

Høringsuttalelse fra Redd Ullevål Sykehus til: **Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst er en oppdatering av den eksisterende regionale utviklingsplan.**

Vi setter pris på muligheten til å levere høringsinnspill til regional utviklingsplan – selv om vi ikke er direkte invitert.

Redd Ullevål Sykehus er en forening som ble stiftet i 2018 med nesten 1000 betalende medlemmer og samtidig en folkeaksjon med svært mange engasjerte utover dette, med over 50.000 «medlemmer» i ulike Facebooksider/grupper til sammen. Vi samarbeider med en rekke andre organisasjoner og aksjoner både lokalt og nasjonalt og da spesielt i Helse Sør-Østs område. Det er på denne bakgrunnen vi uttaler oss om Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Vi har også utstrakt kontakt med politikere og folkevalgte både i Oslos 15 bydeler, i bystyret i Oslo, i andre kommuner, i fylkestingene i Innlandet, Viken, Agder, Vestfold og Telemark og dessuten med politikere på Stortinget og i Regjeringen.

Om selve høringen av utviklingsplanene

Innledningsvis ønsker vi å påpeke et par forhold knyttet til utviklingsplaner for helseforetak og regionale helseforetak generelt.

Den regionale utviklingsplanen til Helse Sør-Øst er en del av et planhierarki der de enkelte helseforetakenes utviklingsplaner skal være med som et grunnlag for de regionale planene. De fire RHF-enes planer skal igjen være en del av den Nasjonale helse- og samhandlingsplanen (som det nå heter). For høringsinstanser og andre interesserte er disse prosessene ganske uoversiktlig og det virker litt rart at høringsutkastene til planene på alle de tre nivåene er på høring omtrent samtidig. For eksempel er ikke Utviklingsplan for Oslo Universitetssykehus vedtatt ennå, men høringsutkastet til Helse Sør-Østs utviklingsplan har vært klart helt siden mai. Dermed blir det uklart hvordan planene kan bygge på hverandre.

Når det gjelder helseforetakenes utviklingsplaner har det vært forvirrende for høringsinstansene i Oslo at planene er innbyrdes motstridende. I Oslo har for eksempel Lovisenberg Diakonale sykehus i sine planer en klar visjon om være lokalsykehus for innbyggerne i Sagene bydel, mens OUS i sin plan forutsetter at de har ansvaret for Sagene bydel. Dette er bare ett av en rekke eksempler. De ulike helseforetakene som er relevante for Oslo – Ahus, Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS har dessuten hatt forskjellige frister og høringsperioder. For bydelspolitikere og politikere i Oslo bystyre har dette blitt vanskelig å forholde seg til. Når de skal uttale seg om Lovisenbergs planer først og så dukker plutselig motstridende planer for OUS opp – med et innhold som kan gjøre uttalelsen de leverte til Lovisenbergs planer ugyldige eller irrelevante. Det hele blir svært uoversiktlig og fragmentert og midt oppi det hele skal det sendes innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan og uttalelser til Helse Sør-Østs regionale utviklingsplan. De enkelte helseforetakene har videre operert med så korte høringsfrister at politisk behandling i bydelenes folkevalgte organer har vært vanskelig å få gjennomført.

At det foreligger fire utviklingsplaner for fire forskjellige sykehus/helseforetak i samme by som ikke er samordnet før de sendes på høring blir meget krevende. Høringsinstansene må kunne ta stilling til helheten i kvaliteten og kapasiteten på spesialisthelsetilbudet til kommunens innbyggere. Det er ikke mulig slik disse høringene er lagt opp. Oslos innbyggere får sine spesialisthelsetjenester fra mange sykehus og mange pasienter forholder seg til både to og tre helseforetak i løpet av kort tid. Utviklingsplanene til de ulike helseforetakene; Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg, Diakonhjemmet og Akershus Universitetssykehus ser ikke ut til å ha noen sammenheng og de er

sågar motstridende på flere punkter. Dette er en svært uheldig fragmentering som gjør det vanskelig å få noen oversikt over hvilke konsekvenser planene får og eller å forstå hva man egentlig uttaler seg om.

Det betyr også at mange etater i Oslo ikke har uttalt seg om denne planen. Mange har imidlertid uttalt seg utviklingsplanene for de ulike helseforetakene spesielt om den til OUS. Den regionale utviklingsplanen til Helse Sør-Øst er ennå ikke behandlet av Oslo Bystyre.

Videre kan vi ikke se at helseforetakene i Oslo har offentliggjort høringsuttalelsene til sine planer noen steder. Denne behandlingen kan nok gjøre et mange ikke ser nytten i å bruke tid og krefter på å uttale seg. Vi synes det er ganske spesielt at en uttalelse som bygger på behandling først i komiteer og bydelsutvalg deretter i bystyrets helse- og sosialutvalg og som til slutt er vedtatt i Oslo bystyre ikke vektlegges og omtales av styret i Oslo Universitetssyke. De hadde Utviklingsplan for Oslo Universitetssykehus som styresak på sitt siste styremøte. Der ble verken Oslo bystyres vedtak eller høringen ellers omtalt i styresaken.

Spesialisthelsetjenestene er av vital interesse for innbyggerne, kommunene, bydelene, pasient- og brukerorganisasjoner, fagforeninger og mange flere. Det er derfor viktig at flest mulig uttaler seg om noen så viktig som utviklingsplanene for spesialisthelsetjenestene og at uttalelsene tillegges stor vekt når planene utformes. Slik som høringene er lagt opp nå er de fremmedgjørende og til hinder for demokratisk deltagelse. Det påhviler Helse Sør-Øst å organisere dette på en bedre måte slik at spesielt de folkevalgte organene i kommuner, bydeler og fylker kan behandle disse planene skikkelig.

Offentlige tjenester bør være under styring og ledelse av folkevalgte. Helseforetaksmodellen har i stor grad fjernet spesialisthelsetjenestene fra de folkevalgtes bord. Det er uheldig, men når situasjonen er som den er, må som et minimum de folkevalgte organene inngå som viktige høringsinstanser som blir tillagt stor vekt.

I Oslo er dette spesielt viktig nå i og med at det planlegges en omfattende endring av sykehusstrukturen i Oslo. Endringer som Oslo bystyre og bydelsutvalgene i Oslo har gått klart imot. Utviklingsplanene er nærmest meningsløse å forholde seg til uten at synet på disse planene uttrykkes.

Det er vanskelig å ta stilling til utviklingsplaner basert på en ny sykehusstruktur som strengt tatt ikke er vedtatt gjennomført og som man er sterk motstander av at skal gjennomføres.

I den regionale utviklingsplanen for Helse Sør-Øst er hverken risikoen knyttet til de radikale endringene av strukturen ved regionens hovedsykehus eller den sterke motstanden mot planen vektlagt. OUS utgjør en så stor del av Helse Sør-Østs virksomhet - godt over en tredjedel - at det som skjer i Oslo er helt avgjørende for hele regionen.

Årsakene til motforestillingene mot endringene sykehusstrukturen i Oslo er imidlertid til en viss grad også sammenfallende med momenter som vektlegges i forslaget til utviklingsplan.

- En rekke oppgaver er planlagt overført til Oslo kommune uten at konsekvensene for kommunen er tilstrekkelig utredet. Hvordan kommunen skal håndtere dette er ikke redegjort for. Det følger ikke økonomiske ressurser med overføringene som sees på som innsparinger i helseforetakene. Kommunen får regningen. Det vil også bli svært krevende for kommunen å få tilstrekkelig med helsepersonell til å overta så krevende oppgaver. Et eksempel er fødselsomsorgen. Dette er en oppgave som sykehusene i stor grad har tatt seg av tidligere. På det nye Aker planlegges det med like mange fødsler som på Haukland sykehus på

halvparten arealet. Det betyr at barselomsorg blir det ikke plass til, så dette må Oslo kommune håndtere ved å ansette jordmødre og barnepleiere.

- Sykehusstrukturen som planlegges gir Oslo for liten kapasitet. OUS, men også for opptaksområdet til Ahus. Det er naturlig å se Oslo sykehusområde og Ahus sykehusområde under ett i og med at 20 prosent av Oslos befolkning har Ahus som sitt lokalsykehus og fordi Oslos innbyggere tar opp mye kapasitet på Ahus og dessuten koster Ahus drøyt fordi sykehuset må kjøpe gjestedøgn ved andre sykehus for rundt en milliard i året.
- De høye kostandene til byggene som planlegges i Oslo får også konsekvenser for de andre sykehusområdene som grunnet krevende økonomiske forhold har fått sine kapasitetsøkendeprosjekter utsatt til fordel for utbyggingen i Oslo. Gjennomføres sykehusplanene i Oslo vil dette få negative konsekvenser for kapasiteten i hele Helse Sør-Øst.
- Sykehusene planlegger å håndtere plassproblemene med «hjemmesykehus». Hvordan-dette skal gjøres i praksis er helt på idéstadiet og hva det forventes at kommunene stiller opp med av tjenester i hjemmesykehusene er ikke redegjort for. Hvem skal for eksempel ta seg av hjemmepasientene ved akutte behov kveld/natt/helg?

I og med at det ser ut til at Oslo bystyres vedtak om utviklingsplanen for Oslo Universitetssykehus ikke er kjent så vedlegger vi vedtaket. Vi vedlegger også vedtakene med uttalelser fra en rekke av bydelsutvalgene i Oslo.

Uttalelser om innholdet i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040

Byggeprosjektet i Oslo vil påvirke utviklingen i hele regionen og utviklingen fremover. Det er en klar mangel at planen ikke omtaler at dette prosjektet legger føringer på hele regionen og på den planlagte utviklingen i alle sykehusene. Risikoen planene påfører Helse Sør-Øst omtales heller ikke.

Prosjektene i Oslo er så omfattende og så økonomisk risikofylte at de kan påvirke utviklingen i hele Helse Sør-Øst svært negativt dersom det blir store overskridelser og ting ikke går etter planen.

Oslo Universitetssykehus planlegger svært store investeringer – ikke bare knyttet til planene de ønsker å realisere på Aker og Rikshospitalet, men også til Radiumhospitalet, nye storbylegevakt, ny avdeling for sikkerhetspsykiatri i Bærum og til laboratoriefunksjonene som planlegges i Livsvitenskapsbygget. Kostnadene til det siste, som er under bygging er har steget enormt. Nå med økende inflasjon, økende renter og ikke minst sterkt økende priser på stål, betong og energi – og økende problemer med å i det hele tatt få tilgang på byggematerialer ligger det an til å bli svært store kostnadsoverskridelser. Prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet (etappe 1 og etappe 2) er estimert å koste 50 milliarder. Dette er det største sykehusutbyggingsprosjektet i Norge noensinne og uten sidestykke i omfang. Kostnadsprekk vil føre til størrelsen på byggene må reduseres og at virksomheten når byggene er ferdig må reduseres ytterligere. Hvor mye er det ingen som vet, kuttene er allerede i gang. Redusert kapasitet, som en følge av kutt, vil gi ytterligere belastninger på Oslo kommune og kunne redusere beredskapen ytterligere.

Dersom vi i stedet satser på å utvikle Ullevål og å beholde Rikshospitalet vil omfanget av prosjektet reduseres betraktelig fordi man kan bruke mye mer av eksisterende bygg og følgelig bygge mindre nytt. Å utrede en slik mulighet er på overtid og må komme i gang snarest.

Behovet for å samle regions- og landsfunksjoner har blitt brukt som et argument for ønsket om å bygge på Rikshospitalet. Utredningene så langt har vist at det ikke er mulig å samle disse funksjonene på tomten ved Rikshospitalet. Det er det rett og slett i plass til. I stedet vil planene føre til en stor splittelse av akutt- og kriseberedskapen. Ullevål har i dag den nasjonale CBRNE-beredskapen samlet. (CBRNE er en fellesbetegnelse som omfatter kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktive stoffer (R), nukleært materiale (N) og eksplosiver (E) med høyt farepotensiale, som kan forårsake tap

av liv og helse, skade miljøet og samfunnet for øvrig alvorlig, være seg som en følge av krig, terror, naturkatastrofer, høyrisikosmitte eller ulykker.) Denne beredskapen vil, med Helse Sør-Østs planer for Oslo-sykehusene, bli splittet mellom Aker og Gaustad. Konsekvensene av å splitte denne beredskapen er ikke er ikke risikovurdert på samfunnsnivå og fagfolkene i dette miljøet har advart i mange år. Utredningene så langt har vist at det ikke er mulig å få til en hensiktsmessig løsning med disse planene. Oslo kommune har et stort ansvar for innbyggernes sikkerhet ved store katastrofer og må ha kvalitetssikret helseberedskap.

Når det gjelder kapasitet – har pandemien vist med all tydelighet at noe av det viktigste for pasientene og hele samfunnet er at det er tilstrekkelig kapasitet ved sykehusene. Det er behov for fleksible løsninger som kan skaleres opp og det er behov for beredskap. Kostbare, minimumsløsninger på trange tomter er en stor risiko for samfunnet. Lockdown av samfunnet for å redde sykehusene fra overbelastning får store konsekvenser for mange samfunnsområder.

Manglende kapasitet vil særlig gå ut over, eldre, mennesker med funksjonsnedsettelse, pasienter med store psykiske helseutfordringer, barn og unge, fødsels- og barselomsorgen, kronikere og de eldste pasientene.

På bakgrunn av dette kan vi ikke støtte målbildet i utviklingsplanen – som bygger på sviktende forutsetninger. De pågående planene må stoppes og alternative løsninger utredes.

Utviklingsplanen for Helse Sør-Øst og de underliggende utviklingsplanene for Oslo Universitetssykehus, Diakonhjemmet, Lovisenberg og Akershus Universitetssykehus er basert på målbildet om ny sykehusstruktur i Oslo og bærer ellers preg av å være visjoner. Innholdet er lite konkret. Det står mye der som det er vanskelig å være uenig i, men selve målbildet med den foreslåtte sykehusstrukturen kan vi ikke støtte.

Det må snarest gjøres en skikkelig utredning av å bruke Ullevål sykehus også i fremtidens sykehusstruktur – Ullevål sykehus er det største sykehuset i Norge og tomten den største og best egnede sykehustomten vi har. Utbygging på Ullevål er hovedalternativet og dette er ikke utredet. Det må nå gjøres.

På grunn av både den makroøkonomiske situasjonen i verden og den pressede økonomien i hele helseregionen må prosjektet i Oslo nedskaleres slik at det blir mulig å gjennomføre nødvendige kapasitetsøkende prosjekter i de andre sykehusområder i regionen.

Vi forslår at man går inn for en trinnvis utvikling av nye sykehus i Oslo og starter med å bygge et nedskalert Aker sykehus som et rent lokalsykehus for alle de fire bydelene i Groruddalen. Dette vil øke kapasiteten betraktelig både ved OUS og Ahus. Det er det eneste som haster i Oslo. En slik utbygning vil koste rundt 10 milliarder kroner.

Øvrige nye prosjekter i Oslo kan settes på vent. I stedet kan mindre prosjekter ved Sørlandet Sykehus, Sykehuset i Østfold, Sykehuset i Telemark, Akershus Universitetssykehus og Sykehuset Innlandet prioriteres.

Andre kommentarer

Vi vil også kort kommentere andre ting i utviklingsplanen.

Målene i planen er:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester

- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Dette er mål ingen kan være uenige i, som vi selvsagt støtter.

Planen har hovedfokus på seks satsningsområder som skal bidra til å oppfylle disse målene:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Ta tiden tilbake, mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Her vil vi bare kommentere på punktet «samarbeid om de som trenger det mest». Dette er et såkalt dempende tiltak som skal redusere bruken av spesialisthelsetjenester og det er dermed et nytt begrep for samhandling. Effekten av dette er planlagt å være 15 prosent for sykehusene. Og gevinstene er beskrevet fra RHF-ets ståsted, ikke fra kommunenes. 15 prosent reduksjon betyr naturlig nok enten reduksjon av kvalitet for pasientene eller økte kostnader for andre - les kommunene.

Vi mener at 15 prosent overføring av ansvar og oppgaver til kommunene er helt urealistisk. Kommunene har ikke ressurser til å håndtere dette. Dimensjoneringen av nye sykehusbygg og kapasiteten i sykehusene ellers kan ikke baseres på dette. Slik vi har oppfattet det kommer planene om hjemmesykehus på toppen av dette.

I hjemmesykehus skal det fortsatt være spesialisthelsetjenestene som har behandlingsansvaret - så hjemmesykehus er ikke overføring til kommunene. I OUS snakkes det om at målet er at 30 prosent av pasientbehandlingen i 2031 skal foregå i hjemmesykehus. De sier at: «Hjemmesykehuset skal bli vår største avdeling.» Med slike planer er det jo ikke til å undres over at de mener at de nye sykehusbyggene vil bli store nok. 30 prosent av pasientene skal jo ikke være der. Dette forklarer nok hvorfor virkelighetsoppfatningen – avhengig av hvem du spør – er så diametralt forskjellig når det gjelder spørsmålet om de nye byggene blir store nok.

Vi kjenner ikke til omfanget av den planlagte dimensjoneringen av avdelinger for hjemmesykehus i resten av regionen, men antar at den kanskje er like stor. Hvis man planlegger og dimensjonerer med 15 prosent av pasientene overført til kommunene og 30 prosent av pasientene på hjemmesykehus er dette så radikale grep at disse planene bør løftes opp til bred debatt og vedtak i Stortinget. De innebærer en storstilt nedbygging av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten i Norge. Spørsmålet er om de regionale helseforetakene skal kunne vedta noe så overgripende uten debatt og demokratiske vedtak i Stortinget.

Vi støtter ikke:

- Målbildet for Oslo-sykehusene
- Hjemmesykehus i noe i nærheten av det omfanget som planlegges
- Overføring av 15 prosent av oppgavene fra sykehusene til kommunene gjennom tiltaket «Samarbeid om de som trenger det mest»/Integrerte tjenester.

Psykiatriske sykehus og framskrivningsmodellen for psykisk helsevern

Avslutningsvis vil vi påpeke at den nye framskrivningsmodellen for psykisk helsevern har store svakheter. Noe som også påpekes i rapporten. Det er stor underkapasitet både for barn og voksne og ventetidene er uakseptabelt lange. En framskrivningsmodell basert på at dagens nivå på tjenestene er noenlunde tilstrekkelig kan ikke brukes. Modellen tar heller ikke hensyn til den sterke økning av antallet pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern. Randi Rosenqvist, som nå er leder av Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene har ved flere anledninger tatt til ord for at døgnkapasiteten i psykisk helsevern bør dobles fra dagens nivå. Dette støttes.

De planlagte salgene av de psykiatriske sykehusene må derfor umiddelbart stanses. Det er på det rene av deler av psykisk helsevern og TSB bør være samlokalisert med akuttsykehus for somatikk. Men for store deler av døgnbehandlingen i psykisk helsevern og TSB mener vi at samlokalisering med store akuttsykehus vil være direkte skadelig for pasientene. Vi går spesielt imot den planlagte nedleggelsen av Gaustad sykehus og samlingen av alt av psykisk helsevern og rusbehandling ved Sinsenkrysset på det planlagte Nye Aker sykehus.

Redd Ullevål Sykehus

Lene Haug, leder