk mulig. I tillegg er det i dette scenarioet innarbeidet samtidig oppstart av sykehuspsykiatri på Aker. Forutsatt godkjenning av låneramme for alle 3 prosjektene i statsbudsjettet for 2020 er det i den økonomiske analysen av handlingsrommet lagt til grunn at prosjektene kan gjennomføres i perioden 2020 til 2027.

PROSJEKT	RAMME	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	
Gaustad somatikk	8 900	100	220	1 540	1 540	1 540	1 540	1 540	880							
Aker somatikk - 4 bydeler	7 250	100	179	1 251	1 251	1 251	1 251	1 251	715							
Aker - sykehuspsykiatri -7 bydeler	2 550	100	123	245	490	613	490	490								
SUM/ÅR	300	521	3 036	3 281	3 404	3 281	3 281	1 595	-	-	-	-	-	-	-	18 700

Tabell 21 Forslag til periodisering med parallell gjennomføring

Scenario 2: Parallell utbygging av somatikk og senere oppstart av psykisk helsevern

I scenario 2 er det lagt til grunn en parallell gjennomføring av somatikken på Gaustad og Aker, mens utbygging for psykisk helsevern utføres i perioden etter at den somatiske utbyggingen er avsluttet.

PROSJEKT	RAMME	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	
Gaustad somatikk	8 900	100	220	1 540	1 540	1 540	1 540	1 540	880							
Aker somatikk - 4 bydeler	7 250	100	179	1 251	1 251	1 251	1 251	1 251	715							
Aker - sykehuspsykiatri -7 bydeler	2 550								100	123	245	490	613	490	490	
SUM/ÅR	200	399	2 791	2 791	2 791	2 791	2 791	2 791	1 695	123	245	490	613	490	490	18 700

Tabell 22 Forslag til periodisering ved senere oppstart psykiatri ved Aker

I sak 051-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020* viste de økonomiske beregningene et handlingsrom for å igangsette utvikling av Aker og Gaustad i perioden etter 2020. Basert på vurderinger i sak 053-2016 *Målbilde Oslo universitetssykehus HF*, ble det tatt høyde for en mulig samtidig oppstart av utviklingen på Gaustad og Aker, og at utbyggingen skulle skje trinnvis.

Oppdaterte investeringsestimater i foreliggende notat viser et samlet investeringsnivå for Aker og Gaustad på ca. 19,0 milliarder kroner. Dette er sammenlignbart med anslaget benyttet i utarbeidelse av økonomisk langtidsplan 2017-2020. Oppdaterte kostnadsestimater er i 2017-kroner, og inkluderer kostnader knyttet til overordnet IKT-plan.

Basert på det økonomiske handlingsrommet fra økonomisk langtidsplan 2017-2020, fremkommer det at scenario 1 vil innebære en raskere gjennomføring enn opprinnelige budsjettmessige forutsetninger. Dette vil kunne være utfordrende for foretaksgruppens økonomiske situasjon, og innebærer en økt økonomisk gjennomføringsrisiko. Et gjennomføringstempo som fordeler investeringene over noen flere år, slik som scenario 2, vil være bedre tilpasset den utviklingen som ble lagt til grunn jfr. ØLP 2017-2020.

Frem mot styrebehandling i juni av foreliggende notat vil det arbeides videre med beregninger av handlingsrommet basert på årets prosess for økonomisk langtidsplan 2018-2021.

9 Oppsummering og konklusjoner

Gaustad

Det er vurdert konsekvenser av å bygge ut et lokalsykehus for 3 bydeler i Oslo tilsvarende et lokalsykehus med akuttfunksjoner for ca. 150.000 innbyggere i 2030. I tillegg er det anbefalt å etablere noen område- og regionsfunksjoner på Gaustad i første utbyggingstrinn. For å betjene det framskrevne befolkningsgrunlaget er det beregnet behov for et somatisk sykehus på 71.820 m² med en samlet investering på 8,90 mrd. kroner.

Det er illustrert ett alternativt utbyggingsforslag nord-øst for dagens bygningsmasse i tillegg til forslaget fra idéfasen. Det alternative forslaget medfører bygging som må ivareta kulturminner ved Gaustad sykehus.

For å avklare reguleringsmessige forhold har Helse Sør-Øst RHF sendt inn bestilling til Oslo kommune ved Plan- og bygningsetaten (PBE) om oppstartsmøte for reguleringsarbeidet.

Aker

Det er analysert konsekvenser av å bygge ut et lokalsykehus for 3 bydeler i Oslo samt bydel Alna som er besluttet overført fra Ahus til OUS. Dette tilsvarer et lokalsykehus med akuttfunksjoner for ca. 230.000 innbyggere i 2030. For å betjene denne befolkningen er det beregnet behov for er somatisk sykehus på 71.610 m² med en samlet investering på 7,25 mrd. kroner.

I tillegg er det foreslått en utbygging for psykisk helsevern for å dekke behandlingsbehovet for 6 bydeler i Oslo pluss bydel Alna fra Ahus. For å betjene det framskrevne befolkningsgrunnlaget er det beregnet et samlet utbyggingsbehov på 36.758 m² med en samlet investering på 2,55 mrd. kroner.

Utbyggingen på området vil være krevende fordi det er konflikter med krav til vern av kulturminner, behov for tomteerverv og uavklarte reguleringsmessige forhold.

For å avklare reguleringsmessige forhold har Helse Sør-Øst RHF sendt inn bestilling til Oslo kommune ved Plan- og bygningsetaten (PBE) om oppstartsmøte for reguleringsarbeidet. Dette er gjort i samarbeid med Storbylegevakten.

Overordnet vurdering i forhold til anbefalingene gitt i idéfasen

Hensikten med denne rapporten var å avklare planforutsetninger for videre arbeid med utbygging av sykehus på Aker og Gaustad med basis i idéfasen. Der er utviklet en omforent virksomhetsmodell som kan legges til grunn for det videre planarbeid sammen med konsekvensene av styrets vedtak i sak 052-2016 om å overføre bydelene Alna, Grorud og Stovner fra Ahus til OUS.

Virksomhetsmodellen forutsetter økt grad av egendekning inklusive akuttkirurgi for Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

Totalt sett er det foreslått et utbyggingsvolum og investeringsnivå på nivå med idéfasens anbefalinger.

Videre arbeid

I planleggingen av den framtidige utviklingen av Oslo universitetssykehus HF er det viktig å se på funksjonelle sammenhenger på tvers av ulike geografiske lokasjoner. Det er derfor anbefalt å utvikle konseptfasen for Gaustad og Aker i parallell fordi det er mange sammenhenger innenfor funksjonsområdene. I tillegg vil det være nødvendig å gjennomføre et eget delprosjekt for å analysere nedtrapping av aktivitet ved Ullevål.

Arealene for UiO inngår ikke i kostnadsestimaten og det vil være behov for å avklare endelig omfang av disse i dialog med Kunnskapsdepartementet/Universitetet i Oslo som del av programforutsetningene for konseptfasen. Videre må finansiering avklares i dialogen mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Den foreløpige vurderingen viser at det er økonomisk handlingsrom for Helse Sør-Øst RHF til at første trinn i utviklingen av regionsykehuset på Gaustad og lokalsykehuset på Aker, med oppstart av forprosjekt i 2020, kan starte opp samtidig og foregå i parallell. Et gjennomføringstempo som i scenario 2, hvor investeringene fordeles over noen flere år enn i scenario 1, vil være best tilpasset det

økonomiske handlingsrommet fra økonomisk langtidsplan 2017-2020. Det anbefales at en beslutning om byggestart besluttes som del av behandling av konseptfasen.

Med bakgrunn i de gjennomførte analysene er det illustrert at Helse Sør-Øst RHF har bærekraft til å gjennomføre en utbygging i den størrelsesorden som er lagt til grunn. Det er nødvendig å gjennomføre konseptfaseutredningene for å avklare innhold, rammer og utbyggingsløsning, og for at det kan tas endelig stilling til fremdrift og gjennomføring av de enkelte prosjektene. Det anbefales derfor at konseptfaseutredning for Aker og Gaustad starter opp.