

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret i Helse Sør-Øst RHF	16. desember 2022

Sak 146-2022

Oslo universitetssykehus HF – forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF og ber om at det legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet. Prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet videreføres til gjennomføringsfasen, under forutsetning av at tilhørende reguleringsplaner vedtas.
2. Prosjekt Nye Aker skal gjennomføres innenfor en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 17 962 millioner kroner (prisnivå januar 2021), inkludert ikke-byggnær IKT med inntil 762 millioner kroner. Kostnader til tomteerverv kommer i tillegg.
3. Prosjekt Nye Rikshospitalet skal gjennomføres innenfor en økonomisk styringsramme (P50-estimat) på 18 083 millioner kroner (prisnivå januar 2021), inkludert ikke-byggnær IKT med inntil 783 millioner kroner. Kostnader til tomteerverv kommer i tillegg.
4. Styret legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt arbeid med organisasjonsutvikling, og at helseforetaket iverksetter tiltak som sørger for økonomisk utvikling i tråd med planene om effektivisering i forkant av, og gevinstuttak i etterkant av, innflytting. Gevinstrealiseringsplanene skal holdes oppdatert i tråd med etablert praksis i foretaksgruppen.
5. Styret ber om at arbeidet med trinnvis utvikling, hvor noe bygningsmassen vurderes tatt i bruk stegvis, videreføres.
6. Styret ber om at det arbeides for å skaffe alternative finansieringskilder for miljøtiltak, og understreker at også målsettingene på dette området må underlegges samme prioritering som øvrige tiltak, hvis prosjektet kommer i en krevende økonomisk situasjon.

7. Styret tar til etterretning at Nye Aker og Nye Rikshospitalet inngår i et program av prosjektene for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF, med program- og prosjektledelse fra Sykehusbygg HF. Styret ber administrerende direktør lede styringsgruppen for prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet, og tar til etterretning at det regionale helseforetaket tilrettelegger for forsterket eierstyring av porteføljen av byggeprosjekter.
8. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen, i overenstemmelse med styrets vedtakspunkter over.

Hamar, 9. desember 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon har i perioden januar 2021 til oktober 2022 utviklet forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet i henhold til mandat fra det regionale helseforetaket. Arbeidet har hatt som formål å utrede konseptet tilstrekkelig til å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av investeringsprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*). I sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, ble styret sist informert om forprosjektet. Da fikk styret en utvidet beskrivelse av blant annet bakgrunn og beskrivelse av forprosjektrapportene med vedlegg.

I denne saken legges forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet fram for styret i Helse Sør-Øst RHF for investeringsbeslutning, og med det videreføring til gjennomføringsfasen.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Bakgrunn

Rammene for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF ble vedtatt i sak 006-2019 *Konseptrapport videreutvikling av Aker og Gustad* og sak 050-2019 *Oppfølging av konseptfase Aker og Gaustad* i Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektet ble gitt lånetilsagn på 29,1 milliarder kroner (prisenivå 2020-kroner) i statsbudsjettet for 2020.

I styresak 063-2020 *Oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet* ble det samlede økonomiske styringsmålet for prosjektet fastsatt til 32 022 millioner kroner (P50-estimat, prisenivå januar 2018), eksklusive kostnader til tomteerverv. Rammen inkluderer universitetsarealer på 1 715 millioner kroner og en øvre ramme på 1 382 millioner kroner for ikke-byggnær IKT.

Oppdraget med gjennomføring av forprosjektfasen ble ytterligere konkretisert i styresak 124-2020 *Oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, som blant annet behandlet innarbeiding av nye fagrapporter basert på vedtak fra styret i Oslo universitetssykehus HF sak 79/2020.

Det vises til styresak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering om forprosjekt* for en mer omfattende redegjørelse av den forutgående beslutningsprosessen. Det ble gjort følgende vedtak i saken:

1. Styret tar rapport og redegjørelse for forprosjekt Nye Aker og Nye Rikshospitalet til orientering.
2. Styret ber om at det legges frem en sak til styremøtet 16. desember 2022 vedrørende beslutning om gjennomføring.

Styret i Oslo universitetssykehus behandlet forprosjektrapporten i sak 96/2022 den 2. desember, og fattet følgende flertallsvedtak:

1. *Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å legge Forprosjektrapporten for Nye Aker og Nye Rikshospitalet til grunn for byggeprosjektet.*
2. *Styret erkjenner at prosjektet har ulike risikofaktorer, og ber administrerende direktør i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF om kontinuerlig å gjennomføre risikoreduserende tiltak.*
3. *Styret understreker at det er noen funksjonsområder som ikke har funnet sin endelige løsning, og at dette må det jobbes videre med i detaljprosjektet.*
4. *Produksjonskjøkken, hotell og et auditorium er tatt ut av programmet for Nye Rikshospitalet. Styret anbefaler at en endelig løsning for disse tre områdene inkluderes i prosjektets etappe 2.*
5. *Styret understreker viktigheten av medvirkning i den videre detaljprosessen og vil takke alle ansatte som har bidratt til at vi har fått en forprosjektrapport som på en god måte ivaretar balansen mellom ulike hensyn.*

Styremedlemmene Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Anne Marit Wang Førland og Therese Heggedal stemte mot vedtaket i sak 96/2022 og ønsket følgende ført til protokollen:

"Stemmeforklaring sak 2022 – 96 – 00 Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet 20221202. Styremedlemmene Wang Førland, Skjæret-Larsen, Urstrømmen og Heggedal stemmer mot vedtaksforslaget med følgende begrunnelse:

Ansattrepresentantenes overordnede vurdering av det fremlagte forprosjektet er at det har en rekke uavklarte forhold, og identifiserte mangler uten adekvat risiko- og konsekvensutredning. Den samlede risikoen knyttet til økonomi, framdrift og ivaretagelse av pasientbehandlingen og sykehusets øvrige lovpålagte oppgaver fremstår formidabel.

Utover erkjente mangler har høy risiko også sammenheng med flere uavklarte forhold. Det er en betydelig kostnadsøkning i prosjektet – til tross for at innholdet er redusert. Manglende sannsynliggjøring av gevinstrealiseringsplanen sammen med sykehusets forverrede økonomiske situasjon, medfører at prosjektet ikke oppnår økonomisk bærekraft. Ved videreføring av prosjektet vil det være stor sannsynlighet for svekket behandlingstilbud til pasientene og, ineffektiv drift av sykehuset.

Det følger av dette at ansattrepresentantene tilråder at prosjektet ikke bringes videre til B4 beslutning, men råder administrerende direktør til å gjøre en ny vurdering av trinnvis utbygging. Viser for øvrig til protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner, datert 16. november 2022."

Etter ønske fra observatørene fra brukerutvalget ble det lagt ved en uttalelse til protokollen:

"Uttalelse til sak 96/2022 Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Forprosjektrapporten for Nye Aker og Nye Rikshospitalet beskriver funksjonelle og fremtidsrettede sykehusbygg med en standard som møter fremtidens medisinske verden.

Aktivitetene samles på færre steder og legger til rette for at fagkompetansen møter pasienter og pårørende på ett sted i moderne og godt tilrettelagte lokaler. Det legges vekt på smittevern, pasientsikkerhet, personvern og verdighet. Nye Aker og Nye Rikshospitalet tar spesielt hensyn til yngre pasienter i egne lokalisasjoner for barn og unge. I de nye sykehusbyggene er alle sengerom enerom med eget bad. OUS er avhengig av økt behandlingsskapasitet i årene fremover og det kan de nye sykehusene gi.

Brukerutvalget er opptatt av viktigheten av at helsetjenesten har stor oppmerksomhet på pasientsikkerhet og kvalitet, samt gode pasientforløp både innen psykiskhelsevern og avhengighet og i somatikken.

OUS har både lokale-, regionale- og nasjonale sykehusfunksjoner. Pasienter, brukere og pårørende har ventet lenge på nye og moderne sykehusbygg i hovedstaden. Å holde fremdriften i prosjektet er viktig. De utfordringer som ligger foran oss må vi være åpne for å håndtere og sammen finne de beste løsningene. Pasientene har ingen tid å miste. Brukerutvalget anbefaler at forprosjektrapporten legges til grunn for videre arbeid med Nye Aker og Nye Rikshospitalet."

2.2 Prosjektutløsende behov

Oslo universitetssykehus HF trenger å fornye gamle, uhensiktsmessige bygg. Utførte tilstandsanalyser viser at Oslo universitetssykehus HF har den dårligste gjennomsnittlige tilstandsgraden av alle landets sykehus. I tillegg til behovet for fornyelse av bygningsmassen, viser befolkningsframskrivninger for hovedstadsområdet at det må planlegges for økt sykehuskapasitet. Det er også et behov for å samle regionsfunksjoner for å bedre kvalitet i pasientbehandlingen, ivareta kompetanseutvikling, og ivareta god ressursbruk, inkludert bruk av avansert medisinsk teknologisk utstyr og avansert bygningmessig infrastruktur.

De prosjektutløsende forholdene for prosjektene oppsummeres som følger:

- Økt behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet
- Samlokalisering av lands- og regionsfunksjoner
- Fornyning av bygningsmassen og tilrettelegging for bedret logistikk og effektivitet

Gjennom Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil det bli etablert to nye, moderne sykehusbygg på til sammen ca. 340 000 kvadratmeter, som vil erstatte store deler av den gamle bygningsmassen. Dette vil legge til rette for god og likeverdig pasientbehandling, og skape bedre arbeidsmiljø for de ansatte. De nye sykehusbyggene gir økt behandlingsskapasitet, og beslektede funksjoner kan samlokaliseres på de respektive lokalisasjoner i henhold til fag- og funksjonsfordeling fra Oslo universitetssykehus HF.

2.3 Virksomhetsinnhold

Etablering av et nytt stort lokalsykehus på Aker og en samling av nasjonal- og regionfunksjoner med lokalsykehusfunksjoner på Nye Rikshospitalet, er en sentral del av målbildet for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF. Utviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet, ny sikkerhetspsykiatri på Ila, sykehusarealene i Livsvitenskapsbygget og nye Oslo storbylegevakt på Aker, sørge for at Oslo universitetssykehus HF kan gi et kvalitativt godt, og driftsmessig effektivt, spesialist-helsetjenestetilbud til Oslos befolkning, samt at region-, lands- og universitetsfunksjoner ivaretas på en god måte.

Nye Aker blir et stort lokalsykehus med akutfunksjoner. Konseptet innebærer samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og samlokalisering med nye Oslo storbylegevakt. Nye Aker skal utvikles til en arena for klinisk forskning innenfor somatikk, psykisk helsevern og avhengighet. Universitetet i Oslo (UiO) vil leie arealer i det nye sykehuset. Foreslått reguleringsplan åpner for å utvikle totalt 247 050 kvadratmeter bruksareal på Aker, hvorav 47 050 kvadratmeter består av dagens bebyggelse som skal opprettholdes. I etappe 1 utgjør areal nybygg ca. 168.000 kvadratmeter. Det er lagt stor vekt på å bevare mest mulig av eksisterende bygg, og innlemme disse funksjonelt i det nye sykehuset.

Ved Nye Rikshospitalet samles regionale og nasjonale spesialfunksjoner. Samtidig er sykehuset planlagt for å kunne gi et lokalsykehusstilbud for rundt 200 000 innbyggere, og til alle barn og unge i Oslo under 18 år med somatisk sykdom. Sykehuset er planlagt med et stort, moderne akuttmottak som også skal romme et regionalt traumemottak. I tillegg skal sykehuset ha et samlet barne- og ungdomssenter, inkludert eget akuttmottak for barn og unge. Foreslått reguleringsplan åpner for å bygge 221 400 kvadratmeter bruksareal nybygg, samt om lag 20 000 kvadratmeter for reetablering av Universitet i Oslo ved nyetablering av Domus Medica. I etappe 1 er det planlagt for ca. 151.000 kvadratmeter nybygg. Det har vært en forutsetning å binde sammen nye og gamle bygg til ett samlet og funksjonelt sykehusanlegg. Videre har det vært viktig å tilrettelegge for fremtidige utvidelsesmuligheter for sykehuset og å se hele planområdet som et helhetlig anlegg.

De nye byggene føres opp i tilknytning til eksisterende sykehus. Nye Rikshospitalet skal etter idriftsettelse av de nye byggene framstå som ett funksjonelt sykehus, hvor eksisterende bygg fortsatt utgjør den største delen av sykehuset, men hvor funksjonsområdene henger sammen i eksisterende og nye bygg. Regionfunksjonene samles på Nye Rikshospitalet, og like fag samles i hensiktsmessige klynger. Det innebærer at noen fagområder flyttes fra eksisterende bygg og legges sammen med tilsvarende virksomhet fra Ullevål i nye bygg, og tilsvarende at enkelte funksjoner legges til eksisterende bygg. På Nye Aker samlokaliseres somatikk og sykehusbasert psykisk helsevern, slik at det legges til rette for et mer helhetlig og koordinert behandlingsforløp for de som trenger helsetjenester fra ulike fagområder. Programforutsetninger og virksomhetsinnhold for prosjektet er fastlagt av styret i Helse Sør-Øst RHF gjennom behandling av konseptfaserapporter, og oppstart av forprosjektet. Oslo universitetssykehus HF har bidratt med de nødvendige avklaringer underveis. De dimensjonerende funksjonskapasitetene er kvalitetssikret gjennom forprosjektet, og oppsummeres i Tabell 1 under.

Det er ved begge sykehusene etablert akuttmottak med CBRNE fasiliteter. Ved Nye Rikshospitalet etableres felles mottak for alle barn med behov for behandling både innen medisinske og kirurgiske fagområder tilknyttet barne- og ungdomssenteret. Regional traumefunksjon er samlet på Nye Rikshospitalet. Nybyggene innebærer en vesentlig utvidelse av areal avsatt til akutt- og traumevirksomheten sammenlignet med dagens situasjon på Ullevål universitetssykehus. Fasiliteter og areal til beredskap og massetilstrømning er ivarettatt ved begge sykehusene.

Nasjonale funksjoner

De nasjonale funksjonene ved Oslo universitetssykehus HF er i dag i hovedsak allerede lokalisert til Rikshospitalet. I forprosjektrapporten legges til grunn en fordeling av fag og funksjoner ved de to sykehusene som er anbefalt i fagutredninger gjennomført i 2020, herunder *rapport konkretisering av fagfordeling Nye OUS*¹. Ved Nye Aker vil det være én nasjonal funksjon lokalisert, Høysikkerhetsisolatene, som plasseres sammen med helseforetakets største infeksjonsmedisinske avdeling. Dette er i tråd med anbefaling fra fagfordelingsrapporten.

¹ <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Documents/Rapport%20konkretisering%20av%20fagfordeling%20Nye%20OUS.pdf>

Samling av de regionale og nasjonale funksjonene i Oslo universitetssykehus HF ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet bidrar til en styrking av fagområdene, og dermed også grunnlaget for de nasjonale funksjonene.

2.4 Kapasitet og oppdaterte befolkningsframskrivninger

Dimensjonering av aktivitet og kapasitet ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet, som ble gjennomført i konseptfasen, ligger til grunn for prosjektet. Beregningen av fremtidig aktivitet er basert på en felles nasjonal modell for dimensjonering av sykehus, og denne benyttes for alle sykehusprosjekter i Norge. Som basis for framskriving av aktivitet er det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2017, detaljert per bydel og fordelt på alder og kjønn, og framskrevet til 2035 ved bruk av Statistisk sentralbyrås prognoser for befolkningsutvikling og sammensetning. Modellen tar i tillegg hensyn til utviklingen i sykdomsbildet.

Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger lages i flere alternativer, med ulike kombinasjoner av forutsetninger om de tre demografiske komponentene som er brukt (fruktbarhet, levealder og innvandring). For utbyggingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet er det lagt til grunn befolkningsframskriving fra 2018 på mellomnivået for alle de tre komponentene.

Dette har resultert i at de to prosjektene planlegges med de kapasiteter som følger av Tabell 1 under.

Funksjonsområde	Nye Aker	Nye Rikshospitalet
Døgnområde somatikk		
Døgnområder, voksne	459	273
Tidlig rehabilitering		10
Døgnområder, barn og ungdom		158
Døgnområder, psykisk helsevern og avhengighet		
Døgnområder, voksne	175	
Døgnområder, barn og ungdom	34	
Døgnområder, TSB	94	
Akuttfunksjoner		
Observasjonsplasser	24	19
Operasjon, hybrid		1
MR		1
CT	2	2
Generell røntgen	1	2
Ultralyd	1	
Poliklinikk og dagbehandling, somatikk		
Poliklinikk og spesialrom, voksne	135	65
Poliklinikk og spesialrom, barn og ungdom		57
Dagplasser, voksne	27	29
Dagplasser, barn og ungdom		22
Dialyse	23	
Poliklinikk, psykisk helsevern og avhengighet		
Poliklinikk, voksne	41	
Poliklinikk, barn og ungdom	21	
Poliklinikk, TSB	44	

Tabell 1: Dimensjonerende kapasitet for prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet

2.4.1 Standardisering og fleksibilitet

Med utgangspunkt i Sykehusbygg HF's standardromskatalog er det utviklet en felles standardromskatalog tilpasset Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Katalogen skal sørge for standardisering av samme type rom, internt i det enkelte prosjekt og på tvers av prosjektene. Standardisering av rom og utstyr forenkler opplæring, sertifisering, drift og vedlikehold, og gir gevinster i planlegging og gjennomføring av prosjektene. Det er også felles IKT-plan og felles prinsipper for logistikk basert på blant annet bruk av Helse Sør-Østs forsyningscenter, standardisering av prosedyrepakker og sortiment, og innføring av regional ERP.

Døgnområdene er utformet slik at de gir en god oversikt og har desentrale arbeidsstasjoner og lager. Dette minimaliserer gangavstanden til støttefunksjoner slik at arbeidsprosessene blir effektive og sikre, samt øker tryggheten til pasientene ved å være nær personell. De nye døgnområdene er planlagt med ensengsrom med eget bad med toalett. Ensengsrom forebygger og avgrensar forekomster av infeksjoner, ivaretar pasientens privatliv og konfidensialitet, samt bidrar til bedret utnyttelse av total sengekapasitet. Dette fordi ensengsrom kan benyttes fullt ut uten hensyn til pasientenes kjønn, smittetilstand, alvorlighet i sykdom og behov for besøk fra familie.

Ved eventuelt smitteutbrudd, vil en enkelt kunne gjøre en kohortisolering. Rapport om smittevern, inkludert erfaringer fra Covid-19 pandemien, som omtalt i styresak 124-2020, presiserer og understøtter behovet for enerom. For å ivareta driftseffektiviteten er det i tilknytning til døgnområdene også etablert intermediærplasser, hvor tre sengerom samles med tilkomst mellom rommene, med felles arbeidsstasjon som kan overvåke tre pasienter. For Nye Rikshospitalet er det 77 døgnplasser på hvert plan, hvorav 12 døgnplasser inngår i 4 intermediær clustre. For Nye Aker er det tilsvarende konsept med 64 døgnplasser på ett plan, hvorav 12 døgnplasser inngår. I området for forsterket overvåkning (K2) på Nye Aker, er det planlagt 15 senger, hvorav fire av sengerommene er planlagt som tosengsrom. Også på intensiv er det planlagt med ensengsrom, men der sengerommene ikke er kategorisert som isolater, etableres direkte forbindelse mellom to og to rom, for å ivareta god ressursbruk i drift.

Gjennom medvirkningsprosessen har ansatte gitt uttrykk for en bekymring for om det er avsatt tilstrekkelig areal til støttefunksjoner ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Det er i den forbindelse vist til evalueringen fra nytt østfoldsykehus hvor ansatte erfarte at enkelte arealer til støttefunksjoner er for trange. Arealstandarden for døgnområdene er økt fra nytt østfoldsykehus til Nye Aker og Nye Rikshospital. Dette har blant annet gitt rom for mer areal til støtterom som lager og arbeidsplasser. Basert på erfaringene fra nytt østfoldsykehus har det vært stor oppmerksomhet på å sørge for korte avstander mellom støtterom og kjerneaktiviteter i utviklingen av løsningene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Dimensjonering av støtterom for de nye sykehusene er basert på forutsetningen om at Helse Sør-Øst RHF sitt regionale forsyningscenter skal levere brukertilpassede forpakkingsstørrelser av medisinske, ikke-medisinske og sterile varer.

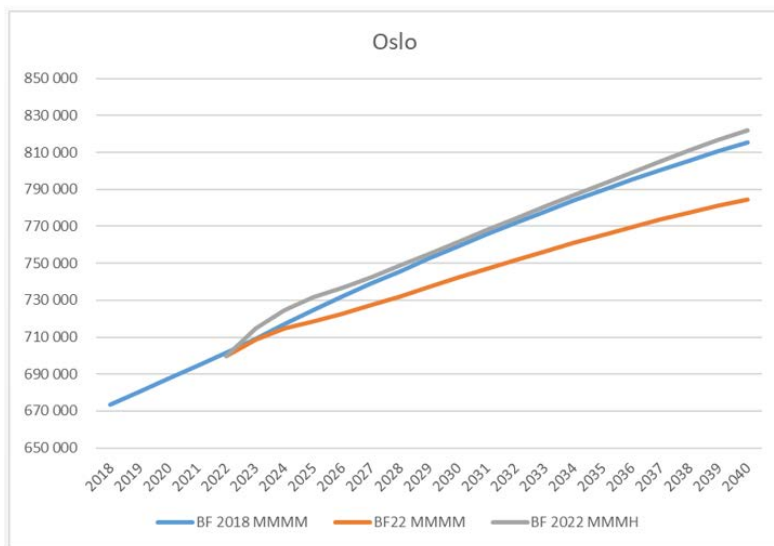
2.4.2 Framskrivninger for Oslo

Oppdaterte befolkningsframskrivninger fra SSB 2022 viser en lavere befolkningsvekst i Oslo enn befolkningsframskrivningen fra 2018 som ligger til grunn for dimensjonerende kapasitet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

SSB utarbeider to befolkningsframskrivninger; en nasjonal og en regional. SSB bruker tre bokstaver for å identifisere den nasjonale, og fire bokstaver for den regionale. SSBs befolkningsframskrivninger lages i flere alternativer, med ulike kombinasjoner av forutsetninger om de tre demografiske komponentene som brukes (fruktbarhet, levealder og innvandring). Hovedalternativet, MMMM, bruker mellomnivået for alle de tre komponentene. Ved høy netto innvandring (MMM^H) legger SSB til grunn en høyere netto innvandring (innvandring minus utvandring), i kombinasjon med mellomalternativet for fruktbarhet og levealder.

Nettoinnvandringen fremskrives til å være positiv i alle tre alternativene (lav, mellom, høy) frem til 2060. I hovedalternativet (M) fremskriver SSB at nettoinnvandringen er cirka 37 000 i 2022 (særlig grunnet krigen i Ukraina), men at den faller raskt, og utgjør i underkant av 11 000 i 2060. I lavalternativet (L) er nettoinnvandringen 4 000 i 2060, og i høyalternativet 27 000.

SSB framskrev i 2018 befolkningen i Oslo i 2035 til 789 683 (MMMM). I SSB sin framskrivning av 2022 er dette redusert til 765 285 med middelalternativet (MMMM), tilsvarende en reduksjon på 3,1 prosent. SSB sin framskrivning av 2022 med høy netto innvandring (MMM^H), viser en befolkning på 793 081 i 2035. Sammenlignet med framskrivningen fra 2018 (MMMM) tilsvarer dette en befolkningsvekst på 0,4 prosent.



Figur 1: Befolkningsframskriving for Oslo, kilde: SSB

Tabellen under viser den prosentvise differansen mellom framskrivningene (MMMM) i 2018 og 2022. Samlet gir framskrivningen av 2022 3,1 prosent færre innbyggere enn framskrivningen fra 2018. Aldersfordelingen viser videre at framskrivningen av 2022 framskriver flere i aldergruppene 10-24 år frem mot 2035. Videre viser tabellen en reduksjon i alle aldergruppene fra 60 år og eldre.

Diff 2022 MMMM - 2018 MMMM i %	2025	2030	2035	2040
0-4 år	-9,7%	-13,7%	-12,5%	-10,2%
5-9 år	2,5%	-3,8%	-7,8%	-6,9%
10-14 år	4,8%	6,0%	-0,8%	-4,5%
15-19 år	3,4%	5,7%	6,7%	0,5%
20-24 år	2,6%	3,4%	3,9%	3,9%
25-29 år	-0,6%	-3,6%	-4,0%	-4,4%
30-34 år	-3,9%	-7,4%	-9,1%	-10,0%
35-39 år	-1,6%	-5,8%	-8,0%	-9,5%
40-44 år	1,4%	0,1%	-3,4%	-6,0%
45-49 år	0,9%	1,8%	0,8%	-2,8%
50-54 år	-0,5%	0,5%	1,8%	0,7%
55-59 år	-0,7%	-1,2%	0,5%	2,1%
60-64 år	-1,0%	-1,6%	-1,5%	0,7%
65-69 år	-2,3%	-2,0%	-2,1%	-1,6%
70-74 år	-2,2%	-3,0%	-2,4%	-2,4%
75-79 år	-3,1%	-2,1%	-2,9%	-2,5%
80-84 år	-2,7%	-3,1%	-1,9%	-2,6%
85-89 år	-2,5%	-2,7%	-2,7%	-0,9%
90-94 år	-2,3%	-3,2%	-2,1%	-1,2%
95-99 år	-1,9%	-4,4%	-4,7%	-1,2%
100 år eller eldre	-8,0%	-22,6%	-20,6%	-19,1%
Totalsum	-0,8%	-2,2%	-5,1%	-3,6%

Tabell 2: Differanse mellom framskrivning av 2018, MMMM (middel), og 2022 MMMM (middel)

Tabellen under viser den prosentvise differansen mellom framskrivningen av 2018 (MMMM) og 2022 (MMMH). Samlet gir framskrivningen med MMMH av 2022 0,4 prosent flere innbyggere enn framskrivningen fra 2018. Aldersfordelingen viser videre en vekst i de yngre alderskategoriene. I alternativet med høy innvandring er det særlig en vekst i aldersspennet 10 – 30 år og 40 – 59 år. Videre viser tabellen at høy netto innvandring ikke i vesentlig grad påvirker framskrivningene av de eldre aldersgruppene.

Diff 2018 MMMM - 2022 MMMH i %	2025	2030	2035	2040
0-4 år	-7,5%	-9,7%	-7,2%	-3,7%
5-9 år	4,5%	0,5%	-2,6%	0,2%
10-14 år	6,4%	8,9%	4,0%	1,8%
15-19 år	5,2%	8,0%	10,5%	5,9%
20-24 år	5,3%	6,1%	7,5%	9,2%
25-29 år	3,6%	0,6%	0,8%	1,6%
30-34 år	-0,7%	2,5%	-3,6%	-3,6%
35-39 år	0,6%	1,5%	-2,2%	2,8%
40-44 år	3,0%	2,9%	1,2%	0,7%
45-49 år	1,9%	3,9%	4,1%	2,3%
50-54 år	0,1%	1,8%	4,2%	4,4%
55-59 år	-0,3%	-0,3%	2,3%	4,8%
60-64 år	-0,7%	1,1%	-0,5%	2,5%
65-69 år	-2,0%	1,6%	-1,5%	0,5%
70-74 år	-2,1%	2,7%	-2,0%	1,8%
75-79 år	-3,1%	2,0%	-2,6%	1,9%
80-84 år	-2,7%	3,1%	-1,8%	2,3%
85-89 år	-2,5%	2,7%	-2,7%	0,8%
90-94 år	-2,3%	3,2%	-2,1%	1,2%
95-99 år	-1,9%	4,4%	-4,7%	1,2%
100 år eller eldre	-9,6%	-22,6%	-20,6%	-19,1%
Totalsum	1,0%	0,3%	0,4%	0,8%

Tabell 3: Differanse mellom framskrivning av 2018, MMMM (middel), og 2022 MMMH (høy)

Tabellen under viser den prosentvise differansen mellom framskrivningen av 2022 (MMMM) og 2022 (MMMH). Samlet gir framskrivningen med MMMH av 2022 3,6 prosent flere innbyggere, enn MMMM. Aldersfordelingen viser videre en vekst i de yngre alderskategoriene med MMMH, sammenlignet med MMMM. Videre viser tabellen at MMMH i liten grad påvirker framskrivningene av de eldre aldersgruppene.

Diff 2022 MMMM - 2022 MMMH i %	2025	2030	2035	2040
0-4 år	2,4%	4,6%	6,1%	7,2%
5-9 år	2,0%	3,4%	5,7%	7,2%
10-14 år	1,5%	2,7%	4,3%	6,6%
15-19 år	1,8%	2,2%	3,6%	5,4%
20-24 år	2,7%	2,6%	3,4%	5,1%
25-29 år	4,2%	4,3%	5,0%	6,3%
30-34 år	3,3%	5,3%	6,1%	7,2%
35-39 år	2,2%	4,1%	6,3%	7,5%
40-44 år	1,6%	2,8%	4,8%	7,1%
45-49 år	1,0%	2,0%	3,3%	5,2%
50-54 år	0,7%	1,4%	2,4%	3,6%
55-59 år	0,4%	0,9%	1,6%	2,6%
60-64 år	0,3%	0,5%	1,0%	1,7%
65-69 år	0,3%	0,4%	0,6%	1,1%
70-74 år	0,1%	0,3%	0,5%	0,7%
75-79 år	0,0%	0,1%	0,3%	0,5%
80-84 år	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%
85-89 år	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
90-94 år	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
95-99 år	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
100 år eller eldre	-1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Totalsum	1,8%	2,6%	3,6%	4,8%

Tabell 4: Differanse mellom framskrivning av 2022 MMMM (middel) og 2022 MMMH (høy)

2.5 Forprosjektrapport og ekstern kvalitetssikring

Forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet er utviklet i perioden januar 2021 til oktober 2022. Forprosjektets oppgave har vært å utrede og bearbeide konseptet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet tilstrekkelig til å gi grunnlag for beslutning om at prosjektet er klart for å gå over i gjennomføringsfasen med detaljprosjektering og utbygging.

Forprosjektets innhold er redegjort for i styresak 142-2022. Da ble det i detalj redegjort for forprosjektets innhold, historikk og bakgrunn for saken gjennom tidligere styrebehandlinger i Helse Sør-Øst RHF. Hensikten var å synliggjøre at konseptet nå er utredet tilstrekkelig for å gi grunnlag for beslutning om gjennomføring av investeringsprosjektet (beslutningspunkt B4 iht. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter).

Når saken legges fram på nytt nå, så er det lagt vekt på å synliggjøre planene for videre prosjektgjennomføring, hvordan disse planene passer inn i den helhetlige virksomhetsutviklingen for det regionale helseforetaket, og det tilhørende risikobildet slik det vurderes på beslutningstidspunktet.

Ekstern kvalitetssikrer av forprosjekt (KSF) har gitt en positiv omtale av arbeidet som er utført og dokumentert. Vurderingen er at det er samsvar mellom forprosjektrapporten, og grunnlaget for godkjent konseptfaser rapport, etterfølgende styrevedtak og mandat for forprosjektet når det gjelder virksomhetsstrategisk grunnlag, prosjektkostnad, gevinster, økonomisk og finansiell bæreevne, og krav til klima og miljø.

Ekstern kvalitetssikrer merker seg også at pasientsikkerhet har stått sentralt i forprosjektet. Standardrom utgjør en stor andel av rommene i sykehuset, og har stor betydning for standardisering, fleksibilitet og pasientsikkerhet i bygget. Standardisert innredning av rom og utstyr er ment å sørge for et likt brukergrensesnitt og understøtte bedre pasientsikkerhet. Standardrom i form av enerom bidrar etter ekstern kvalitetssikrer sin vurdering til bedring av pasientsikkerheten, både med tanke på forebygging av nosokomiale infeksjoner og beskyttelse av taushetsbelagt pasientinformasjon. Romtilpasningene som er gjort i forprosjektet, slik som en økning av antall kontaktsmitte- og luftsmitteisolater, bidrar også til å øke pasientsikkerheten.

I tråd med oppdragsbeskrivelsen, inneholder sluttrapporten fra ekstern kvalitetssikrer også anbefalinger for videre arbeid med prosjektet. Oslo universitetssykehus HF bekrefter at de vil følge opp ekstern kvalitetssikrers anbefalinger i det videre arbeidet med organisasjonsutvikling og gevinstrealiseringsplaner for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon vil sørge for at anbefalingene vedrørende romfunksjonsprogram, utstyrsprogram, IKT-program, logistikk og forsyningstjenester, økonomiske analyser og sentralt styringsdokument hensyntas ved videreføring av prosjektet til gjennomføringsfasen.

2.6 Organisasjonsutvikling ved Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF står foran en krevende oppgave, ikke minst med tanke på organisasjonsutviklingsprosessen som skal gjennomføres. Rapporten fra ekstern kvalitetssikrer viser til at det innen mange gevinstområder er nødvendig å lykkes med en rekke innovasjons-, organisasjonsutviklings- og teknologiprojekter (konsepter) i gevinstrealiseringsplanen, at dette innebærer risiko, og at det er viktig at det er oppmerksomhet knyttet til dette i videre gjennomføring. Ekstern kvalitetssikrer har i tillegg et særskilt fokus på gevinster som kommer på tvers av klinikkene, eksempelvis forutsetninger som legges til grunn for at tverrgående konsepter skal realiseres.

Ansvar for gjennomføringen av organisasjonsutvikling ligger i linjen, og linjelederne vil være sentrale for å skape motivasjon og trygghet for gjennomføringen. Oppgavene Oslo universitetssykehus HF står foran, med mange tusen medarbeidere som skal finne sin rolle i nye bygg, er en betydelig tilleggsaktivitet utover vanlig drift. For å oppnå god gjennomføring er det derfor nødvendig med en samlet organisering og koordinering. Dette vil skje gjennom samlet porteføljestyring i Oslo universitetssykehus HF, der prioritering mellom ulike aktiviteter som berører løpende drift og aktiviteter knyttet til å ta i bruk nye bygg blir håndtert. Ansatte, tillitsvalgte og brukere involveres i samsvar med Hovedavtalen og Helse Sør-Østs prinsipper for medvirkning.

Nye Oslo universitetssykehus (Nye OUS) som stabsenhet til direktørens stab, har i forprosjektfasen hatt som den viktigste oppgaven å ivareta medvirkning inn mot Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon. Oppgavene er gjennomført i nært samarbeid med andre enheter i Oslo universitetssykehus HF sin stab- og linjeorganisasjon. Etter B4-beslutning vil hovedfokus i programmene være mottak, flytting, ibruktakelse og gevinstrealisering, og programmene vil dermed ha en sentral rolle i arbeidet med organisasjonsutvikling i samarbeid med stabs- og linjeorganisasjonen.

Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF beskriver i styresak 96/2022, at arbeid med gevinstrealisering er, ved siden av sikker og stabil drift, det viktigste foretaket skal gjøre, og må være styrende for alle aktiviteter i årene fremover.

Nye måter å arbeide på og nye konsepter

Nye bygg med moderne teknologi og infrastruktur åpner for nye muligheter og nye måter å arbeide på. På noen områder må det tenkes nytt for å se til at helseforetaket også i fremtiden kan tilby gode helsetjenester. Dette er kjernen i arbeidet med organisasjonsutvikling. Noen endringer krever større tilpasning i byggene, og må derfor vurderes på tidlige stadier. Andre trenger nye eller endrede teknologiske løsninger, samtidig som det må tas høyde for at det kommer ny og bedre teknologi, både frem til 2030 og i årene etter.

I Nye OUS tenkes det nytt rundt arbeidsprosesser. Mulighetene er mange, og handler om hvordan man kan optimalisere kvaliteten og effektiviteten ved Oslo universitetssykehus HF - for bedre pasientbehandling og bedre bruk av ressursene.

Nye OUS arbeider med konkretisering av følgende konsepter for framtidens spesialisthelsetjeneste ved Oslo universitetssykehus HF:

- Det virtuelle sykehuset
- Det framtidsrettede, utadvendte sykehuset
- Det digitale sykehuset
- Det miljøvennlige sykehus
- Økt kvalitet og effektivitet i logistikken

2.7 Samhandling og medvirkning

Medvirkningsprosesser i sykehusbyggprosjekter skal sørge for at ansatte, brukere, tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i utvikling av løsninger med sin kunnskap og sine erfaringer. Formålet er å få frem hvilke faglige og funksjonelle krav som bør legges inn i prosjektutviklingen. Medvirkningen er rådgivende. Det er Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF som må foreta prioriteringer og fatte beslutninger, slik at vedtatte rammer for økonomi og fremdrift i prosjektene blir overholdt.

Oslo universitetssykehus HF har hatt ansvar for medvirkningen i forprosjektet. Medvirkningen skal sørge for god forankring av arbeidet med utvikling av forprosjektet og skal involvere ansatte, brukere, ansattes organisasjoner og vernetjenesten slik at Helse Sør-Øst RHF's prinsipper for medvirkning blir ivaretatt.

Medvirkning defineres i denne sammenheng som de ansattes og brukernes deltakelse i arbeidet med å fastlegge overordnede funksjonskrav og behov i prosjektet, samt deres deltakelse i å definere utforming av løsninger for å tilfredsstillere kravene.

Organisering av medvirkningsprosessen følger etablert prosedyre for samhandling mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF's prosjektorganisasjon, og en manual for medvirkning i forprosjektet som beskriver roller og ansvar.

Medvirkningsprosessen i forprosjektet startet opp tidlig i 2021, og har pågått frem til oktober 2022. I forkant av forprosjektet utarbeidet programorganisasjonen til Oslo universitetssykehus HF, Nye OUS, flere opplæringsvideoer for deltakerne i medvirkningsgruppene der det ble klargjort hvilke oppgaver og roller den enkelte skulle ha i medvirkningen. Opplæringsvideoene ble tilgjengeliggjort for alle ansatte på nettsidene til Oslo universitetssykehus HF.

Medvirkningen har vært inndelt i fem hovedaktiviteter. Første hovedaktivitet var informasjon til deltakerne i medvirkningsgruppene om forprosjektets innhold, status og gjennomføring av medvirkningsprosessen (opplæringsvideoene). Hensikten var å sørge for at deltakere var godt informert om hvilke forventninger og rammer som gjelder for medvirkning i forprosjektet. Neste trinn i prosessen var å fastlegge funksjonsplassering som en følge av justering etter regulering, innarbeidelse av virksomhetsrapporter, samt innarbeidelse av hovedprinsipper for bygg og teknikk. Dette som grunnlag for prosjektets tredje hovedaktivitet; å utvikle standardrom og felles prinsipper for de to sykehusene. En stor andel (erfaringsmessig 80 - 85 prosent) av rommene i et sykehus er standardrom. Standardisering av rom og utstyr forenkler opplæring, sertifisering, drift og vedlikehold, og gir store gevinster i planlegging og gjennomføring av prosjektene. For hvert standardrom er funksjonskrav og innredning gjennomgått i ulike medvirkningsgrupper på tvers av prosjektene.

Den fjerde hovedaktiviteten har vært å fastlegge løsninger for de enkelt rom, og se til at rommene innen funksjonen er riktig plassert i forhold til hverandre. Siste hovedaktivitet har vært avsluttende informasjon om resultatet av medvirkningsprosessen, status i prosjektet og om videre prosess.

Antall medvirkningsgrupper i forprosjektet har variert fra 24 til 42 avhengig av hovedaktivitet. De tre midterste hovedaktivitetene (dvs. ikke den innledende og avsluttende informasjonsdelen) har omfattet ni møteserier med medvirkningsmøter planlagt med varighet på 3 timer eller mer, samt tilhørende forberedelser og etterarbeid. Om lag 500 deltakere har vært involvert. Gruppene har bestått av representanter for ansatte, brukere, vernetjenesten og de ansattes organisasjoner. Møtene har vært ledet av en gruppeleder fra Oslo universitetssykehus HF, og referatene er skrevet av prosjektorganisasjonen.

Det er skrevet referat fra over 300 medvirkningsmøter. Medvirkningsgruppene har mottatt referatet syv dager etter gjennomført møte, og det har vært en rutine for tilbakemelding fra Oslo universitetssykehus HF til prosjektorganisasjonen. Referatene godkjennes i påfølgende møte. Fjorten dager etter avholdt medvirkningsmøte gir Oslo universitetssykehus HF tilbakemeldinger til prosjektorganisasjonen på aksjoner og innspill fra den aktuelle medvirkningsgruppen. Alle tilbakemeldinger er vurdert, og prosjektorganisasjonen har sammen med Nye OUS avklart hvilke endringer og justeringer som skal implementeres i prosjekteringsunderlaget. Medvirkningsgruppene oppdateres i påfølgende møte om hvordan tilbakemeldinger er innarbeidet gjennom at skisser er bearbeidet, og aksjonslister er gjennomgått. Det har i tillegg vært en oppfølging med medvirkningsgruppene om tilbakemeldingene er ivare tatt på en god måte.

Pandemien har påvirket medvirkningsprosessen. Mange opplever digitale møter som utfordrende, diskusjonene flyter ikke som når man samles rundt et bord, og det kan være vanskeligere å få sagt hva man egentlig mener om et forslag. Etter hvert lærte deltakerne seg

å kommunisere bedre gjennom Teams. Siste serien av medvirkningsmøter kunne gjennomføres som fysiske møter. Dette ga en bedre dynamikk, gode diskusjoner og samstemmighet rundt flere av de fremlagte forslagene. Samtidig hadde digitale møter høy møtedeltakelse av personell som i en pandemisituasjon ellers ville fått problemer med å forlate arbeidsstedet, og/eller kunne delta i digitale møter selv om de var i isolasjon eller karantene.

Det er flere hensyn som må ivaretas i medvirkningen. Det vil være motstridende interesser og forslag. Oslo universitetssykehus HF og prosjektorganisasjonen må da gjøre en avveining og valg mellom disse. Tilbakemeldinger som innebærer endringer som går ut over prosjektets mandat, utvidelse av etappe 1 og rammer (økonomiske, arealmessige og kapasitetsmessige) er ikke innarbeidet. Dette er av enkelte deltakere i medvirkningsgrupper blitt oppfattet som manglende reell medvirkning. Dette kommer tydelig frem i protokolltilførselen fra de ansattes organisasjoner som gjengitt i Oslo universitetssykehus HF's styresak 96/2022; protokoll fra avholdt drøftingsmøte 9. november 2022 vedrørende *Nye OUS - Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet*, hvor det blant annet står: *«Organisasjonens erfaring er at rammene for prosjektet har vært bestemmende og begrensende for diskusjonen. Der hvor grupper avdekker mangler som vil kreve utvidelse av rammene, ble disse manglene i liten grad videre kommunisert. Det har vært uttrykt stor frustrasjon knyttet til disse forhold og opplevelsen av liten reell medvirkning.»* og/eller *«Representantene i medvirkningsgruppen oppgir fastlagte rammer som det viktigste hinderet for en god prosess.»*

Eksempler på forhold som ikke er innarbeidet:

- Etablering av ytterligere en akuttheis fra helipad i bygg J1, Nye Rikshospital utover de to akuttheisene som allerede inngår
- Endret etappeinndeling og spesielt at forskningsaktivitet og øye blir værende igjen på Ullevål til etappe 2
- Økt antall cellekontor og mer areal til kontorarbeidsplasser, gjelder begge prosjektene
- Økt antall parkeringsplasser utover det som reguleringsplan tillater, både ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Eksempler på forhold som er innarbeidet (utover programavklaringene):

- Økt størrelse av traumestue, Nye Rikshospitalet
- Kapasiteten på Nye Aker er økt med én CT, og én MR er flyttet fra utstyrsprogrammet fra Nye Rikshospitalet
- Utvidet arealrammen til sterilsentral, dvs. utover arealet som er programmert
- Etablering av intermediærenhet/forsterket overvåking (kategorisert som K2), Nye Aker
- Etablering av multifunksjonsrom på føde, begge prosjekter
- Større, innebygde ambulansenhaller, begge prosjekter
- Tilgang til luftsmitteisolat (infeksjonsenhet og høysikkerhetsisolat) utenfra, Nye Aker
- Økt antall arbeidsplasser i akuttmottakene, begge prosjektene
- Dialyse på alle intensivplasser, begge prosjekter
- Utviklet to intensivenheter med tilhørende støttefunksjoner, slik at de kan driftes parallelt, Nye Aker

- Tilrettelagt for økt areal for oppholdsrom for pårørende til kritisk syke pasienter (intensiv, PO, operasjon og forsterket overvåking (K2)), Nye Aker
- Etablert forskningstun, begge prosjekter
- Dedikert smitteområde i akuttmottaket med inngang utenfra, Nye Rikshospitalet
- Flytting av CT fra bildediagnostikk til intensiv, Nye Rikshospital
- Innarbeidet konsept for intermediærsenger (forsterket observasjon) i døgnområdene, begge prosjekter
- Sentralisert enhet for vask av skop, begge prosjekter
- Sammenhengende funksjonsområde for bildediagnostikk, eksisterende Rikshospital og nybygg

Selv om det etterlatte inntrykket fra de ansattes organisasjoner synes å være at det har vært vanskelig å få til reell og god medvirkning, er de fleste av innspillene fra medvirkningsgruppene innarbeidet, både på funksjons- og romnivå. Medvirkningen har vært avgjørende for utviklingen av løsningene som presenteres i forprosjektet.

Ved avslutning av medvirkningsprosessen gjenstår det aksjoner og oppgaver som skal detaljeres videre og bearbeides i neste fase. Dette er innenfor normal prosjektutvikling ved ferdigstilling av et forprosjekt. Ved oppstart av neste fase er det identifisert et begrenset antall områder som det konseptuelt skal jobbes videre med. Dette gjelder kontor, garderober, interiør - og velferdskonsept. Det samme gjelder endelig løsning for sterilsentral. Dette er et område med stor integrasjon mellom organisasjon, utstyr, IKT og bygg. Prosjektorganisasjonen vil ivareta disse i planleggingen av neste fase gjennom egne arbeidsprosesser.

2.8 Investeringskostnader og økonomiske rammer

2.8.1 Styringsramme og estimat for P50 og P85

Styret i Helse Sør-Øst RHF fastsatte i juni 2020 (styresak 063-2020) et samlet økonomisk styringsmål for prosjektet på 32 022 millioner kroner (P50-estimat, prisnivå januar 2018), eksklusive kostnader til tomteerverv. Rammen inkluderer universitetsarealer på 1 715 millioner kroner (P50-estimat, prisnivå januar 2018) og en øvre ramme for ikke-byggnær IKT lik 1 382 millioner kroner (januar 2018-kroner).

I henhold til finansstrategien for Helse Sør-Øst prisjusteres styringsrammen for prosjektet én gang i året med fastlagt fordelingsnøkkel basert på byggekostnadsindekser fra Statistisk sentralbyrå. Indeksen viser 10,8 prosent for byggregrelaterte kostnader, og 11,7 prosent for utstyr og overordnet IKT for perioden januar 2018 til januar 2021. Dette gir en samlet styringsramme på 35 519 millioner kroner (prisnivå januar 2021).

En sentral forutsetning for arbeidet med forprosjektet har vært å tilpasse prosjektene til basiskalkylen fra konseptfasen. Basiskalkylen for Nye Aker fra konseptfasen var 15 360 millioner og for Nye Rikshospitalet 15 540 millioner kroner, det vil si samlet 30 900 millioner kroner (prisnivå januar 2021).

Basert på de justeringer som er lagt til grunn for forprosjektet, inklusiv endelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, er basiskalkylen fra konseptfasen bekreftet, med en litt annen fordeling mellom delprosjektene. Prosjektstyret vedtok i sak 54-2022 at følgende basiskalkyle skulle legges til grunn for usikkerhetsanalysen:

Basiskostnad (prisnivå januar 2021)	Forprosjekt Juni 2022
Nye Aker	15 540
Nye Rikshospitalet	15 350
SUM - BASISKOSTNAD	30 890

Tabell 5: Basiskostnad Nye Aker og Nye Rikshospitalet, prisenivå januar 2021

For å komme frem til hvilke usikkerhetsavsetninger som skal gjøres for å fastsette styringsrammen (P50-estimat) og kostnadsrammen (P85-estimat), er det gjennomført nye økonomiske usikkerhetsanalyser. Analysene er gjennomført i regi av Atkins Norge, og har bidratt til at det for begge prosjektene er etablert et oppdatert usikkerhetsbilde med tilhørende vurdering av estimat og hendelsesusikkerhet. Tabell 6 oppsummerer resultatene fra usikkerhetsanalysen.

	Usikkerhetsanalyse, skisseprosjekt mai 2019, prisenivå januar 2021			Usikkerhetsanalyse juli 2022, prisenivå januar 2021			Differanse, samlet
	Nye Aker	Nye RH	Sum	Nye Aker	Nye RH	Sum	
Basiskalkyle	15 360	15 540	30 900	15 540	15 350	30 890	-10
Forventet tillegg ⁽¹⁾	1 437	1 638	3 075	1 660	1 950	3 610	
P50-estimat	16 797	17 178	33 975	17 200	17 300	34 500	525
Ikke-byggnær IKT	762	783	1 544	762	783	1 544	
P50 inkl. ikke-byggnær IKT	17 560	17 961	35 519	17 962	18 083	36 044	525

⁽¹⁾ Tallene for skisseprosjektet er supplert med PHA for Grorud og Stovner og høysikkerhetsisolat (Nye Aker) og trykkammer (Nye Rikshospitalet). Disse er gitt samme påslag for forventet tillegg (opp til P50) som skisseprosjektet.

Tabell 6: Oppsummering resultat usikkerhetsanalyser gjennomført i 2019 og 2022

Basert på usikkerhetsanalysene er oppdatert P50-estimat 36 044 millioner kroner (prisnivå januar 2021), eksklusive kostnader til tomteerverv. P50-estimatet inkluderer en øvre ramme for ikke-byggnær IKT på 1 544 millioner kroner.

P50-estimatet fra forprosjektet er 525 millioner kroner (prisnivå januar 2021) høyere enn styringsrammen fastsatt i konseptfasen. Prisjustert P85-estimat inklusiv ikke-byggnær IKT og eksklusiv tomteerverv øker fra 40,7 milliarder kroner (prisnivå januar 2021) i konseptet, til 41,7 milliarder kroner (prisnivå januar 2021) i forprosjektet.

Jamfør sak 063-2020 etableres det økonomiske styringsmålet eksklusive tomteerverv, med bakgrunn i at tomteervervet ikke ligger til prosjektet og prosjektstyrets mandat og ansvar. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for tomteerverv som vil fremmes for styret som egne investeringssaker. Styresak om erverv av eiendommer på Aker er forelagt til behandling i styremøtet 16. desember 2022, i sak 159-2022 Oslo universitetssykehus HF – tomteerverv Aker, avtaleinngåelse.

Som nevnt i blant annet styresak 108-2022 vil eksisterende boligområde vest for Nye Rikshospitalet, Slemdalsveien 87-89, bli sterkt berørt av trafikk og støy i deler av anleggsperioden. Det er dessuten ønskelig å frigjøre området for å etablere bedre riggforhold i gjennomføringsfasen. Området ble derfor tatt inn i reguleringsplanen etter 1. gangs høring, etter ønske fra både beboerne, Oslo kommune og Statsforvalteren.

Prosessen med å avklare forutsetningene for erverv av eiendommene i Slemdalsveien 87-89 startet høsten 2022. Det er etablert dialog med eiendomsbesitterne og verdivurdering og taksering er iverksatt. Det er lagt opp til at det gis tilbud til den enkelte boligeier rundt årsskiftet 2022/2023. Det planlegges å legge frem en sak til styret i februar 2023 med en orientering om ervervsprosessen. Det er en målsetting at ervervsprosessen er gjennomført i løpet av første kvartal 2023, og at hele eiendommen er tilgjengelig for prosjektet første halvdel av 2024.

Jamfør forslag til vedtak og omtale i sak 159-2022 *Oslo universitetssykehus HF – tomteerverv Aker, avtaleinngåelse*, er det samlede estimatet for tomteerverv ved Aker og Rikshospitalet innenfor estimatene som ligger til grunn for beregning av økonomisk bæreevne for både Oslo universitetsgruppen HF og foretaksgruppen (begge forhold som omtales senere i saken). Tomtene ved Rikshospitalet planlagt solgt i markedet når det ikke lenger er bruk for dem. Den positive likviditetseffekten fra et eventuelt salg er ikke medtatt i økonomisk bæreevne.

2.8.2 Sammenligning av kvadratmeterpriser

Det er gjennomført en sammenligning av kvadratmeterpriser med andre sykehusbygg-prosjekter. Tabellen under viser kvadratmeterprisene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet sammenlignet med nytt sykehus i Drammen, nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet (RAD) og nytt Østfoldsykehus.

Det er vanskelig å sammenligne kvadratmeterpriser mellom ulike prosjekter, fordi prosjektene har ulikt innhold. For en mest mulig relevant sammenligning er ikke delprosjekter som utomhus, infrastruktur, funksjonsutstyr, ombygging, rivning og tilkobling eksisterende bygg med mer inkludert i kvadratmeterprisen, da omfang for disse delprosjektene varierer betydelig mellom prosjektene. Utgangspunktet for sammenligningen er derfor nybygg, basert på konto 1-6 i bygningsdelstabellen (omtalt som huskostnad), og generelle kostnader (konto 8).

Tall er oppgitt ekskl. mva. og prisnivå januar 2021. For nytt østfoldsykehus er det sluttkostnad som er oppgitt, mens det for øvrige er forprosjektkalkyle tillagt forventet tillegg fra usikkerhetsanalysene gjennomført i forprosjektet.

Prosjekt	Kostnad Konto 1-6 + 8	Forventet tillegg	Forventet tillegg	Sammenlignbar Kr./kvm
Nye Rikshospitalet	60 000	12,7 %	7 620	67 620
Nye Aker	57 800	10,7 %	6 185	63 985
RAD inkl. proton	59 300	8,0 %	4 744	64 044
Nytt sykehus i Drammen	50 400	6,0 %	3 024	53 424
Nytt Østfoldsykehus	56 900	Sluttkostnad	Sluttkostnad	56 900

Tabell 7: Sammenligning av kvadratmeterpris

Denne sammenligningen av kvadratmeterpriser for nybygg viser at kvadratmeterprisene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet ligger i øvre sjikt av sykehusbyggprosjektene. Årsaken til at kvadratmeterpris for Nye Rikshospitalet ligger noe høyere enn for Nye Aker, er blant annet høyere tetthet av avansert utstyr med behov for økte investeringer i tekniske installasjoner.

Fra 2020 har bygge- og anleggsnæringen opplevd en ekstraordinær kostnadsvekst. Det er mange årsaker til kostnadsveksten, men den skyldes først og fremst forhold knyttet til Covid-19 pandemien og deretter krigen i Ukraina. Som orientert om i styresak 117-2022 *Tertialrapport 2 for regionale byggeprosjekter*, har denne kostnadsveksten slått spesielt ut på det nye sykehuset i Drammen, sammen med blant annet økte kostnader til grunnarbeider. Dette indikerer at sluttkostnadene for dette prosjektet blir høyere enn kvadratmeterprisen fra forprosjektet. Som det fremgår av tabellen er kvadratmeterprisen for Nye Rikshospitalet ca. 27 prosent høyere enn for Nytt sykehus i Drammen, og tilsvarende 20 prosent høyere for Nye Aker.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 069-2021 *Samlokalisering av deler av Oslo universitetssykehus HF's virksomhet med Universitetet i Oslo i Livsvitenskapsbygget*, at samarbeidsprosjektet med Kunnskapsdepartementet videreføres med sikte på at Oslo universitetssykehus HF kan inngå en avtale med Statsbygg om leie av arealer i det nye Livsvitenskapsbygget. Utredningen som forelå i forkant av beslutningen var basert på styringsramme oppgitt av Statsbygg på 9,1 milliarder kroner (inkludert forventet tillegg på 8,6 prosent). Med samme metodikk for beregning av kvadratmeterpriser gir dette 10 til 15 prosent høyere kvadratmeterpris enn Nye Aker og Nye Rikshospital. Styringsrammen for Livsvitenskapsbygget er under vurdering.

2.8.3 Sammenligning av forventet tillegg

Det er gjennomført økonomiske usikkerhetsanalyser av investeringskalkylene i forprosjektene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Formålet med analysene har vært å gi et bilde av kostnadsusikkerheten i prosjektene, og identifisere hvor stor avsetning for usikkerhet som bør gjøres for å få tilfredsstillende sikkerhet for å kunne overholde de økonomiske rammene. Usikkerhetsanalysene ble gjennomført av ekstern leverandør (Atkins Norge) og er dokumentert i egne rapporter.

Usikkerhetsanalysene angir 10,7 prosent og 12,7 prosent forventede tillegg for hhv. Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Den økonomiske usikkerheten er høyere ved Nye Rikshospitalet enn Nye Aker, slik det også var tilfelle i konseptfasen. Dette skyldes blant annet bygging tett på sykehus i drift.

Sammenlignet med anbefalingene fra rapporten som ble framlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 070-2022 *Regionale byggeprosjekter – markedsrisiko og risikoreduserende tiltak*, er dette avsetninger for forventede tillegg i spennet mellom lavt og middels (basis) nivå. I rapport fra ekstern kvalitetssikrer er det oppsummert følgende:

KSF oppfatter at prosjektet har gjennomført og dokumentert økonomiske analyser for forprosjektet i samsvar med krav og føringer i tidligfaseveileder og forprosjektmandat.

Foreliggende usikkerhetsanalyser viser forventet tillegg på 11 og 13 prosent for henholdsvis Aker og Rikshospitalet. Usikkerheten kan være noe lav for komplekse prosjekter av denne størrelsen, og gitt dagens utfordrende markedssituasjon.

Disse forholdene er dekket ved sensitivitetsberegninger i økonomisk langtidsplan 2023-2026, jf. styresak 068-2022.

Prosjektet har innhentet resultater fra usikkerhetsanalyser for flere andre sykehusbyggprosjekter i Norge, dokumentert i forprosjektrapporter. Disse er vist i Tabell 8 under.

Prosjekt	Basiskalkyle	P50	Forventet tillegg mill. kroner	Forventet tillegg i %
Stavanger Universitetssykehus – 1. byggetrinn på Ullandhaug, forprosjekt 2017 ¹	7 507	7 560	53	0,7 %
Nytt sykehus i Drammen, forprosjekt 2019 ²	9 003	9 540	537	6,0 %
Nytt klinikk- og protonbygg Radiumhospitalet, forprosjekt, inkl. protonbygg ³	4 204	4 540	336	8,0 %
Nytt østfoldsykehus, godkjenning av forprosjekt, 2010 ⁴	4 925	5 090	165	3,4 %
Nye Hammerfest sykehus, forprosjekt 2019 ⁵	2 460	2 587	127	5,2 %
Forprosjekt Nye UNN Narvik, 2020 ⁶	2 618	2 705	87	3,3 %

¹ Kilde: Forprosjektrapport ([Delrapport om Lokalsykehus \(helse-stavanger.no\)](#))

² Kilde: Forprosjektrapport ([310115 Indesign A3 NSD Forprosjektrapport K1.indd \(helse-sorost.no\)](#))

³ Kilde: Forprosjektrapport ([https://helse-sorost.no/Documents/Store utviklingsprosjekter/OUS/Radiumhospitalet/RAD - forprosjektrapport.pdf](https://helse-sorost.no/Documents/Store_utviklingsprosjekter/OUS/Radiumhospitalet/RAD_forprosjektrapport.pdf))

⁴ Kilde: Godkjenning av forprosjektet ([Microsoft Word - 090-2010 Saksframlegg - Godkjenning av forprosjekt nytt østfoldsykehus \(helse-sorost.no\)](#))

⁵ Kilde: Forprosjektrapport ([FIN HF Nye Hammerfest sykehus Forprosjektrapport.pdf \(sykehusbygg.no\)](#))

⁶ Kilde: Forprosjektrapport ([Forprosjektrapport Nye UNN Narvik.pdf](#))

Tabell 8: Sammenligning av kostnader etter usikkerhetsanalyse i sykehusbyggprosjekter

Denne sammenligningen viser at forventet tillegg for Nye Aker og Nye Rikshospitalet til dels er vesentlige høyere (målt i prosentpåslag) enn i andre sykehusprosjekter.

2.8.4 FDV-kostnader

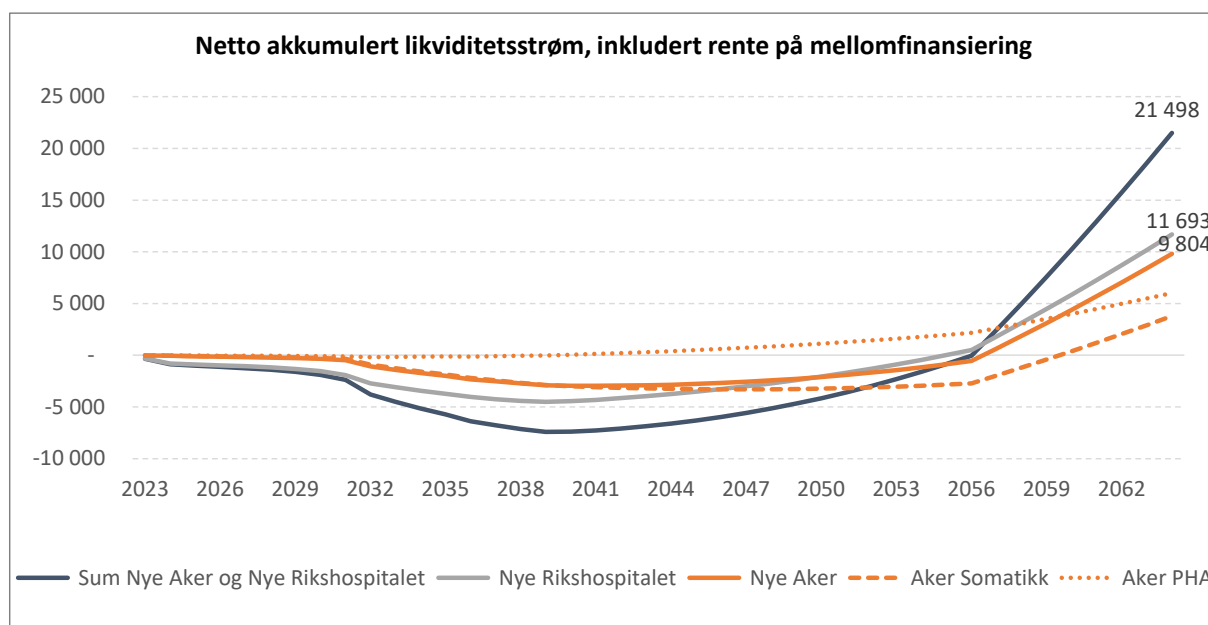
Sykehusbygg har lang levetid, og teknisk drift og vedlikeholdes skal foregå parallelt med selve sykehusdriften. I forprosjektet er det utarbeidet analyser av forventede kostnader for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU). Disse kostnadene er en del av det som kalles byggenes livssyklus-kostnader (LCC). Formålet med LCC-analysen er i hovedsak å se de totaløkonomiske konsekvensene av prosjektet, og benytte disse til optimalisering av prosjektet med hensyn til investering, FDVU og bærekraft, og som underlag til økonomiske bæreevneanalyser og planlegging av utskiftning og vedlikehold.

Vurdering av livssyklus-kostnader inngår i alternativs vurderinger på en slik måte at holdbarhet og levetid bringes inn i tillegg til selve investeringskostnaden. På denne måten legges det til rette for framtidig rehabilitering og lavere samlet ressursbruk over byggets levetid. I detaljeringsfasen vil slike analyser bli vurdert nærmere i forbindelse med materialvalg av for eksempel gulvbelegg og andre vedlikeholdsintensive komponenter.

2.9 Økonomisk bæreevne

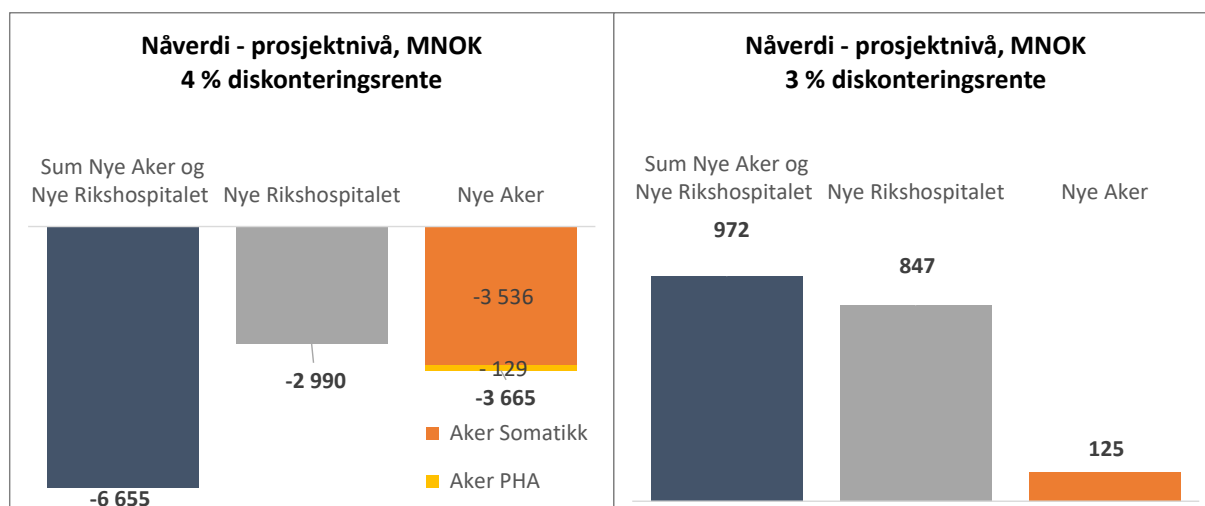
Som redegjort for i sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, er det økonomisk bæreevne på prosjektnivå (ved tre prosent diskonteringsrente), helseforetaksnivå og på regionalt nivå, gitt forutsetningene som ligger til grunn for analysene.

På prosjektnivå viser analysene at prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet har positiv netto akkumulert likviditetsstrøm fra og med 2057 og ut analyseperioden. Samlet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet er netto likviditetsstrøm fra prosjektene på om lag 21,5 milliarder kroner ved analyseperiodens slutt (2064).



Figur 2: Netto likviditetsstrøm fra Nye Aker og Nye Rikshospitalet, millioner 2022-kroner.

Ved fire prosent diskonteringsrente viser analysene samlet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet en negativ nåverdi på 6,7 milliarder kroner. Nye Rikshospitalet viser en negativ nåverdi på om lag tre milliarder kroner, og Nye Aker viser en negativ nåverdi på om lag 3,7 milliarder kroner. Internrenten for prosjektene samlet sett er på 3,2 prosent, og for Nye Rikshospitalet er internrenten 3,3 prosent og for Nye Aker er internrenten 3,1 prosent.

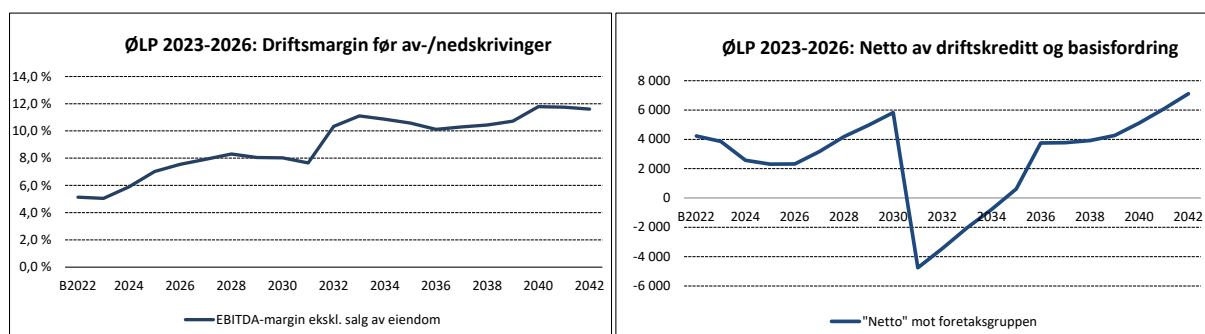


Figur 3: Netto nåverdi for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, millioner 2022-kroner.

Prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet oppfyller ikke kravene for økonomisk bæreevne ved fire prosent diskonteringsrente. Diskonteringsrenten på fire prosent benyttes som en fast referanse for beregning av nåverdi på investeringsprosjekter i Helse Sør-Øst, og følger som en anbefaling fra Prinsipper og retningslinjer ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser (2021), fra Finansdepartementet.

Helse Sør-Øst RHF beregner imidlertid ikke en samfunnsøkonomisk analyse, men en foretaksøkonomisk analyse, uten prissetting av samfunnsøkonomiske gevinster. I tillegg har den risikofrie renten de siste årene (selv om renten har steget de siste månedene) vært lavere enn det som ligger til grunn for diskonteringsrenten på fire prosent. Dette er blant annet årsaken til at Statens pensjonsfond utland har redusert forventet realavkastning fra fire prosent til tre prosent. Gitt Helse Sør-Øst RHF sine forutsetninger og rammebetingelser, vil et prosjekt med positiv nåverdi ved tre prosent diskonteringsrente gi økonomisk bæreevne.

Oppdatert økonomisk langtidsplan fra Oslo universitetssykehus HF viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne for Nye Aker og Nye Rikshospitalet med de forutsetninger som er lagt til grunn.



Figur 4: Utvikling i driftsresultat 2022-2042 (venstre) og utvikling i netto av driftskreditt og basisforordring 2022-2042(høyre).

Figur 4 (venstre side) viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (driftsresultat før avskrivninger og renter som prosent av inntekten). Oslo universitetssykehus HF planlegger med effektivisering i forkant av byggeprosjektene.

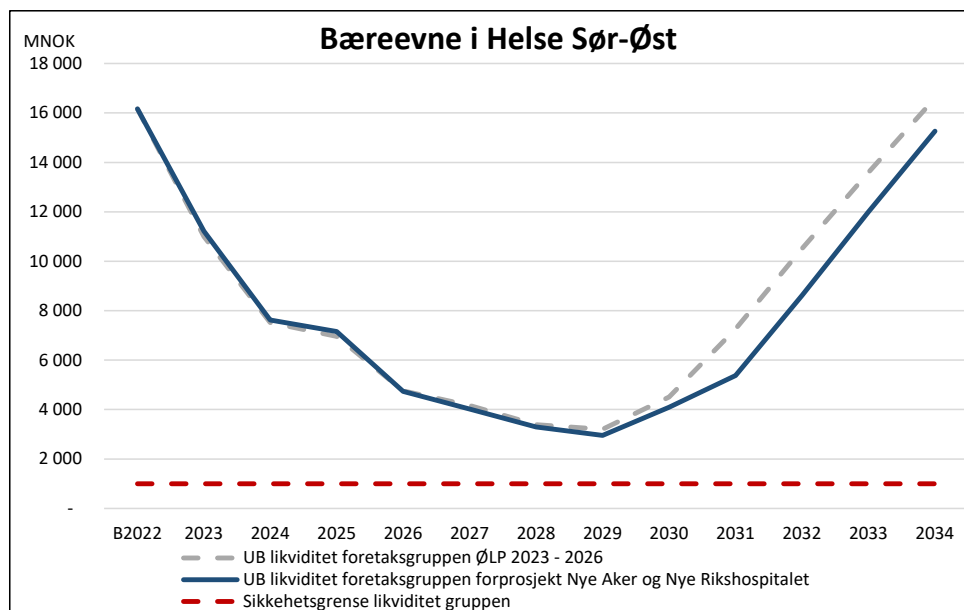
Driftsmarginen går fra om lag fem prosent i budsjett 2022 til om lag åtte prosent i 2031, året før de tar i bruk de nye sykehusene. I 2032 tas de nye byggene i bruk, og gevinstene fra prosjektet øker driftsmarginen til i overkant av ti prosent.

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 4 (høyre side) viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Figuren viser at Oslo universitetssykehus HF forventes å ha spart om lag seks milliarder kroner i netto av driftskreditt og basisfordring før byggene er ferdigstilt. I 2031 overføres byggene til helseforetaket, og finansieres i henhold til prosjektenes finansieringsplan. I perioden fra 2031 til 2034 har helseforetaket behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF. I 2031 er netto lånebehov størst med om lag 4,8 milliarder kroner. I perioden 2032 til 2036 er det forutsatt at Ullevål og Spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika selges, og dermed bidrar til at mellomfinansieringsperioden blir kort. I 2041 er likviditeten i helseforetaket re-etablert på samme nivå som i 2030.

Salget av Ullevål er i de økonomiske analysene basert på gjennomsnittet av to uavhengige verdivurderinger, gjennomført av eksterne aktører i henhold til bransjestandard. I verdivurderingene har de eksterne aktørene oppgitt et intervall på verdien som tilsvarer et spenn på 10 til 15 prosent. Det er fortsatt lenge til salgene skal realiseres og endelig salgssum vil være avhengig av blant annet markedsutvikling, regulering og strategi for salg av tomtene.

Basert på regional økonomisk langtidsplan, jamfør sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, er det gjennomført en oppdatering av den regionale økonomiske bæreevnen som reflekterer endringer i prosjektet gjennom forprosjektfasen.



Figur 5: Økonomisk bæreevne for helseforetaksgruppen oppdatert med forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet

Sammenlignet med innspillet forut for sak 068-2022 har investeringskostnadene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet økt noe som følge av høyere forventet tillegg. I tillegg har Oslo universitetssykehus HF forskjøvet delsalgene av Ullevål og salget av Sognsvannsveien med ett år som følge av at prosjektet har ett år lenger gjennomføringstid. Samlet sett gir endringene fra forprosjektfasen noe lavere likviditet i foretaksgruppen fra 2031, men differansen mot sak 068-2022 lukker seg gradvis når periodiseringseffekten fra salgene er utjevnet. Perioden med lavest likviditet i foretaksgruppen (årene 2027 til 2030), er i liten grad påvirket av endringene fra forprosjektfasen.

Med de felles prioriterte prosjektene som det nå er planlagt for, er den regionale likviditeten gjennom hele analyseperioden fortsatt godt over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner som ble forutsatt i sak 068-2022. Se for øvrig kapittel 2.13 for scenarioanalyse og ytterligere vurderinger av den økonomiske bæreevnen for helseforetaksgruppen.

2.10 Finansiering

Prosjektet ble tildelt lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2020 på 29,1 milliarder kroner (prisnivå 2020-kroner). Lånerammen er basert på P85-estimat fra konseptfasen, jamfør sak 006-2019 *Oslo universitetssykehus HF – Konseptrapport videreutvikling av Aker og Gaustad*, og er basert på 70 prosent lånefinansiering av P85-estimatet for Oslo universitetssykehus HF sine arealer, 100 prosent lånefinansiering av Universitetet i Oslo sine arealer og inkluderer ikke-byggnær IKT og tomteerverv. Per desember 2022 er det utbetalt 305 millioner kroner av lånet, og i statsbudsjettet for 2023 ligger det til grunn en låneutbetaling på 1 439 millioner kroner i 2023.

Jamfør sak 006-2019 var P85-estimatet i konseptfasen, og grunnlaget for lånesøknaden, på 38 373 millioner kroner (prisnivå januar 2018-kroner), inkludert kostnader for ikke-byggnær IKT og tomteerverv. Prisjustert til januar 2021-kroner, eksklusive tomteerverv som er tatt ut av styringsrammen til prosjektet, tilsvarer dette 40 657 millioner kroner (prisnivå januar 2021-kroner). I forprosjektfasen ble det beregnet et oppdatert P85-estimat på 40 200 millioner kroner (prisnivå januar 2021-kroner), eksklusiv ikke-byggær IKT og tomteerverv (som er gitt ved øvre rammer). Oppdatert P85-estimat fra forprosjektfasen, inkludert øvre ramme for ikke-byggnær IKT, er 41 744 millioner kroner (prisnivå januar 2021-kroner), som tilsvarer en økning på 1 087 millioner kroner. Et eventuelt pådrag i prosjektet utover P85-estimatet fra konseptfasen (grunnlaget for lånesøknaden) skal finansieres med egenkapital.

2.11 Gevinstrealisering og prosess for gevinstrealisering

Som omtalt i sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, har Oslo universitetssykehus HF gjennomført et omfattende arbeid med å etablere gevinstrealiseringsplaner for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Samlet er det identifisert kjernedriftsgevinster tilsvarende 1 574 millioner kroner årlig. Av kjernedriftsgevinstene er om lag 80 prosent av gevinstene identifisert og forankret på avdelingsnivå. I tillegg er om lag 20 prosent av gevinstene basert på utvidet analyseperiode og en kvalitativ vurdering forankret hos ledelsen i Oslo universitetssykehus HF.

Varige driftsøkonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	...	2041
Kjernerdriftsgevinster														
Gevinster nye bygg Nye Rikshospitalet							453	515	564	611	654	695	->	856
Gevinster nye bygg Nye Aker							542	579	605	627	646	662	->	718
Sum kjernerdriftsgevinster							995	1 095	1 169	1 238	1 301	1 357	->	1 574
Øvrige økonomiske effekter														
Økte FDV-kostnader							-62	-62	-62	-62	-62	-62	->	-62
Effekter av utvidet opptaksområde							189	189	189	189	189	189	->	189
Leieinntekter nyoppførte bygg (kapital) UIO							189	187	184	182	179	177	->	166
Leieinntekter nyoppførte bygg (FDV) UIO							32	32	32	32	32	32	->	32
Konsekvenser av kostnadstilpasninger				-36	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	-12	->	-12
Økt kostnad driftskonsepser							-80	-80	-80	-80	-80	-80	->	-80
Sum øvrige økonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	257	254	252	249	246	244	->	234
Sum driftsøkonomiske effekter	0	0	-36	-12	-12	-12	1 252	1 349	1 420	1 487	1 547	1 600	->	1 807

Tabell 9: Estimerte driftsøkonomiske effekter som følge av investeringsprosjektene, millioner 2022-kroner.

Det er også identifisert midlertidige økonomiske effekter fra Oslo universitetssykehus HF sitt mottaksprosjekt, ulempkostnader i driften, organisasjonsutvikling, samt kostnader knyttet til rokader og øvrige investeringer på om lag 2,7 milliarder kroner i perioden 2023 til 2036. Dette inkluderer kostnader knyttet til prosjektet *Rokade C1* med 725 millioner kroner.

Midlertidige økonomiske effekter	2023	2024	2025-28	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	Sum
Mottaksprosjekt, ulempkostnader og organisasjonsutvikling	-50	-62	-315	-84	-186	-260	-371	-30	-30	-30	-30	-1 448
Rokade C1	-300	-425										-725
Øvrige rokader og investeringseffekter	-3	-8	-85	-75	-50	-170	-153					-543
Sum midlertidige økonomiske effekter	-353	-494	-400	-159	-236	-430	-524	-30	-30	-30	-30	-2 716

Tabell 10: Midlertidige økonomiske effekter, millioner 2022-kroner.

2.11.1 Framskrivning av aktivitet i arbeidet med gevinstrealisering

I arbeidet med gevinstrealisering har klinikkene fremskrevet økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF hovedsakelig basert på befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå (fra 2020), og Oslo kommunes framskrivning på bydelsnivå. Videre har framskrivingen tatt utgangspunkt i budsjettet aktivitet 2021 (uten effekter fra pandemi). Det er lagt til grunn at klinikkene i Oslo universitetssykehus HF viderefører dagens aktivitet for sykehusene i Oslo (blant annet akuttkirurgi for Lovisenberg Diakonale Sykehus), og i tillegg overtar ansvaret for bydel Sagene fra Lovisenberg Diakonale Sykehus i 2031. Metoden skiller seg noe fra nasjonal sykehusbyggmodell som er dimensjonerende for sykehusbyggene, hvor kapasitetsframskrivingen er basert på befolkningsframskriving fra Statistisk sentralbyrå fra 2018 som viser en noen høyere befolkning i 2035 enn framskrivingen fra 2020.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en vurdering av resultatet fra de ulike metodene som viser at det fremskrevne nullalternativet i økonomisk langtidsplan har en noe lavere totalaktivitet (om lag 6 000 liggedøgn) enn dimensjoneringen av de nye byggene i 2035. Dette til tross for at klinikkene i sitt gevinstarbeid ikke har lagt inn overføring av aktivitet til Lovisenberg Diakonale Sykehus knyttet til akuttkirurgi, og at aktivitet for Sagene bydel inngår i aktivitetsvurderingen i økonomisk langtidsplan og i gevinstvurderingene til klinikkene. Inntektsforutsetninger i økonomisk langtidsplan er basert på rammefinansiering fra Helse Sør-Øst RHF og aktivitetsbaserte inntekter. For aktivitetsbaserte inntekter er det forutsatt samme vekst i inntekter som aktivitet.

2.11.2 Gevinster identifisert på avdelingsnivå

Proessen for gevinstrealisering har vært organisert gjennom lederlinjen i helseforetaket med involvering av tillitsvalgte og verneombud. Alle klinikkene i helseforetaket har levert hver sin gevinstrealiseringsplan. Hver klinikkleder har vært ansvarlig for å utarbeide klinikkens gevinstrealiseringsplaner, og klinikkleder har inkludert avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud i arbeidet. Avdelingslederne har vært ansvarlig for avdelingens innmeldte gevinster til klinikkens gevinstrealiseringsplaner. Samlet sett er det innmeldt gevinster fra 80 avdelinger. Arbeidet med å utarbeide gevinster har vært gjennomført på avdelingsnivå i organisasjonen fordi man ønsket at gevinstarbeidet i størst mulig grad skal være forankret og eid i avdelingene og foretakets ulike fagmiljøer.

I rapporten «Nye Aker og Nye Rikshospitalet: Økonomiske konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF - Bidrag til forprosjektrapport» er det skissert to hoveddrivere for gevinster:

1. Nye bygg (med tilhørende teknologi/driftskonsepter) som alle gevinster har som forutsetning
2. Samlokalisering av funksjoner (omfatter om lag 41 % av identifiserte gevinster)

Avdelingens gevinster har tatt utgangspunkt i at nye bygg vil gjøre arbeidshverdagen enklere og mer effektiv, og ikke satt som forutsetning eller konsekvens at «ansatte skal løpe raskere». Dette kan illustreres gjennom eksempler fra gevinstrealiseringsplanen for henholdsvis poliklinikk og sengepost:

- Innenfor poliklinikk beskriver avdelinger i Barne- og ungdomsklinikken at med nye bygg på Rikshospitalet kan poliklinikk og dagbehandling fra Ullevål flyttes og integreres med tilsvarende virksomhet på Rikshospitalet. Avdelinger innenfor Klinik for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjoner har også satt opp gevinster knyttet til større samling av poliklinikk på både Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Hoveddelen (ca. 92 prosent) av gevinstene er utløst av at avdelingen forventer at nye bygg med nye digitale løsninger og konsepter (spesielt *Helselogistikk* og *OUS Hjemme*) vil effektivisere poliklinisk virksomhet. I tillegg har Fødeavdelingen i Kvinneklinikken satt opp gevinster ved å ta i bruk konseptene *Den trådløse pasient* og *OUS Hjemme* for fjernmonitorering av risikogravide, slik at fysisk oppmøte kan erstattes med videokonsultasjoner.
- Ved sengepost har avdelinger innenfor Klinik psykisk helse og avhengighet meldt inn gevinster som følge av at all sykehuspsykiatri (bortsett fra sikkerhetspsykiatri) flyttes fra Ullevål, Gaustad, i Sognsvannsveien og dagens Aker og samles på Nye Aker. Det vil blant annet gi mulighet for å dele ressurser på tvers av sengeposter slik at det kan oppnås reduksjon i variabel lønn. I tillegg har avdelinger i Klinik for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon satt opp gevinster som følge av at enerom forventes å redusere infeksjonsfare og gi mer effektiv logistikk.

I prosessen Oslo universitetssykehus HF la opp til, som innebar betydelig kvalitetssikring, har det vært fokus på at gevinster skal være reelle, som følge av nye bygg og understøttet av teknologi og konsepter.

Det er gjennomført konkrete vurderinger av den enkelte gevinst innenfor hver avdeling. For eksempel har avdelingene gitt ulik tilbakemelding på økonomisk effekt knyttet til bruk av enerom. Noen avdelinger har sett økonomiske gevinster med enerom, mens andre avdelinger har sett på enerom som en risiko som kan redusere økonomiske gevinster med de nye byggene.

I avdeling for gastro- og barnekirurgi (AGK) er effekten av enerom beskrevet slik: *«AGK drifter i dag i svært gamle lokaler på Ullevål, hvor avdelingen har mange pasientrom som er med to og tre senger. Det brukes en del tid på logistikk og personellressurser for å drifte mest effektivt i dag. Avdelingen har også en del smittepasienter som medfører at behovet for enerom er stort. Dersom AGK i nye Oslo universitetssykehus HF får nye sengeposter med kun enerom, vil avdelingen kunne spare noen ressurser da logistikkutfordringen i forhold til kjønn og smitte faller bort.»*

Samtidig har kirurgisk avdeling for barn vurdert enerom som en risiko som kan redusere de identifiserte gevinstene ved Nye Rikshospitalet. Avdelingen beskriver at barn som behandles kirurgisk krever mye overvåkning slik at enerom kan medføre ekstra ressurser. Avdelingen har skrevet følgende om enerom: *«For Kirurgisk avdeling for barn er det viktigst å løfte frem at avdelingen frykter at det blir veldig krevende å drifte sengepostene, dersom alle pasientrommene er enerom. Dette skyldes det store overvåkningsbehovet kirurgiske barn har, hvilket gjør at det er uforholdsmessig ressurskrevende å ha alle på enerom. For å minimere de negative konsekvensene ved eventuelle enerom, vil avdelingen se på muligheter for oppgavedeling mellom ansatte.»*

Eksemplene tydeliggjør detaljgraden i avdelingenes gevinstrealiseringsplaner, og hvordan gevinstrealiseringsplanen blir et viktig verktøy i gjennomføringsfasen av byggeprosjektet.

Alle gevinster som er identifisert i avdelingene tilhører en gitt gevinstrealiseringsplan. I gevinstrealiseringsarbeidet er det identifisert totalt 71 gevinstrealiseringsplaner, hvorav 68 planer inneholder prosjektavhengige gevinster. Disse 68 planene består igjen av om lag 900 gevinster. Det er god sporbarhet og mye informasjon knyttet til hver rad, blant annet antall og type årsverk som gir gevinster og innenfor hvilket funksjonsområde (sengepost, operasjon, poliklinikk, osv.) gevinsten gjelder. All informasjon knyttet til gevinstplanene er innarbeidet i en egen database for å ivareta sporbarhet, fullstendighet og konsistens i planverket.

Nye OUS har bidratt i gevinstarbeidet, blant annet med å utarbeide rapporten *Konkretisering av fagfordeling mellom Nye Aker og Nye Rikshospitalet*. I tillegg har Nye OUS beskrevet hvilke konsepter (for eksempel farmasitun) som er lagt til grunn for drift i de nye sykehusbyggene. Fagfordelingsrapporten og konseptene har vært viktige forutsetninger for avdelingenes utarbeidelse av gevinster.

Til hver gevinstrealiseringsplan er det gjennomført en risikovurdering og en interessentanalyse. Risikovurderingene er gjennomført både på avdelingsnivå og på klinikknivå, med fokus på å få frem hva som kan påvirke de samlede økonomiske effektene i hver gevinstrealiseringsplan.

Interessentanalysen identifiserer de aktørene som er viktige for at gevinstene skal realiseres. Interessentene er de aktørene som påvirker og/eller blir påvirket av gevinstrealiseringsplanene. Dette gjelder både ansatte i Oslo universitetssykehus HF og eksterne aktører (for eksempel pasienter og kommuner). Interessentanalysene er utført på klinikknivå per gevinstrealiseringsplan og per lokalisasjon (Nye Aker og Nye Rikshospitalet).

Gevinstplanen som er utarbeidet av Oslo universitetssykehus HF, er dokumentert gjennom en datamodell, samt tilhørende beskrivelser, som samlet sett gir en komplett gevinstrealiseringsplan med beskrivelser av hvilke gevinster som skal realiseres, hvem som har ansvaret for å realisere gevinsten, tiltak som skal gjennomføres for å realisere gevinsten, samt risiko- og interessentanalyser. Gevinstrealiseringsplanen vil blant annet være:

- Et grunnlag for detaljprosjektering, særlig i lys av den detaljerte og godt belyste risikovurderingen i hoveddokumentet.
- Et oppslagsverk og sikring av kunnskapsoverføring av planer som gjør det mulig for nye ledere og ansatte å sette seg inn i hva avdelingen har av planer knyttet til nye bygg.
- Et dokument som gjør det lettere å vurdere endringer opp mot en konkret etablert plan. Med så lang tidshorisont frem til ibruktakelse vil det kunne bli endringer i planene som klinikkene og avdelingene nå har lagt til grunn.

Gevinstrealiseringsplanen setter ikke bare tydelige mål og fordeler ansvaret for å realisere disse målene, men er også viktig dokumentasjon og et verktøy som vil bidra til å styre utviklingen av byggeprosjektet, de funksjonelle løsningene og de konseptuelle valgene frem til innflytting i 2031. Gevinstrealiseringsplanene ved helseforetaket skal holdes oppdatert og ved like over tid, gjennom den etablerte prosessen for dette i Helse Sør-Øst, jamfør sak 030-2022. Det innebærer oppdatering av planen i forbindelse med økonomisk langtidsplan, stadfesting i budsjettprosess, og rapportering pr tertial.

2.11.3 Gevinster identifisert på helseforetaksnivå

Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF ønsket å synliggjøre variasjon i gevinster mellom like driftsområder og fag. En mulig konsekvens med en «nedenfra-og-opp»-prosess er at det er lagt til grunn forskjellige forutsetninger som medfører variasjoner i gevinster for ellers like driftsoppgaver. Gevinstprosessen slik den er gjennomført, har også risiko for at kunnskapsdeling på tvers av avdelinger ikke er ivaretatt, og at det har vært for stor variasjon i gevinstambisjonene mellom avdelingene. Samlet er det inkludert 188 millioner kroner i gevinster som følge av denne ledelsesmessige tilnærmingen.

I tillegg ble analyseperioden for gevinstrealisering økt i løpet av arbeidet med gevinstrealiseringsplanen. Opprinnelig var gevinstperioden satt til 2038, men den ble senere økt til 2041, som tilsvarer en analyseperiode på ti år. Bakgrunnen er at det forventes at avdelingene trenger tid på å ta i bruk nye konsepter og benytte moderne bygg optimalt (for eksempel enerom og logistikk-løsninger), samt at de gamle byggene i nullalternativet lenge vil ha vesentlig flere ulemper i forhold til å håndtere aktivitetsøkning på en driftsøkonomisk effektiv måte enn nyere sykehusbygg. I tillegg vil det være slik at ved en

bedre produktivitet enn nullalternativet vil gevinstene øke; gitt fortsatt aktivitetsvekst for perioden 2039 -2041. Til sammenligning er analyseperioden for gevinstrealisering i Nye Radiumhospitalet 12 år. Effekten av tre år lenger analyseperiode er 160 millioner kroner.

Metoden og resultatene er forankret med ledergruppen (klinikkledere, stabsdirektører og administrerende direktør) i Oslo universitetssykehus HF, og gevinstene skal innarbeides i avdelingenes gevinstplaner.

2.12 Driftsøkonomien i Oslo universitetssykehus HF

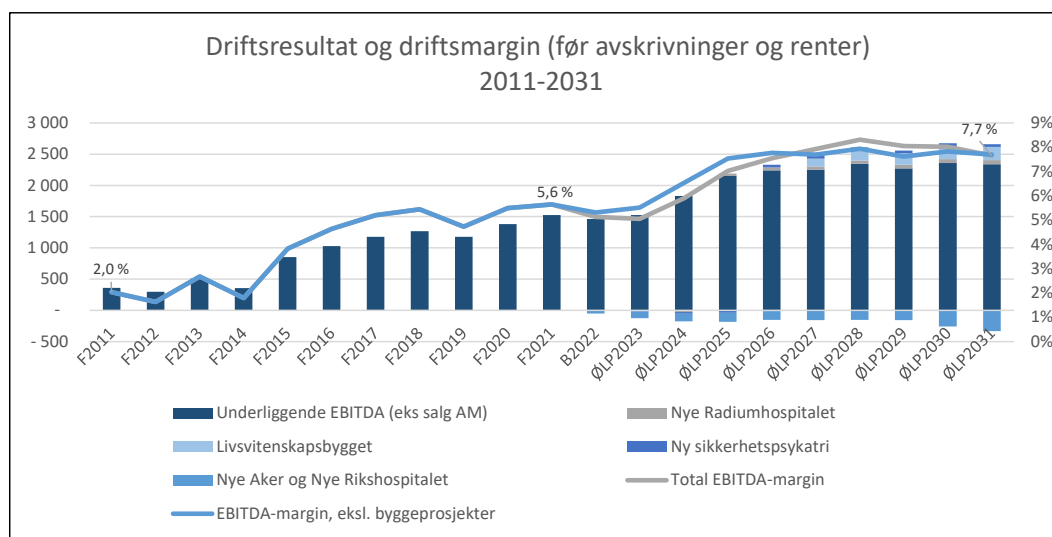
2.12.1 Driftsøkonomien i Oslo universitetssykehus HF frem til innflytting i nye bygg

I forkant av arbeidet med gevinstrealiseringsplanen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet gjennomførte Oslo universitetssykehus HF et omfattende arbeid for å etablere et startpunkt (gevinstene innføres fra 2032) for gevinstarbeidet, herunder en vurdering av aktivitet og ressursbruk i 2031 fordelt på enhet og lokalisasjon. Som en del av dette arbeidet ble klinikkene bedt om å gjøre en vurdering på klinikk- og avdelingsnivå for å identifisere effektiviseringsmuligheter i tidsrommet fram til 2032.

I klinikkenes innmeldinger er det konkretisert flere tiltak for å dempe behovet for vekst i bemanning i planperioden. Tiltakene varierer mellom de ulike klinikkene. Eksempelvis ble det lagt til grunn en gradvis effektivisering av kontortjenesten etter hvert som digitaliseringen stadig kommer lenger, innføring av felles RIS/PACS samt økt andel sammedagskirurgi og andre tiltak for å redusere liggetid innenfor kirurgisk virksomhet.

Avdelingenes innspill følges opp i klinikkvise forbedringsprogram som er etablert ved alle klinikkene i foretaket. Noen av tiltakene som nå er innmeldt fra avdelingene, vil tas inn i foretakets sentrale porteføljestyring «Forbedring av driften» da de må regnes som aktuelle å gjennomføre ved flere av klinikkene.

Basert på denne prosessen er det i oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 planlagt at driftsmarginen (driftsresultat før avskrivninger og renter som prosent av inntekten) øker fra 5,6 prosent i 2021 til 7,7 prosent i 2031, noe som tilsvarer en forbedring på 2,1 prosentpoeng i 10-årsperioden. Til sammenligning har Oslo universitetssykehus HF økt driftsmarginen fra 2 prosent i 2011 til 5,6 prosent i den foregående 10-årsperioden, som utgjør en økning på 3,5 prosentpoeng.



Figur 6: Driftsresultat og driftsmargin (EBITDA), eksklusiv engangseffekter og salg av anleggsmidler 2011-2031, millioner 2022-kroner

I perioden 2024 til 2027 ferdigstilles prosjektene Nye Radiumhospitalet, Ny sikkerhetspsykiatri og Livsvitenskapsbygget (og Ny storbylegevakt i 2023 som er forutsatt med tilnærmet nøytral effekt på driftsøkonomien). Det er laget gevinstrealiseringsplaner for disse byggeprosjektene basert på om lag samme metodikk som gevinstrealiseringsplanene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Samlet er det planlagt med netto driftsøkonomiske gevinster på om lag 380 millioner i kroner i 2031 fra disse byggeprosjektene, som utgjør om lag halvparten av økningen driftsmargin i perioden fra 2021 til 2031. I tillegg er driftsmarginen i perioden påvirket av kostnader knyttet til organisasjonsutvikling, medvirkning og ulempekostnader i forkant av innflytting i de nye byggene ved Aker og Rikshospitalet.

Endring i driftsmarginen som omtalt ovenfor måler netto endring i driftsresultatet (som en andel av inntektene) og er summen av inntekter og kostnadsgrupper som både øker mer enn inntektene (gir isolert sett en lavere driftsmargin) og mindre enn inntektene (gir isolert sett høyere driftsmargin). I perioden frem til 2032 har Oslo universitetssykehus HF planlagt med en forventning om at enkelte kostnadsposter, eksempelvis medikament- og IKT-kostnader, vil øke mer enn inntektene (og aktiviteten) i helseforetaket. Den nødvendige omstillingen og effektiviseringen av bemanning er derfor større enn det netto driftsmargin viser. Oslo universitetssykehus HF har anslått at det er nødvendig med en omstilling av bemanning tilsvarende 1,7 milliarder i perioden frem mot 2032 (inkludert gevinster fra byggeprosjektene i perioden).

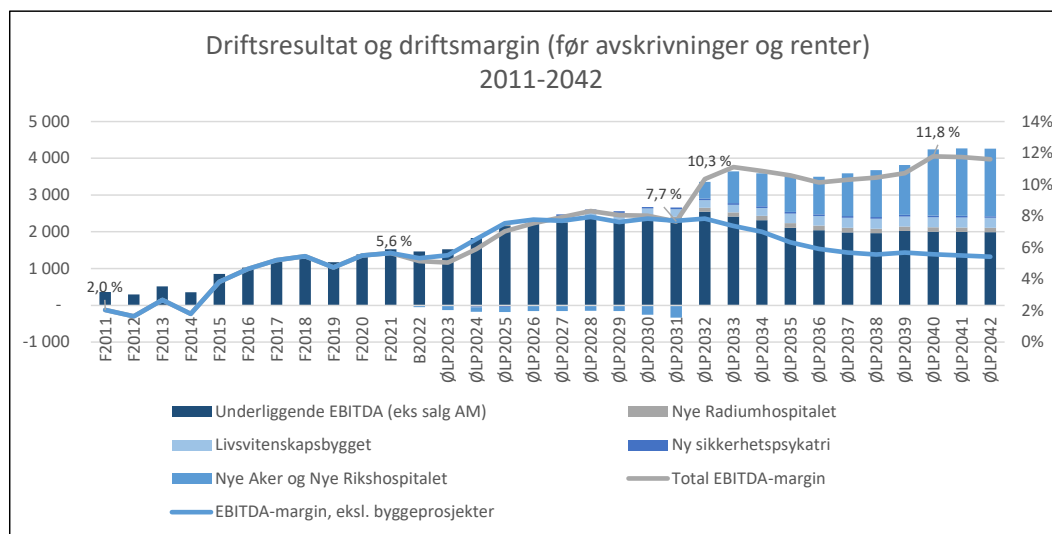
Videre har Oslo universitetssykehus HF i økonomisk langtidsplan 2023-2026 lagt til grunn en årlig produktivitetsvekst i perioden frem til innflytting på 1,3 prosent, målt ved antall produserte ISF-poeng per årsverk (somatikk). Til sammenligning hadde foretaksgruppen samlet sett en årlig produktivitetsutvikling i perioden 2015 til 2019 på 1,6 prosent (2020 og 2021 er preget av pandemi og er ikke tatt med i analysen). Oslo universitetssykehus HF hadde i samme periode en årlig produktivitetsvekst på 0,4 prosent. Oslo universitetssykehus HF har derfor planlagt med en høyere produktivitetsvekst enn de selv har realisert de siste årene, men en vekst som er på linje med produktivitetsveksten i foretaksgruppen.

Antall produserte ISF-poeng per årsverk (somatikk) påvirkes av samlet aktivitet, inklusive fordeling mellom døgn- og dagbehandling, fordelingen mellom elektiv og akutt virksomhet og kompleksitet i behandlingen. Det bør derfor utvises forsiktighet med å konkludere med et tjenesteområdes kostnadseffektivitet basert på et enkelt måltall. Tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester er også vesentlige for et helseforetaks totale kostnadseffektivitet.

Den forutsatte utviklingen i både total driftsmargin og ISF-produktivitet (somatikk) viser likevel at Oslo universitetssykehus HF står foran en krevende omstilling fram til innflytting i nye bygg. I perioden skal Nye Radiumhospitalet, Ny sikkerhetspsykiatri, Ny storbylegevakt og Livsvitenskapsbygget ferdigstilles og det er viktig at gevinstene realiseres som forutsatt i planene. I tillegg må Oslo universitetssykehus HF realisere en underliggende omstilling og effektivisering for å skape økonomiske forutsetninger til å håndtere økte kapitalkostnader fra Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

2.12.2 Driftsøkonomien i Oslo universitetssykehus HF etter innflytting i nye bygg

Etter innflytting i de nye byggene realiseres gevinstene, jamfør gevinstrealiseringsplanene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. I oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 fra Oslo universitetssykehus HF er det lagt til grunn at driftsmarginen øker fra 7,7 prosent i 2031 til 10,3 prosent i 2032. Når den midlertidige kostnaden fra ikke-byggnær IKT faller bort, øker driftsmarginen ytterligere til 11,8 prosent i 2040.



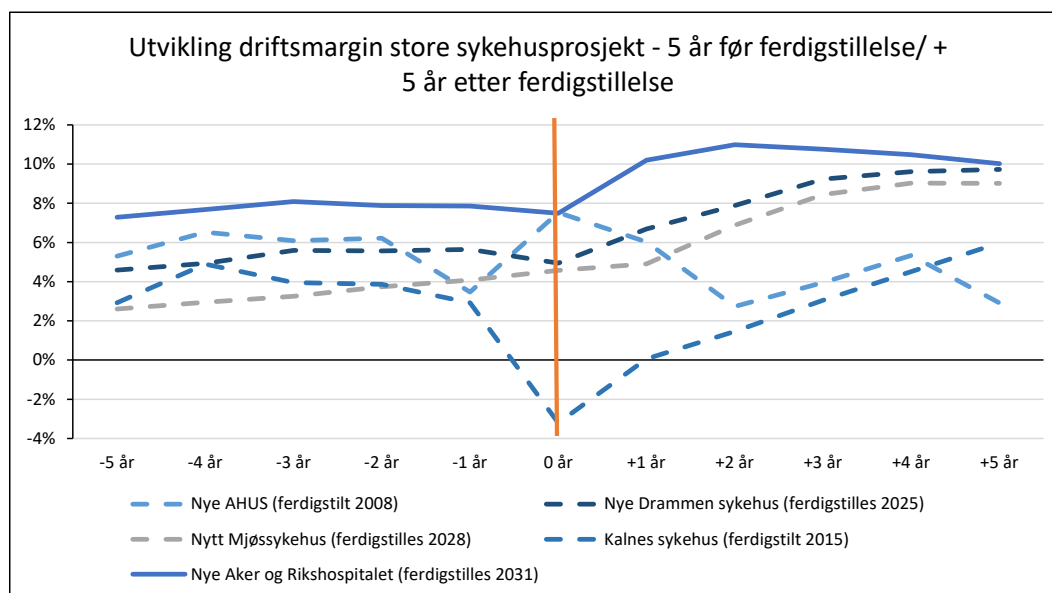
Figur 7: Driftsresultat og driftsmargin (EBITDA), eksklusiv engangseffekter og salg av anleggsmidler 2011-2042, millioner 2022-kroner

I gevinstrealiseringsplanen og oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med 1 448 millioner kroner knyttet til organisasjonsutvikling, mottaksprosjekt, flyttekostnader og ulemper i driften. Av dette er om lag 750 millioner kroner periodisert i perioden fra innflytting i 2031/32 og frem til 2036.

Figur 8 viser utvikling i driftsmargin fem år før og fem etter planlagt innflytting for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Nytt sykehus i Drammen og Nytt Mjøssykehus, samt driftsmargin fem år før og fem år etter faktisk innflytting i Nye Ahus og Nytt Østfoldsykehus. Driftsmarginen i

Figur 8 er, i tillegg til engangseffekter og salg av anleggsmidler, justert for utsatt inntekt og kapitaltilskudd (primært gjeldende for Akershus universitetssykehus HF som fikk investeringstilskudd til Nye AHUS), for å vise et sammenlignbart mål på underliggende driftseffektivitet på tvers av helseforetakene.

I likhet med både Vestre Viken HF og Sykehuset Innlandet HF har Oslo universitetssykehus HF planlagt med realisering av driftsgevinster, og økt driftsmargin, rett etter ibruktakelse av de nye byggene. Til sammenligning viser realisert driftsmargin i Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF at driftsmarginen falt noe i forbindelse med innflytting i nye sykehusbygg. Driftsmarginen for Akershus universitetssykehus HF var god det første året etter ferdigstilling, men ble deretter påvirket av innkjøringsutfordringer som følge av vesentlig økt opptaksområde to år etter ferdigstilling. Driftsmarginen for Sykehuset Østfold HF gikk fra 2,9 prosent året før ibruktakelse av Kalnes til minus 3,2 prosent i året nytt sykehus ble tatt i bruk. Sykehuset Østfold HF har deretter gradvis økt driftsmarginen, men senere enn hva som ble lagt til grunn for utbyggingen av Kalnes.



Figur 8: Driftsmargin, eksklusiv engangseffekter, salg av anleggsmidler og utsatt inntekt

For Oslo universitetssykehus HF er det ikke planlagt med vesentlige forstyrrelser i planlagt aktivitet eller drift, noe som krever god planlegging av overtakelse av byggene. Det er også planlagt med en gradvis ibruktakelse som skal gi mulighet for god drift. Tidspunktet for den initielle gevinstrealiseringsperioden sammenfaller også med det planlagte salget av Ullevål og senere salget av Spesialsykehuset for Epilepsi, og helseforetaket vil i perioden fortsatt ha økonomisk bæreevne hvis gevinstene i den første perioden etter innflytting ikke realiseres som planlagt, eller ved at ulempene knyttet til innkjøring i de nye byggene blir større enn forutsatt. Over tid er det imidlertid viktig at Oslo universitetssykehus HF realiserer gevinstene som forutsatt.

Økonomisk langtidsplan og metode for økonomisk framskrivning

For å vurdere effekter av et investeringsprosjekt på helseforetakets økonomi benytter Helse Sør-Øst økonomisk langtidsplan for å fremskrive økonomien i helseforetaket. Økonomisk langtidsplan er i faste priser og tar dermed ikke hensyn til fremtidig pris- og inntektsvekst.

I virkeligheten vil økonomien til Oslo universitetssykehus HF vokse i nominelle kroner basert på utviklingen i deflator (inntekter) og lønns- og prisvekst (kostnader). Byggelånet som kommer til betaling i form av avdrag og renter vil øke i byggeperioden avhengig av prisutviklingen og utviklingen i renter (byggelånsrenter). Når lånet kommer til avdragsbetaling, er imidlertid avdragene faste gjennom avdragsperioden, mens både inntektene og kostnadene til Oslo universitetssykehus HF vil fortsette å vokse i takt med pris- og inntektsveksten. For alt annet likt vil avdragene og rentene dermed utgjøre en stadig mindre andel Oslo universitetssykehus HF sin økonomi i nominelle kroner.

Privatøkonomisk kan dette forstås ved at de fleste normalt får en årlig lønnsøkning for å kompensere for inflasjonen. Avdragene på for eksempel et boliglån er imidlertid faste (eller annuiteten ved uendret rente) og vil over tid utgjøre en stadig mindre andel av lønnen som årlig øker med inflasjonen. Effekten kan beskrives som at «*inflasjonen spiser opp (deler av) lånet*». Siden økonomisk langtidsplan er i faste priser er ikke denne effekten hensyntatt i økonomisk langtidsplan.

På kort sikt er ikke effekten vesentlig, men på lang sikt, og særlig ved høy gjeldsandel, som er tilfellet for Oslo universitetssykehus HF fra 2032, vil fremskrivingen av økonomisk langtidsplan føre til at kapitalkostnadene ved lånefinansiering, relativt til forventet utvikling i driftsøkonomien, overvurderes. Tilsvarende vil både behovet for, og risikoen knyttet til, omstilling og effektivisering (for å betjene kapitalkostnadene) overvurderes.

Oslo universitetssykehus HF har hatt en årlig gjennomsnittlig vekst i inntekter (justert for aktivitetsvekst) på om lag tre prosent de siste 10 årene og inflasjonsmålet til Norges Bank er to prosent. Det er dermed grunn til å anta at økonomien til Oslo universitetssykehus HF vil fortsette å vokse i nominelle kroner også i fremtiden.

Under forutsetning av en fremtidig pris- og inntektsvekst på to til tre prosent, og en realrente tilsvarende gjennomsnittlig realrente i perioden 2006 til 2022, tilsvarer denne effekten en mulig reduksjon i den langsiktige driftsmarginen på om lag ett til to prosentpoeng. Jamfør forutsetningene som ligger til grunn for økonomisk langtidsplan 2023-2026 tilsvarer dette en mulig reduksjon av driftsmarginen fra om lag 11 prosent til om lag 9,5 prosent.

I sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, ble det redegjort for sensitivitetsanalyser som viser at Oslo universitetssykehus HF må realisere om lag 80 prosent av kjernedriftsgevinstene for å oppnå økonomisk bæreevne over analyseperioden. Under forutsetning av fremtidig prisvekst som beskrevet over vil Oslo universitetssykehus HF ha økonomisk bæreevne i helseforetaket ved realisering av anslagsvis 50 prosent av kjernedriftsgevinstene.

Den langsiktige driftsmarginen Oslo universitetssykehus HF har planlagt med i oppdatert økonomisk langtidsplan 2023-2026, setter et høyt ambisjonsnivå for helseforetaket og for realisering av gevinster i byggeprosjektene. Realisering av den langsiktige driftsmarginen vil gi helseforetaket god økonomisk bæreevne, med de planene som fremgår av økonomisk

langtidsplan, og likviditeten i helseforetaket er etter planen re-etablert allerede i 2042, sterkt drevet av salgene av Ullevål og Spesialsykehuset for Epilepsi i perioden 2031 til 2036. I tillegg viser analyser av forventet pris- og inntektsutvikling at økonomisk langtidsplan som rammeverk over lange tidshorisonter til en viss grad overvurderer kapitalkostnadene relativt til driftsøkonomien for øvrig, og at det under forutsetning av fremtidig pris- og inntektsutvikling, vil være et noe større økonomisk handlingsrom og lavere økonomisk risiko enn det økonomisk langtidsplan viser.

2.13 Regionens bæreevne og den driftsøkonomiske situasjonen i foretaksgruppen

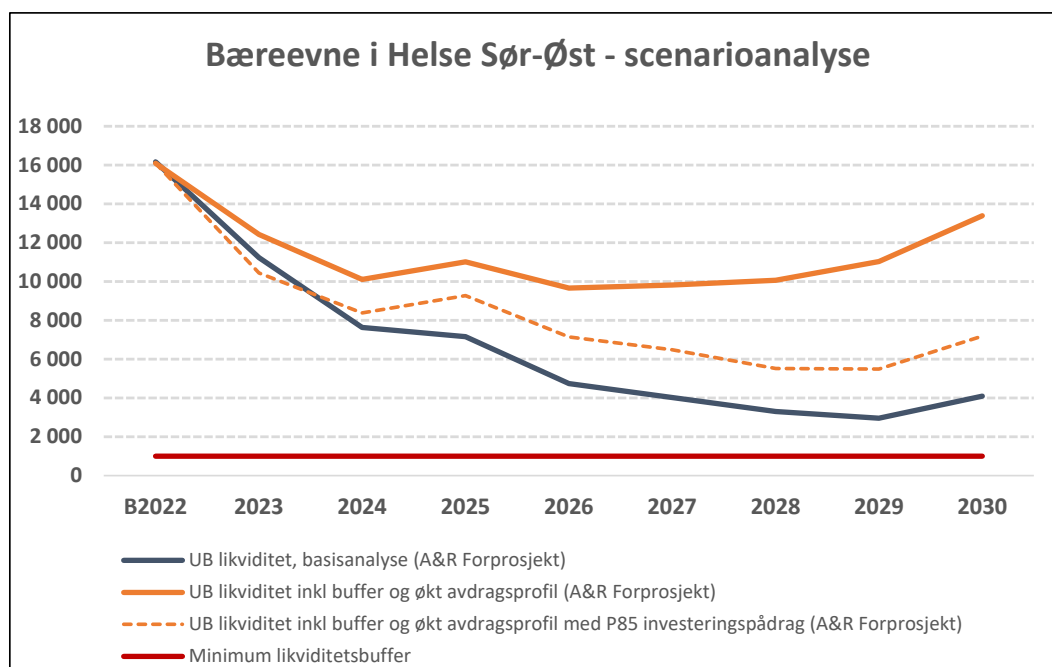
I sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026* ble det gjort rede for den økonomiske bæreevnen for foretaksgruppen. Den økonomiske bæreevnen i foretaksgruppen uttrykkes gjennom framskrivning av likviditeten målt ved utgangen av året (UB – utgående balanse). Beregningene tar utgangspunkt i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, og tar hensyn til planlagt utvikling i resultat, finansiering, ordinære investeringer og regionalt prioriterte investeringsprosjekter. Regionalt prioriterte investeringer omfatter store byggeprosjekter og nasjonale og regionale IKT-satsninger.

Beregningen av økonomisk bæreevne for helseforetaksgruppen inkluderer dermed de store byggeprosjektene i regionen som er vedtatt planlagt og gjennomført. Dette inkluderer blant annet Nytt sykehus i Drammen, Nybygg psykisk helsevern i Kristiansand, Utbygging somatikk Skien inkludert strålebygg, samling av sykehusbasert psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF, klinikk for laboratoriemedisin ved Oslo universitetssykehus HF i nytt bygg for livsvitenskap ved Universitetet i Oslo, samt prosjektene som skal realisere målbildet for Oslo universitetssykehus HF, herunder, Nye Radiumhospitalet inkludert protonsentor, Ny sikkerhetspsykiatri, Storbylegevakten samt Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

I tillegg inngår prosjekter som er videreført til konseptfase og andre prosjekter som er tatt inn som en planforutsetning, herunder videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (Mjøssykehuset), Akuttbygg Kristiansand, Kreft- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF og videreutviklingen av Oslo universitetssykehus etappe 2.

I sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026* viste analysene at det er økonomisk bæreevne for foretaksgruppen og at regional likviditet er på det laveste i 2029 med om lag tre milliarder kroner. I samme sak ble det redegjort for sensitivitetsanalyser som viser effekten på økonomisk bæreevne for helseforetaksgruppen hvis de regionale byggeprosjektene gjennomføres til kostnadsrammen (P85-estimat).

Figur 9 viser den samme sensitivitetsanalysen oppdatert med informasjon fra forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. I grafen viser den blå linjen likviditet i helseforetaksgruppen i basisanalysen som presentert i foregående kapittel. Den oransje linjen viser likviditet i helseforetaksgruppen når det justeres for resultat- og investeringsbuffer som er bygd inn i basisanalysen. I tillegg er det lagt til grunn at avdragsperioden for regionale byggeprosjektene økes til 33 år, opp fra 25 år som er grunnlaget i basisanalysen.



Figur 9: Økonomisk bæreevne for helseforetaksgruppen, inkl. buffer og P85 investeringspådrag

Den oransje, stiplede linjen viser likviditeten i helseforetaksgruppen hvis de regionale byggeprosjektene gjennomføres til kostnadsrammen (P85-estimat) i stedet for styringsrammen (P50-estimat) som ligger til grunn for basisanalysen. I analysen er det justert for at basisanalysen legger til grunn lånefinansiering basert på styringsrammen (P50-estimat) ved at det legges til grunn faktisk låneutbetaling basert på kostnadsrammen (P85-estimat).

Grafen viser at helseforetaksgruppen har en likviditetsreserve på om lag 5,5 milliarder kroner i 2029, når det tas hensyn til økonomiske buffere, økt avdragstid på lånene, låneutbetaling basert på kostnadsrammen (P85-estimat) og at prosjektene gjennomføres til kostnadsrammen (P85-estimat).

I etterkant av sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, har det tilkommet ny informasjon om prosjekter, prisutvikling, rammebetingelser og driftsøkonomiske resultater i helseforetaksgruppen. Gjennom 2022 har økonomien i spesialisthelsetjenesten generelt, i Helse Sør-Øst, og i økonomien for øvrig vært preget av høy lønn- og prisstigning, stigende renter og økt usikkerhet. I tillegg er aktiviteten (lavere enn budsjettet) og sykefraværet (høyere enn forutsatt) i helseforetaksgruppen fortsatt preget av virkninger fra pandemien.

I sak 142-2022 *Oslo universitetssykehus HF – Nye Aker og Nye Rikshospitalet, orientering forprosjekt*, ble det vist til den økonomiske situasjonen i Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF. Per oktober var det forventet et negativt budsjettavvik for foretaksgruppen i 2022 på 1 308 millioner kroner. Det negative budsjettavviket skyldes i all hovedsak lavere aktivitet enn budsjettet, høyere bemanning enn planlagt og høye varekostnader som følge av ikke-finansiert og uventet høy prisstigning. I nysalderingen av statsbudsjettet (*Prop. 19 S - Endringer i statsbudsjettet 2022 under Helse- og omsorgsdepartementet*) ble imidlertid Helse Sør-Øst RHF tilført 1 347,9 millioner kroner for å «legge til rette for at helseforetakene har økonomi som sett dei i stand til å videreføre

naudsynte investeringsplanar». Med nysalderingen er det forventet et årsresultat for 2022 om lag på nivå med det som ble forutsatt i budsjett 2022 som er grunnlaget for økonomisk langtidsplan 2023-2026 og figuren over.

For 2023 er det forventet svakere økonomiske resultater enn det som ligger til grunn for grafen i Figur 9, og det forventes inntil en halvering av helseforetaksgruppens resultat sammenlignet med økonomisk langtidsplan 2023-2026. En del av sykehusdriften er fortsatt preget av effekter fra pandemien, og aktiviteten ved enkelte helseforetak er fortsatt ikke tilbake på et normalnivå. Hvor lenge slike effekter vil vare er usikkert, men det kan ikke utelukkes at også 2024 vil være preget av de samme effektene som påvirker de økonomiske resultatene i dag. Kortvarige resultatavvik av den størrelsen som forventes i 2023 er innenfor den regionale likviditetsbufferen som vist i Figur 9, men langvarige og større resultatavvik vil kunne utfordre helseforetaksgruppens økonomiske bæreevne.

Videre har Nytt sykehus i Drammen, jamfør sak 041-2022 *Vestre Viken HF - Nytt sykehus i Drammen. Kontraktsmessige forhold*, 071-2022 *Tertialrapport 1 2022 for regionale byggeprosjekter* og sak 117-2022 *Tertialrapport 2 2022 for regionale byggeprosjekter*, gjennomført en oppdatering av usikkerhetsanalysen av basiskostnaden som viser en forventet kostnad over godkjent styringsramme. Forventet kostnad er imidlertid innenfor utfallsrommet for prosjektet som er lagt til grunn i Figur 9.

I sak 102-2022 *Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF* godkjente styret at Mjøssykehusalternativet legges til grunn for steg 2 av konseptfasen for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. I saken ble styret presentert for investeringsestimater for Mjøssykehuset som overstiger planforutsetningen som lå til grunn for økonomisk langtidsplan 2023-2026. En eventuell styrings- og kostnadsramme fra steg 2 av konseptfasen vil imidlertid være grunnlaget for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og det må forventes at en fremtidig styrings- og kostnadsramme som eventuelt er høyere enn planforutsetningen i økonomisk langtidsplan 2023-2026 er 70 prosent lånefinansiert. Basert på tilgjengelig informasjon og investeringsestimaterne fra sak 102-2022 er investeringsestimaterne for Mjøssykehuset godt innenfor utfallsrommet for prosjektet som lagt til grunn i Figur 9.

I sak 148-2022 *Oslo universitetssykehus HF - Styringsramme ny regional sikkerhetspsykiatri*, er styret presentert for oppdatert styringsramme for Ny sikkerhetspsykiatri. Styringsrammen for prosjektet er noe høyere enn det Oslo universitetssykehus HF har lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2023-2026, men som en planforutsetning har Oslo universitetssykehus HF forutsatt at det som tidligere var definert som etappe 2 for dette prosjektet (lokal sikkerhetsavdeling (LSA) og psykisk utviklingshemming og autisme (PUA)) skulle finansieres gjennom den regionale spare-/låneordningen. Jamfør sak 148-2022 legges det nå til grunn at Helse Sør-Øst RHF søker Helse- og omsorgsdepartementet om utvidet lån slik at det samlede prosjektet bevilges finansiering tilsvarende 70 prosent av foreslått kostnadsramme. Sammenlignet med planforutsetningene i økonomisk langtidsplan 2023-2026, og analysene i Figur 9 vil dette øke likviditeten i foretaksgruppen i perioden.

I økonomisk langtidsplan 2023 til 2026 ble det, i henhold til retningslinjene, lagt til grunn renteforutsetninger basert på markedsinformasjon fra januar 2022. Gjennom 2022 har rentene steget, og det forventes nå en høyere rentebane enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2023-2026. Isolert sett vil en høyere rente føre til økte

renteinntekter på bankinnskudd, og en høyere rentekostnad på lånefinansieringen. Utover 2020-tallet, i takt med ferdigstilling av byggeprosjektene, og særlig fra 2031 hvor lånet til Nye Aker og Nye Rikshospitalet kommer til betaling, vil gjeldseksponeringen til foretaksgruppen øke betraktelig. Økte renter vil dermed påvirke resultat og likviditet i foretaksgruppen negativt.

Over tid må det imidlertid forventes en sammenheng mellom rentenivået og rammebetingelsene for inntekter i foretaksgruppen, representert ved deflator. Ved varig høye renter vil det også forventes at deflator, og dermed inntektene til helseforetaksgruppen øker. Siden økonomisk langtidsplan er i faste priser (uten fremtidig prisvekst) er ikke økonomisk langtidsplan et egnet rammeverk for å estimere effekter ved langvarige endringer i pris- og rentebetingelser.

I statsbudsjettet for 2023 ble det lagt til grunn en deflator på 3,8 prosent, basert på daværende forventninger om pris- og lønnsutvikling. Samtidig anslår Norges Bank en pris- og lønnsutvikling i 2023 tilsvarende en deflator på 4,6 prosent i siste pengepolitiske rapport (3/2022). Prisveksten i 2022 har også blitt vesentlig høyere enn hva deflator i statsbudsjettet for 2022 la opp til. Fram til og med 2021 har veksten i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten samsvart med demografisk vekst, eller ligget litt over. Årene 2022 og 2023 representerer et brudd på en langvarig trend med stabil vekst i rammene for helse. Med en samlet demografisk vekst på om lag 2,5 prosent for 2022 og 2023, har behovet for vekst i basisrammen vært på mer enn to milliarder kroner for Helse Sør-Øst. Statsbudsjettet for 2023 innebærer i realiteten at Helse Sør-Øst må løse pasientenes behov for spesialisthelsetjenester i 2023 med en ramme tilsvarende 2021-nivå. Hvis realveksten ikke over tid ligger på noe over ett prosentpoeng årlig, vil det kunne ha betydelig effekt på foretaksgruppens økonomiske bæreevne.

Basert på økonomisk langtidsplan 2023-2026, oppdatert forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet og en vurdering av kjente endringer og effekter i etterkant av sak 068-2022, har foretaksgruppen økonomisk bæreevne til å gjennomføre planlagte investeringer i regionen, i henhold til planforutsetningene som ligger til grunn i sak 068-2022, samt oppdaterte forutsetninger for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Helse Sør-Øst er imidlertid avhengig av stabile rammebetingelser og at fremtidig kostnadsvekst kompenseres gjennom økte inntekter for å trygge økonomisk bæreevne i regionen.

2.14 Eierstyring av prosjektene

Helse Sør-Øst RHF vil også i gjennomføringsfasen være prosjekteier for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. I forprosjektfasen har programdirektør rapportert til prosjektstyre med ekstern leder, med representanter fra ledelsen i Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, herunder tillitsvalgte, vernetjenesten og bruker, Universitetet i Oslo, samt en ekstern deltaker.

Størrelsen og kompleksiteten på prosjektet i gjennomføringsfase tilsier forsterket eierstyring fra Helse Sør-Øst RHF. Det er vurdert ulike alternativer for videre organisering av eierstyringen, og Helse Sør-Øst RHF har innhentet synspunkter fra aktører i liknende situasjon samt rådgivere for slike. Det alternativet som gir kortest styringslinje og størst potensial for eierstyring i Helse Sør-Øst RHF, er vurdert å være en styringsgruppe med

administrerende direktør som leder. En navneendring fra prosjektstyre til styringsgruppe tilsier også en realitetsendring i form av at styringen av prosjektene trekkes inn i ledelseslinjen i Helse Sør-Øst RHF.

Styringsgruppen vil i tillegg til administrerende direktør som leder, bestå av representanter for ledelsen i Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, administrerende direktør i Sykehuspartner HF, to eksterne deltakere (inkludert leder av prosjektstyret for forprosjektfasen), en tillitsvalgt fra Oslo universitetssykehus HF samt en konserntillitsvalgt. I tillegg kommer en representant for brukere ved Oslo universitetssykehus HF og en representant fra Universitetet i Oslo som observatører.

Programdirektør vil rapportere til styringsgruppen. I Helse Sør-Øst RHF vil det opprettes en avdeling for porteføljestyling av regionens byggeprosjekter, som en forsterkning av den til nå midlertidige organiseringen av et innsatsteam for bygg. Denne avdelingen vil ha et særlig ansvar for løpende oppfølging av og dialog med prosjektorganisasjonen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Avdelingen for porteføljestyling bygg vil tildeles ansvar og fullmakter for effektivt å kunne gi løpende avklaringer overfor programdirektør og kvalitetssikre saker til styringsgruppen.

2.14.1 Samfunns mål

Utviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet, ny sikkerhetspsykiatri, sykehusarealene i Livsvitenskapsbygget og ny Storbylegevakt på Aker, sørge for at Oslo universitetssykehus HF gir et kvalitetsmessig godt og driftsmessig effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til Oslos befolkning, samt at region-, lands- og universitetsfunksjoner ivaretas på en god måte og i henhold til forutsatte planer.

Videreutvikling av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal tilpasses de føringer som fremkommer av *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* og *Regional utviklingsplan 2040* for utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv.

Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal videreutvikles sammen med Universitetet i Oslo som sentrale nasjonale arenaer for forskning, utdanning og innovasjon, integrert med pasientbehandlingen.

2.14.2 Effektmål

Følgende effektmål foreslås for gjennomføringsfasen:

- Oslo universitetssykehus HF skal innfri befolkningens behov for spesialisthelsetjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte
- Oslo universitetssykehus HF skal være tilrettelagt for effektive arbeidsprosesser og gode arbeidsforhold
- Oslo universitetssykehus HF skal ha en ledende rolle innen forskning og utdanning
- Oslo universitetssykehus HF skal ha en god og tilpasningsdyktig bygningsmasse
- Anlegget skal være mest mulig klimanøytralt i utbygging og drift, i tråd «standard for klima og miljø i sykehusprosjekter».

I sentralt styringsdokument er det etablert følgende indikatorer knyttet til effektmålene:

Effektmål	Indikator
1. Oslo universitetssykehus HF skal innfri befolkningens behov for sykehustjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte	Tilstrekkelig kapasitet i tråd med regional utviklingsplan 2035 Tilrettelagt for standardiserte og godt koordinerte pasientforløp for lands-, regions- og lokalsykehusfunksjoner Samle lands- og regionsfunksjoner med effektiv kompetanse og ressursutnyttelse Opprettholde posisjonen som ledende sykehus innen akuttbehandling, traumatologi og beredskap
2. Oslo universitetssykehus HF skal ha en ledende rolle innen forskning og utdanning	Bygningsmessige fasiliteter som muliggjør forskning, utdanning og innovasjon tett integrert med klinisk virksomhet, og som ivaretar samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitet i Oslo
3. Oslo universitetssykehus HF skal være tilrettelagt for effektive arbeidsprosesser og gode arbeidsforhold	Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer Teknologiske løsninger og automasjon som effektiviserer arbeidsprosesser ved å avlaste personell for manuelle operasjoner
4. Oslo universitetssykehus HF skal ha en god og tilpasningsdyktig bygningsmasse	Utbyggingsmuligheter for å kunne ivareta senere kapasitetsøkning (etappe 2) Det skal oppnås god sammenheng mellom eksisterende og nye bygg Fleksible bygg tilrettelagt for teknologisk og medisinsk utvikling
5. Anlegget skal være mest mulig klimanøytralt i utbygging og drift, i tråd med «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter»	Prosjektet skal oppnå karakteren «Very good» i henhold til miljøsertifiseringsordningen BREEAM-NOR

Tabell 11: Indikatorer knyttet til effektmålene

Målformuleringene vil bli endelig fastlagt ved utforming av mandat for neste fase.

2.14.3 Resultatmål

Hensyn til sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal, i alle faser og på alle nivåer ved utbyggingen, prioriteres på lik linje med funksjonelle, tekniske og økonomiske hensyn, og innarbeides i all planlegging og utførelse.

Utbyggingsarbeidene skal planlegges og gjennomføres uten alvorlige hendelser, skader på eller tap av person, materiell eller miljø.

Resultatmålene for gjennomføringsfasen vil bli bearbeidet i mandat for gjennomføringsfasen. De foreløpige resultatmålene er som følger:

- Kostnad – Prosjektet skal realiseres innenfor den vedtatte styringsrammen.
- Kvalitet – Funksjonalitet og standarder, kvaliteter og spesifikasjoner som er beskrevet i forprosjektrapporten med sine vedlegg, skal legges til grunn for gjennomføringen. Det skal tilstrebes å velge de løsninger som totalt sett gir de laveste årskostnader og gunstigste drifts- og vedlikeholdskostnader, samtidig som prosjektets rammer for kvalitet, omfang, tid og økonomi oppfylles. Det er forutsatt at sykehuset skal etableres med en nøktern og robust standard, basert på kjent teknologi. Sykehuset skal etableres med energiklasse A og passivhusstandard, og oppfylle sertifisering som BREEAM Very good.

- Tid – Oppstart av grunnarbeider er planlagt i 2024, og byggene skal være ferdigstilt slik at sykehusene er planlagt i full drift 3. kvartal 2031.
- Ytre miljø – Utbyggingsarbeidene skal planlegges og gjennomføres uten alvorlige hendelser/skader på ytre miljø.
- Ferdigstilling og ibruktakelse – Sykehuset skal overleveres uten feil og mangler som påvirker grunnlaget for en stabil drift. For å ivareta en trygg overgang mellom utbygging og drift og en robust igangsettelse, skal det tidlig etableres et felles rammeverk for hvordan arbeidet i denne fasen skal gjennomføres og som omfatter alle aktører som er involvert i arbeidet.

Utbyggingen skal skje med den nødvendige aktsomhet slik at den løpende sykehusdriften kan skje med minst mulig driftsforstyrrelser og forringet kvalitet på pasientbehandling, som følge av utbyggingen.

Prosjektorganisasjonens mandat vil bli å styre prosjektet slik at resultatmålene blir oppnådd. Målene skal brukes aktivt av alle parter i gjennomføringen, når det gjelder prosjektering, anskaffelse og utførelse.

Prosjektet skal gjennomføres uten personskader med fravær dagen etter. Ved eventuelle målkonflikter skal Sikkerhet, Helse og Arbeidsmiljø (SHA) ha høyeste prioritet. Dette gjelder både for pasienter, ansatte og besøkende til eksisterende sykehus på Aker, og entreprenører/leverandører og medarbeidere som skal gjennomføre prosjekt- og byggeaktiviteter. Dette reflekteres i underliggende styrings- og prosedyredokumenter, og i prosjektets standard kontraktbestemmelser. I prioritering mellom øvrige resultatmål, skal kostnad ha høyeste prioritet.

I eventuelle tilfeller hvor det oppstår målkonflikter skal sakene løftes til høyere beslutningsnivå for vurdering og avklaring, om nødvendig for avklaring i styringsgruppen og eventuelt til ledelsen i Helse Sør-Øst RHF.

2.14.4 Miljø og klima

Prosjektens miljømål fra konseptfasen bygger på *Grønt Sykehus Prosjektrapport II: Miljø- og klimatiltak i Bygg- og eiendomsforvaltningen i spesialisthelsetjenesten* som da var gjeldende miljøstandard for nye sykehusbyggprosjekter, og vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 098-2013.

I forprosjektet er miljømålene ytterligere konkretisert gjennom prosjektstyrets vedtak om BREEAM-NOR sertifisering, og ved at *Standard for klima og miljø i sykehusbygg* er vedtatt av Helse Sør-Øst RHF, jamfør sak 143-2021. De konkrete tiltakene som har kommet til som følge av *Standard for klima og miljø i sykehusbygg* er hovedsakelig knyttet til tiltak som reduserer klimagassutslipp.

For både Nye Aker og Nye Rikshospitalet er det lagt til grunn løsninger for de nye byggene som skal tilfredsstille kravene etter standard for passivhus (NS 3701) og energimerke A. Passivhus er bygg som har lavere energiforbruk enn vanlige bygg, og det forutsettes dermed at det legges inn tiltak som reduserer energibehovet i disse byggene. Krav om passivhusstandard følger av målene i *Grønt sykehus-rapporten*. Redusert energibehov er dessuten gunstig siden det reduserer driftskostnadene forbundet med oppvarming og kjøling av bygg i driftsfasen.

Et av de større tiltakene for å ivareta målsetting om redusert klimagassutslipp, er at det i størst mulig grad vil bli brukt betong med et lavere karbonavtrykk (lavkarbonbetong). Et annet tiltak er at byggene for psykisk helsevern på Aker skal oppføres med bæresystem i massivtre. Målene for klimagassreduksjon er ca. 20 prosent for somatikk og ca. 30 prosent for PHA sammenlignet med Sykehuset Østfold Kalnes.

Til sammenligning har Livsvitenskapsbygget mål om nesten-nullenergi. Supplerende oppdragsbrev, 11. februar 2014 definerer dette slik: «*Nesten-nullenergi for norske forhold skal ha 70 % lavere energibruk enn TEK10. Energibruken beregnes som netto levert energi til bygget.*»

I møte i prosjektstyret for Livsvitenskapsbygget 24. november 2021 ble det vedtatt en revidert definisjon på «Nesten-nullenergi»: «*Livsvitenskapsbygget skal ha 60 % lavere energibruk enn TEK10. Energibruken beregnes som netto levert energi til bygget.*». Det fremgår av saksfremlegget fra Statsbygg til prosjektstyremøtet, at forslaget til nytt energimål fremdeles vil innebære et ambisiøst mål, som sammen med mål om sertifisering til BREEAM-Excellent, gir bygget en svært god miljøprofil. Det er imidlertid besluttet å ikke gjennomføre sertifiseringsprosessen for BREEAM for å redusere kostnader.

Miljømålsettingene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet er sammenlignbare med nye sykehusbygg-prosjekter som nytt sykehus i Drammen, og nytt klinikk- og protonbygg på Radiumhospitalet med hensyn til passivhus og energimerke A. I forprosjektfasen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet har det kommet til tiltak knyttet til redusert klimagassutslipp. De samlede miljøkravene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet inkludert BREEAM-Very Good, er lavere enn for Livsvitenskapsbygget som skal møte nivå tilsvarende BREEAM-Excellent, selv om selve sertifiseringen er foreslått kuttet.

Både Nye Aker og Nye Rikshospitalet har inkludert tiltak for å realisere passivhus som er utover minstekravene i TEK17. Dette omfatter tekniske tiltak som bidrar til lavere energiforbruk, og tiltak som reduserer varmetap gjennom yttervegger. En reduksjon til minstekrav i henhold til TEK17 vil kunne redusere investeringsbehovet, men vil gi økt energiforbruk og dermed økte energikostnader. En slik endring vil medføre vesentlig omprosjektering, og sykehuset vil ikke møte prosjektenes effektmål relatert til miljø, og ikke innfri kravene til passivhus.

De to nevnte tiltakene som bidrar mest til redusert klimagassutslipp (lavkarbonbetong og massivtre på PHA Nye Aker) kan tas ut av prosjektet, og bidra til redusert investering. Kostnadskonsekvensen for lavkarbon er om lag 10-20 millioner kroner, mens kostnadskonsekvensen for massivtre for psykisk helsevern på Aker utgjør om lag 50 millioner kroner korrigert for omprosjektering. Utover miljøaspektet med hensyn til klimaavtrykk, inngår massivtre som et viktig element i byggenes egenskaper visuelt, akustisk og klimatisk. Konsekvensen av en slik endring, vil være avhengig av hvilke løsninger som velges i stedet, og er ikke utredet.

Som for Livsvitenskapsbygget er det mulig å ta ut selve sertifiseringsprosessen for BREEAM-NOR. Dette er anslått til å medføre en besparelse til 20-30 millioner kroner til sammen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

2.15 Gjennomføringsstrategi

Det foreligger overordnede føringer om at Sykehusbygg HF skal engasjeres til gjennomføring av prosjekter over 500 millioner kroner. Den etablerte prosjektorganisasjonen fra forprosjektet videreføres med ressurser fra Sykehusbygg HF til å styre arbeidet med gjennomføring av prosjektet, og lede prosjektorganisasjonen for Helse Sør-Øst RHF.

Det vil bli etablert en prosjektorganisasjon for hver av prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet, med tydelige roller og ansvar. Prosjektorganisasjonene skal ledes av erfarne prosjektdirektører med støttefunksjoner og utbyggingsområder etter modell fra tidligere og pågående sykehusprosjekter.

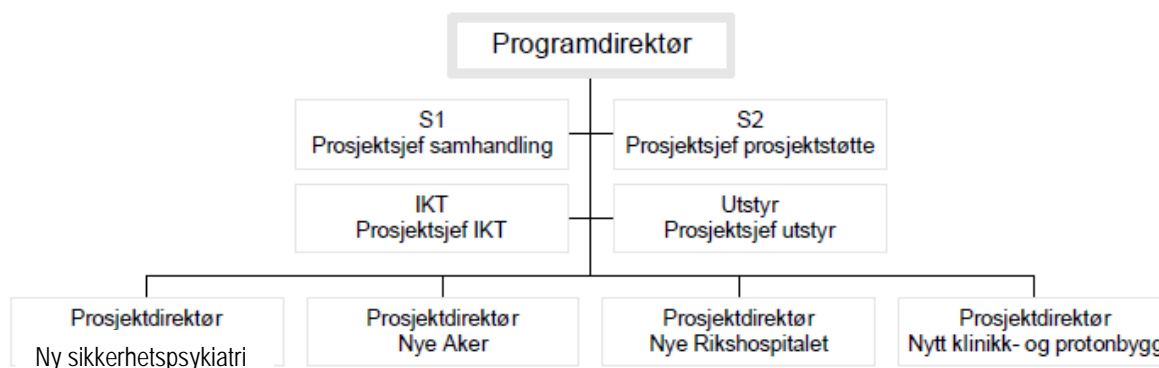
Det vil være krav til at ledende ressurser skal ha relevant erfaring fra tidligere gjennomførte prosjekter samt at det rekrutteres ressurser fra prosjektene nytt sykehus i Drammen og ved Nye Radiumhospitalet etter hvert som disse bli ferdigstilt i løpet av 2024/2025.

Prosjektorganisasjonen skal styre prosjektet basert på beste praksis, som er etablert over flere år ved gjennomføring av store byggeprosjekter.

Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil bli etablert som egne prosjekter, men det vil bli benyttet samme gjennomføringsmetodikk, og det vil legges opp til systematisk samarbeid og utveksling av informasjon på tvers av prosjektene.

2.15.1 Plan for prosjektstyring i gjennomføringsfasen

Det har siden 2016 vært etablert et eget program for å styre utbyggingsprosjektene i Oslo og Drammen. Nytt sykehus i Drammen ble skilt ut som et eget prosjekt fra januar 2020, og programledelsen fra Sykehusbygg HF har ivarettatt prosjektstyringen for prosjektene som inngår i videreutviklingen av nye Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at dagens programledelse videreføres med ansvar for samordning av prosjektene og rapportering til eier.



Figur 10: Programledelse Oslo-prosjektene

2.15.2 Styringsfleksibilitet i prosjektene

En målprioritering med kostnad foran tid og kvalitet, innebærer at prosjektene må ha stor oppmerksomhet på kostnadsstyring og kontroll gjennom hele prosjektforløpene. Dette vil ivaretas gjennom etablering av en prosjektorganisasjon med erfarne og kompetente ressurser, robuste systemer og rutiner for kostnadsoppfølging og styring, og tilhørende grundig og omfattende rapportering. I tillegg etableres tilstrekkelig styringsfleksibilitet i prosjektgjennomføringen, med hensikt å ha et handlingsrom slik at kostnader kan reduseres dersom det skulle bli behov for dette grunnet uforutsette forhold i prosjektgjennomføringen. Dette er også påpekt av ekstern kvalitetssikrer.

Styringsfleksibilitet i prosjektgjennomføringen vil ivaretas ved:

- **Fleksibel kontraktsstrategi:** Det er valgt en entreprisemodell for prosjektene med byggherrestyrte sideentrepriser. De byggherrestyrte sidestilte entreprisene planlegges gjennomført i en kombinasjon av utførelsesentrepriser (NS8405) og totalentrepriser (NS8407). Dette er en velkjent modell som er benyttet i flere av Helse Sør-Øst RHF sine sykehusprosjekter. Modellen gir forutsigbarhet og fleksibilitet for tilpasning til situasjons-bestemte forhold, og er utviklet for å sørge for god konkurranse i markedet. Det er gjennomført omfattende dialog med entreprenørmarkedet i forprosjektet, som har respondert positivt på modellen, og gitt tilbakemeldinger om at de har tilgjengelig kapasitet. Dette bekreftes også av egne analyser fra Prognosesenteret. Endelig pakkestruktur og entreprisemodell vil tilpasses hva som til enhver tid er hensiktsmessig for prosjektet og ut fra en løpende markedsutvikling.
- **Etablere kuttliste:** Kutt er en endring i prosjektet som vil kunne utfordre prosjektmålene, areal, funksjon og/eller kvalitet. Kutt kan være tiltak som isolert sett ikke er ønskelige, og som det i utgangspunktet ikke tas sikte på å realisere, men som om nødvendig kan gjennomføres. Det er som del av forprosjektet utarbeidet kuttlistene for begge prosjektene. Disse har en samlet verdi på ca. 1,2-1,8 milliarder kroner, hvilket tilsvarer ca. 4-6 prosent av basiskalkylen. Kuttlisten vil bli videreutviklet fremover, og oppdatering inngår som en fast del av halvårlige budsjettrevisjoner i prosjektet. Alle kutt skal legges frem for beslutning iht. etablerte fullmaktstrukturer før de eventuelt implementeres.
- **Optimalisering:** Prosjektoptimalisering er noe prosjektorganisasjonen sammen med Oslo universitetssykehus HF, løpende må ha søkelys på for å styre prosjektet inn mot styringsramme og fremdrift. Det skal sammen med prosjekteringsgruppen, entreprenører og leverandører arbeides systematisk for å identifisere potensiale for besparelser gjennom optimalisering. Identifiseres muligheter for økonomiske besparelser ved å velge alternative løsninger som ikke utfordrer prosjektens mål, funksjon, areal eller kvalitet, så vil disse bli besluttet implementert i henhold til etablerte fullmaktstruktur.
- **Endret utbyggingstakt:** Det er definert mulighet for å gjennomføre utbyggingen på Nye Aker i to steg, dersom likviditetssituasjonen skulle tilsi at det er nødvendig. Dette gir et potensial på å utsette investeringer i størrelsesorden 3 milliarder kroner. Det vil imidlertid måtte utredes nærmere hvordan dette påvirker driftsmessig og driftsøkonomisk risiko for Oslo universitetssykehus HF.

2.15.3 Kontraktstrategi

Nye Aker og Nye Rikshospitalet er to store og kompliserte prosjekter der planforutsetninger i forprosjektet er at sykehusene skal utvikles i parallell og ivareta den samlede aktiviteten fra Ullevål sykehus som skal flyttes til Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Prosjektene har ulike egenskaper ved at utbyggingen på Gaustad innebærer utbygging tett på sykehus i drift, som medfører behov for midlertidige løsninger under prosjektgjennomføringen og koordinering av byggeaktiviteter mot den operative driften av sykehuset for å unngå ikke-planlagte driftsforstyrrelser. Nye Aker har ikke like tette forbindelser mot sykehus i drift, men har mange forhold knyttet til omgivelser og naboer som gir viktige føringer ved valg av kontrakts- og entreprisemodell.

Utover lokale forhold styres valg av entreprisemodell av flere forhold hvor grensesnitt, gjennomføringstid, håndtering av risiko og markedsvurderinger er blant de mest sentrale.

Vedrørende vurdering av markedet er det gjennomført dialogmøter med de store bygg- og anleggsentreprenørene i regi av Entreprenørforeningen - Bygg og anlegg (EBA) for å få innspill til prosjektenes overordnede entreprisemodeller.

I gjennomføringsmodellen er det for alle fag viktig å ivareta nødvendig fleksibilitet i perioden frem til kontrahering, slik at strategien med hensyn til pakkestørrelser og sammensetning av entreprisepakker, tiltransport og entreprisemodeller løpende kan tilpasses situasjonsbestemte forhold med hensyn til endringer i markedet.

Det er på basis av dette valgt en entreprisemodell for prosjektene med byggherrestyrte sideentrepriser. De byggherrestyrte sidestilte entreprisene planlegges gjennomført i en kombinasjon av utførelsesentrepriser (NS8405) og totalentrepriser (NS8407).

Modellen er en velkjent modell som er benyttet i flere av Helse Sør-Øst RHF's sykehusprosjekter. Den gir forutsigbarhet og fleksibilitet for tilpasning til situasjonsbestemte forhold. Endelig pakkestruktur og entreprisemodell vil derfor skje på grunnlag av hva som til enhver tid er hensiktsmessig for prosjektet og løpende markedsutvikling.

I forbindelse med konseptfasen ble det gjort overordnede vurderinger av gjennomføringsstrategi. Man konkluderte med at prosjektene ikke var egnet for en tradisjonell totalentreprise, og/eller varianter med samspill i forprosjekt og overgang til totalentreprise ved gjennomføring. Bakgrunnen for dette er prosjektenes omfang, gjennomføringstid og behov for utvikling av løsninger gjennom prosjekteringsfasene i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF.

Denne vurderingen er i forprosjektet bekreftet gjennom markedsdialogen med de store bygg- og anleggsentreprenørene. Prosjektene er i omfang for store og innebærer dermed for stor risiko til at det norske entreprisemarkedet vil inngå totalentreprise som omfatter komplett leveranse av ett sykehus.

2.15.4 Kuttliste

Som en del av forprosjektet er det etablert en kuttliste for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Hensikten med kuttlistene er å oppnå en styringsfleksibilitet på omfang og å gi mulighet til å redusere kostnader dersom det skulle bli behov for dette i prosjektgjennomføringen. Før en eventuell beslutning om gjennomføring av kutt vil det bli gjort vurdering av effekt for fremtidige driftskostnader.

Det skilles mellom kutt og optimaliseringer. Kutt er en endring i prosjektet som vil kunne utfordre prosjektmålene, areal, funksjon og/eller kvalitet. Prosjektoptimalisering er noe prosjektorganisasjonen sammen med Oslo universitetssykehus HF løpende må ha søkelys på for å lede prosjektet inn mot styringsramme og ønsket fremdrift.

Kuttlisten for Nye Aker utgjør 640–890 millioner kroner og for Nye Rikshospitalet 550–950 millioner kroner. Arbeidet med kuttlisten vil videreføres og inngå i sentralt styringsdokument.

2.15.5 Grensesnitt til andre prosjekter

Rokade og midlertidig redningshelikopterplattformen på Rikshospitalet har vært organisert som egne prosjekter, som ivaretas av Oslo universitetssykehus HF. Disse prosjektene inngår således ikke i forprosjektet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Grensesnittene mellom prosjektene er definerte, og vil bli ivaretatt på hensiktsmessig måte også i det videre arbeidet. Framdrift og kostnader for rocade og helikopterplattformen er ivaretatt i økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF. Styret redegjøres nærmere om rocadeprosjektet i egen sak 147-2022 *Oslo universitetssykehus HF - Rokadeprojekt Nye OUS (beslutning)*.

2.16 Reguleringsplanprosessen

Utgangspunktet for reguleringsprosessen på Aker og på Gaustad er planprogrammet som ble fastsatt av Oslo bystyre i mars 2018 (Aker) og i februar 2019 (Gaustad). Planprogrammene stiller krav til konsekvensutredning og gir føringer for utforming av reguleringsplanene.

I tett dialog med Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune er det utarbeidet detaljreguleringsplaner med reguleringsplankart og reguleringsbestemmelser som gir juridisk bindende rammer og føringer for prosjekteringsarbeidet.

Våren 2021 ble reguleringsplanen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet lagt ut til førstegangs offentlig ettersyn og høring, og flere justeringer ble tatt inn i planene.

I april 2022 besluttet regjeringen at reguleringsplanen for Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal behandles som statlig plan for å sørge for nødvendig forutsigbarhet for fremdriften i planarbeidet. Dette innebærer at rollen som planmyndighet er overført fra Oslo kommune til Kommunal- og distriktsdepartementet.

I mai 2022 ble planforslaget lagt ut til andregangs høring og offentlig ettersyn. Etter at høringsfristen utløp 8. juli 2022, har Kommunal- og distriktsdepartementet arbeidet med å sluttbehandle reguleringsplanen før endelig vedtak. Det forventes at planen blir godkjent omkring årsskiftet.

2.17 Oppgavedeling og bydelsfordeling i Oslo

I henhold til styresak 063-2022 *Driftsorienteringer fra administrerende direktør*, er det etablert et prosjekt som ser på oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo. Hensikten er å ivareta et mest mulig sammenhengende og enhetlig behandlingstilbud til pasientene med færrest mulig vekslinger. Samtidig er det nødvendig å benytte eksisterende og planlagt kapasitet best mulig. Prosjektet skal foreslå en hensiktsmessig og faglig god fordeling av oppgaver mellom sykehusene slik at planlagt kapasitet ved Oslo universitetssykehus HF og allerede eksisterende kapasitet ved Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus benyttes best mulig. I dette er det flere forhold som må vurderes, blant annet om forutsetningene om økt egendekning hos de to private sykehusene kan realiseres fullt ut og om det er hensiktsmessig å etablere akuttkirurgi ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. En eventuell endring i disse forutsetningene, kan medføre behov for å vurdere endring i øvrig oppgavefordeling eller bydelsfordeling mellom sykehusene.

I tillegg skal prosjektet vurdere om bydelene Alna, Grorud og Stovner kan overføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF på et tidligere tidspunkt enn opprinnelig planlagt. Alna er planlagt overført ved ibrukstakelse av Nye Aker i 2031, mens overføringen av Grorud og Stovner ligger an til en overføring i 2035 knyttet til en framtidig kapasitetsutbygging ved Oslo universitetssykehus HF i etappe 2. Siden kapasiteten ved Akershus universitetssykehus HF er presset, vil en tidligere overføring utsette behovet for investering i nye bygg ved Akershus universitetssykehus HF. Oppdaterte befolkningsframskrivninger fra SSB 2022 viser en lavere befolkningsvekst i Oslo enn befolkningsframskrivningen fra 2018, som ligger til grunn for dimensjonerende kapasitet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Prosjektet vil ha to delleveranser. Den første er å avklare om somatisk aktivitet for Alna kan overføres til Oslo universitetssykehus HF når de nye byggene på Radiumhospitalet og Storbylegevakten tas i bruk, tentativt i 2025/2026. I dette inngår å vurdere hvordan kapasiteten som nå er regulert i en avlastningsavtale mellom Diakonhjemmet Sykehus og Akershus universitetssykehus kan benyttes videre. I henhold til dagens avtale tar Diakonhjemmet sykehus imot inntil ti akuttpasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stover daglig. Ved en tidligere overføring av Alna fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF, vil ikke Akershus universitetssykehus HF lenger ha behov for denne avlastningen. En tidligere overføring av Alna har ingen avhengigheter til øvrige deler av prosjektet for Nye Oslo universitetssykehus. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil få saken til behandling tidlig i 2023.

Andre del av prosjektet ser spesielt på tre forhold: Skal Lovisenberg sykehus ha akuttkirurgi, potensial for økt egendekning hos de private ideelle sykehusene og fordeling av bydeler mellom sykehusene. I arbeidet legges det til grunn at sykehusene skal ha et mest mulig helhetlig spesialisthelsetjenesteansvar for egne bydeler, altså både somatisk virksomhet og psykisk helsevern. I tillegg skal det i del to av prosjektet vurderes om

somatisk aktivitet for Grorud og Stovner kan overføres fra Akershus universitetssykehus HF allerede når etappe én av Nye Oslo universitetssykehus er ferdigstilt. Denne overføringen er i eksisterende planer knyttet til utbyggingsetappe to, som foreløpig ikke er iverksatt. Beslutning om samlet overføring av psykisk helsevern i etappe en for disse tre bydelene ligger fast.

Prosjektet består, i tillegg til medarbeidere i Helse Sør-Øst RHF, av medarbeidere, fagdirektører og tillitsvalgte fra de berørte helseforetakene/sykehusene samt en representant fra regionalt brukerutvalg og Oslo kommune. Prosjektet rapporterer til en styringsgruppe, ledet av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF med deltagelse av administrerende direktører fra de berørte helseforetakene/sykehusene samt en representant fra Oslo kommune. Arbeidet er godt forankret i Oslo Kommune og delleveranse to vil sendes på høring før saken kommer til behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.

2.18 Vurdering av trinnvis utbygging

Styret i Helse Sør-Øst RHF har på bakgrunn av den generelle utviklingen i foretaksgruppens samlede økonomi, gjort vedtak om at nye store byggeprosjekter i hovedsak skal baseres på kapasitetsbehov, og at trinnvis utbygging skal utredes for alle nye store byggeprosjekter, for å tilpasse investeringene til regionens økonomiske bæreevne. Gjennomføringen av prosjektene til Oslo universitetssykehus HF har prioritet, fordi prosjektene delvis er i utbyggingsfase, slik som Nytt klinikkbygg og protonsenters på Radiumhospitalet, og Livsvitenskapsbygget, eller er godkjent og gitt lånefinansiering over statsbudsjettet.

Videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF gjennomføres som trinnvis utbygging med etablering av nye Oslo storbylegevakt på Aker i 2023, nytt klinikk- og protonbygg på Radiumhospitalet i 2024, Livsvitenskapsbygget i 2026, ny sikkerhetspsykiatri på Ila i 2026, og Nye Aker og Nye Rikshospitalet i to etapper med planlagt idriftsettelse i 2031 for etappe 1. Trinnvis utbygging åpner for at prosjekteier kan vurdere å stanse eller utsette deler av gjenstående arbeider i ett eller flere prosjekter, for å gi prioritet til andre, høyere prioriterte prosjekter.

Videreutviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet er planlagt med utbygging i to etapper. Ved oppstart av konseptfasen (2018) var det lagt som forutsetning at føde, kvinne, barn, øye og stråleterapi sammen med administrasjon, laboratoriefag og forskningsarealer skulle inngå i etappe 2 av utbyggingen. Oslo universitetssykehus HF gjennomførte sommeren 2018 en risikovurdering av gjenværende virksomhet på Ullevål mellom etappe 1 og 2 i denne modellen. Vurderingen viste spesielt høy risiko for øyeblikkelig hjelp for barn og fødselshjelp, og det ble som en følge av dette gjennomført en tilleggsutredning med tilhørende areal- og kostnadmessige konsekvenser av å inkludere nevnte funksjoner i etappe 1. Denne ble lagt frem for styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med første gangs behandling av konseptrapporten, og styret vedtok at denne skulle utvikles til en tilleggsutredning til konseptrapporten. Konseptrapport for fagområdene gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer forelå i 2019, og ved behandling av konseptrapporten i juni 2019 (sak 050-2019) besluttet styret i Helse Sør-Øst RHF å inkludere barn, føde og gynekologi i etappe 1.

Innholdet i etappe 2 er senere endret gjennom muligheten for å innplassere deler av Klinikk for laboratoriemedisin i Livsvitenskapsbygget. Løsningen innebærer at samling av laboratoriefag og forskningsarealer kan realiseres tidligere enn i etappe 2 av Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

I konseptfasen ble det i regi av Oslo universitetssykehus HF gjort risikovurderinger av faseforskyvning av byggefasene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Med faseforskyvning menes i denne sammenheng at det ene sykehuset ferdigstilles ca. fem år senere enn det andre. Det ble gjort risikovurdering både av å ferdigstille Nye Aker først og Nye Rikshospitalet først. Begge risikovurderingene viste at en slik faseforskyvning er negativ for den kliniske driften, innebærer generelt stor risiko og ble derfor ikke forfulgt videre.

Det fremgår av Helse Sør-Øst RHF styrets vedtak i juni 2019 (050-2019) at:

Utbyggingen ved Aker og Gaustad skal skje parallelt, men trinnvis, for å redusere gjennomføringsrisiko, oppnå at deler av bygningsmassen kan tas i bruk tidligere og styrke økonomisk bærekraft. Styret skal forelegges plan for trinnvis utbygging i forbindelse med godkjenning av oppstart av forprosjekt.

Som en oppfølging av dette ble det utarbeidet en analyse av trinnvis utbygging, dokumentert i rapport våren 2020. I denne analysen ble det gjort vurderinger av flere alternativer for trinnvis gjennomføring av prosjektene og effekter av tidligere ibruktakelse av hele eller deler av bygningsmassen. Beregningene viste negativ nåverdi (ved 4 prosent diskonteringsrente) som følge av tidligere finansieringspådrag, og negative effekter av byggelånsrenter. Det var ingen klar konklusjon på at tidligere ibruktakelse ville styrke økonomisk bærekraft på foretaksnivå. Rapporten ble forankret med foretakstillitsvalgte og leder av brukerrådet i en egen prosess høsten 2020. Styret i Helse Sør-Øst RHF ble orientert om dette arbeidet i sak 124-2020 *Oslo universitetssykehus HF – oppstart forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet*. Rapporten konkluderte med at ferdigstillelse av bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på Nye Aker er et naturlig alternativ å vurdere nærmere, mens det for Nye Rikshospitalet pekes på at det er et potensial for å ferdigstille to bygg ved inngangen for overlevering til klinisk drift ett år tidligere enn øvrig overlevering.

Det er i forprosjektet gjort en nærmere vurdering av om det lar seg gjøre å bygge enkelte bygg eller delprosjekter ved Nye Aker eller Nye Rikshospitalet som separate byggetrinn. Hensikten er å kunne gi prosjekteier mulighet for å revurdere omfang, innhold, tidspunkt for gjennomføring eller stanse utbyggingen av senere byggetrinn, i tilfelle det skulle oppstå en likviditetsmessig situasjon som krever det.

Nybygg for somatikk ved Nye Aker utgjør kritisk linje i prosjektet, og er etter en forberedende fase i 2023, planlagt bygget i tidsrommet 2024 til 2031. Tidspunkt for bygging av nybygg for psykisk helsevern og avhengighet (PHA), samt flere av eksisterende bygg som er planlagt bygget om, er mer fleksibelt. Dersom det som følge av samlet gjennomføringsrisiko eller usikkerhet knyttet til kostnadsutvikling oppstår behov for å gjøre en ny vurdering av prosjektets rammer og omfang, gir dermed planen et mulighetsrom for å avvente eller stanse ombygging av bygg 28 og 60 og nybygg planlagt for PHA. Endelig beslutning om ikke å igangsette dette arbeidet må senest besluttes 1,5 til 2 år før planlagt byggestart for disse delprosjektene. Det vil si senest medio 2024 for PHA i sør, 2026 for PHA

i midt og ved årsskiftet 2026/27 for PHA nord, dersom forprosjektets fremdriftsplan skal holdes. Byggene som kan utsettes til et senere byggetrinn, utgjør om lag 46 000 kvadratmeter til en samlet prosjektkostnad på om lag tre milliarder kroner. En slik beslutning vil få konsekvenser for drift, og krever at det gjennomføres grundige vurderinger av de samlede konsekvenser før tiltaket eventuelt besluttes.

Ved Nye Rikshospitalet utgjør bygg J kritisk linje, og skal som for somatikken ved Nye Aker, bygges ut fra 2024 til 2031. Samling av funksjoner for barn og ungdom i bygg M og N på Nye Rikshospitalet er planlagt med byggestart i 2025 grunnet mer omfattende forberedende arbeider og avhengighet til Oslo universitetssykehus HF sitt rokadeprosjekt. Bygg M og N er likevel mindre i omfang enn bygg J, og har derfor kortere byggetid. Det er sett på om også dette bygget kan gjennomføres som et separat byggetrinn. Denne løsningen viser seg å være negativ for den kliniske driften, ettersom det innebærer at det planlagte nye barnesenteret ikke blir realisert. I tillegg er det større fysiske avhengigheter og grensesnitt på bygningsmassen på Nye Rikshospitalet enn for Nye Aker. Denne løsningen er derfor ikke anbefalt i forprosjektet.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Prosjektutløsende faktorer springer ut av et stort behov for å erstatte gamle, uhensiktsmessige bygg og at det må planlegges for økt sykehuskapasitet. I tillegg har det fra etableringen av Oslo universitetssykehus HF ligget en klar målsetting om en samling av lands- og regionfunksjonene. Samling av funksjoner skal sørge for bedre kvalitet i pasientbehandlingen og god ressursbruk, deriblant av medisinsk teknologisk utstyr, bygningsmessig infrastruktur og personell.

Etter administrerende direktørs vurdering foreligger det et forprosjekt som legger til rette for funksjonelle løsninger og gode forhold for brukere og ansatte.

Prosjekteringen har vært gjennomført i samarbeid med ansatte og brukere i Oslo universitetssykehus HF, og forprosjektet svarer på og dekker de krav som er satt til en forprosjektfase gitt av veileder for tidligfaseplanlegging.

Kalkylene fra forprosjektet med tilhørende økonomisk usikkerhetsanalyse gir en økonomisk styringsramme (P50-estimat) for Nye Aker på 17 962 millioner kroner (prisnivå januar 2021) inkludert investeringer i ikke-byggnær IKT på inntil 762 millioner kroner. Kalkylene fra forprosjektet med tilhørende økonomisk usikkerhetsanalyse gir en økonomisk styringsramme (P50-estimat) for Nye Rikshospitalet på 18 083 millioner kroner (prisnivå januar 2021) inkludert investeringer i ikke-byggnær IKT på inntil 783 millioner kroner. Kostnader til tomteerverv kommer i tillegg for begge prosjektene. Administrerende direktør konstaterer således at styringsrammen fra konseptfasen, jf. styresak 063-2020, dermed opprettholdes med en mindre økning på 525 millioner kroner som følge av fornyet usikkerhetsanalyse, hvilket utgjør under 2 prosent. Basiskalkylen er uendret. Det bemerkes imidlertid at produksjonskjøkken, sykehotell og stort auditorium ikke lengre inngår i de økonomiske rammene. Samtidig har prosjektet tatt inn høyere prioriterte behov fra fagrapportene inklusive langt flere isolater og en full samling av barn og ungdom på Nye Rikshospitalet. Et stort auditorium er erstattet av to seminarrom, og dette oppfattes å være

en god løsning. En sammenligning av nivå på byggekostnader og avsetning for usikkerhet med andre sykehusbyggprosjekter, viser at de økonomiske rammene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet fremstår robuste. Administrerende direktør tilrår derfor at nevnte beløp fastsettes som styringsrammer, P50-estimat, for det respektive prosjektet.

Analysene av økonomiske bæreevne viser at prosjektet Nye Aker og Nye Rikshospitalet har positiv netto nåverdi ved tre prosent diskonteringsrente. Dette gir grunnlag for en håndterbar foretaksøkonomi over tid. Hvis prosjektet ikke gjennomføres som planlagt, vil ikke gevinstene til prosjektet realiseres, og det vil ikke være lønnsomt å utsette prosjektene. Dersom prosjektet utsettes, vil Oslo universitetssykehus HF måtte håndtere nødvendig omstilling, effektivisering og samlokalisering for en langsiktig bærekraftig utvikling av helseforetaket, med færre virkemidler. Da vil Oslo universitetssykehus HF begrenses av at oppgavene må løses innenfor eksisterende bygningsmasse, utstyr, IKT, supplert med investeringer gjennom ordinære budsjettprosesser.

Utviklingen framover vil følges opp nøye med sikte på å normalisere den driftsøkonomiske situasjonen ved helseforetakene og å redusere risiko i porteføljen av regionalt prioriterte byggeprosjekter. Kortvarige variasjoner i den økonomiske utviklingen påvirker den økonomiske bæreevnen i liten grad, men varige negative resultater vil på mellomlang sikt kunne påvirke likviditetssituasjonen i regionen.

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet metodisk og grundig med vurderinger av økonomiske konsekvenser og har utarbeidet detaljerte gevinstrealiseringsplaner. Planene fremstår som velfunderte og gjennomarbeidet, også sammenlignet med andre forprosjekter i regionen. Planene representerer et solid grunnlag for organisasjonsutviklingsarbeidet i tiden frem til innflytting og gjennom den første perioden frem til driftssituasjonen er stabil i det nye bygningskomplekset. Administrerende direktør legger til grunn at Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt arbeid med organisasjonsutvikling, og at tiltak som sørger for økonomisk effektivisering i tråd med planene i forkant av innflytting iverksettes.

Oslo universitetssykehus HF må også arbeide videre med planer for effektivisering i forkant av, og ytterligere gevinstuttak i etterkant av prosjektet, for å understøtte nødvendig økonomisk utvikling. Det er også viktig at Oslo universitetssykehus HF forankrer gevinster som foreløpig kun er identifisert på helseforetaksnivå, ned på avdelingsnivå. Videre må gevinstrealiseringsplanene holdes oppdatert i tråd med etablert praksis i foretaksgruppen.

Prosjektet har en størrelse og kompleksitet som innebærer en betydelig økonomisk risiko. Oslo universitetssykehus HF må følge de økonomisk omstillings- og gevinstplaner som er lagt. Dette vil bli krevende og kan stille helseforetaket i situasjoner hvor det står mellom nye satsningsområder og å oppnå nødvendig økonomisk utvikling. Arbeid med gevinstrealisering, ved siden av sikker og stabil drift, må være styrende for alle aktiviteter i årene fremover.

Det er nå nødvendig å gjennomføre planene for å imøtekomme de prosjektutløsende behov ved Oslo universitetssykehus HF. Gjennom forprosjektarbeidet har konseptfasens forutsetninger blitt stadfestet, og det foreligger et gjennomførbart prosjekt som svarer best på de behov som er identifisert blant de prosjektvarianter som er utredet. Gjennomføring på Ullevål har også blitt utredet, og styret konstaterte i sak 050-2019 at Ullevål-alternativet

også kunne gi tilfredsstillende bygningsmessig funksjonalitet og kapasitet, men ville innebære mer nybygg og dermed gjennomføring over lenger tid og til vesentlig høyere kostnader. Ullevål-alternativet er dermed ikke bærekraftig og ble lagt bort.

Dette er et stort og omfattende prosjekt hvor det også vil være risiko knyttet til gjennomføringen. Administrerende direktør forutsetter at det gjennom hele prosjektforløpet arbeides målrettet med å optimalisere prosjektet og definere tiltak som kan bidra til å redusere kostnadsnivået, slik at det etableres størst mulig grad av trygghet for at prosjektet kan gjennomføres innenfor styringsmålet. Det legges til grunn at prosjektet gjennomføres slik at det ferdigstilles for gradvis ibruktakelse i 2031. Styret vil holdes orientert om fremdriften i prosjektet.

Videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF er i seg selv en trinnvis utvikling, som allerede er igangsatt. Nytt klinikkbygg og protonsentre på Radiumhospitalet er under oppfølging, og det samme er ny storbylegevakt og nytt livsvitenskapsbygg. De to sistnevnte med andre byggherrer. Om ikke lenge vil det også bli forelagt styret en beslutningssak om byggestart for ny regional sikkerhetsavdeling. Det har blitt gjennomført en lang og grundig utredning over flere år, og som del av dette har det også blitt utredet andre gjennomføringsløsninger enn den som nå er forelagt i forprosjektet. De risikovurderingene som ble gjennomført av Oslo universitetssykehus HF i 2018, og som ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF som sak 006-2019, pekte på at det er en utbygging i etappe 1 som også inkluderer gynekologi, fødselshjelp og barnesykdommer, i tillegg til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Groruddalen, som vil gi sikrest og mest effektiv drift.

Dersom det som følge av samlet gjennomføringsrisiko eller usikkerhet knyttet til kostnadsutvikling oppstår behov for å gjøre en ny vurdering av prosjektets framdrift, rammer og omfang, gir planen et mulighetsrom for å avvente ombygging av bygg 28 og 60 på Aker, og nybygg planlagt for PHA. Administrerende direktør anbefaler at mulighetene og konsekvensene av en justert fremdriftsplan for psykisk helse og avhengighet på Aker er et område som det ses nærmere på, med tanke på utbyggingstakt og risiko. Byggene som kan vurderes forskjøvet i tid, utgjør om lag 46 000 kvadratmeter til en samlet prosjektkostnad på om lag tre milliarder kroner. Med dette videreføres arbeidet med en trinnvis utvikling, hvor det vurderes om deler av bygningsmassen kan tas i bruk stegvis.

Vedrørende målprioritet, så understrekes det at alle tiltak, også innenfor miljø, vil underlegges samme prioritetsvurdering som øvrige tiltak, dersom prosjektet kommer i en krevende økonomisk situasjon. Videre skal det i gjennomføringsfasen arbeides med å skaffe alternative finansieringskilder for miljøtiltak.

Det er tidligere gjennomført vurderinger som peker på betydelig gevinst knyttet til samlokalisering av funksjoner og fagmiljøer. Denne samlokaliseringen kommer i stand ved at antall lokalisasjoner reduseres fra dagens tre lokalisasjoner ved Ullevål, Aker og Rikshospitalet, til fremtidens to lokalisasjoner ved Aker og Rikshospitalet. Nye Aker og Nye Rikshospitalet er en samlet og helhetlig løsning med fokus på samlokalisering av tilsvarende funksjoner for å ivareta effektiv og kompetent sykehusdrift for fremtiden. Enkelte bygg innen psykisk helse og avhengighet kan forskyves noe ut i tid, men planene bør fortsatt realiseres på sikt, da dette framstår som den løsningen som best legger til rette for god sykehusdrift i et langsiktig perspektiv.

Basert på evalueringen av nytt Østfoldsykehus, Kalnes, vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med *Regional utviklingsplan 2035* at nye sykehusbygg deretter skulle dimensjoneres med middels utnyttelsesgrad og åtte timers åpningstid på poliklinikk. Nye sykehusbygg på Aker og Rikshospitalet er dimensjonert under slike forutsetninger, og basert på SSB sin befolkningsframskriving fra 2018 og aktivitetsnivået i 2017. Oppdatering av befolkningsframskrivingene siden den gang, viser at byggene er robust dimensjonert. Dette er også lagt som forutsetninger for det pågående arbeidet med oppgave- og bydelsfordeling i Oslo. Standardromskatalogen er videreutviklet, og det er tatt egne hensyn til arealbehovene for funksjoner på Rikshospitalet som krever dette. Det er stor grad av fleksibilitet i bruken av enkelte typer sengerom, som intermediære senger og intensiv, mens ordinære sengerom er planlagt som ensengsrom. Dette er blant annet begrunnet med smittevern hensyn.

Gjennomføringen av to store og komplekse prosjekter som Nye Aker og Nye Rikshospitalet, krever kompetanse og kapasitet i prosjekteierstyringen. For å ivareta dette vil det bli jobbet videre med målprioritet og styringsfleksibilitet gjennom bearbeiding av både mandat og styringsdokument. Størrelsen og kompleksiteten på prosjektene i gjennomføringsfasen tilsier forsterket eierstyring fra Helse Sør-Øst RHF. I forprosjektfasen har programdirektør rapportert til prosjektstyret som har hatt ekstern leder. I gjennomføringsfasen anbefaler administrerende direktør en styringsgruppe med administrerende direktør som leder. Med dette trekkes styringen av prosjektene inn i ledelseslinjen i Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør vil på denne måten forsterke prosjekteierstyringen.

Administrerende direktør ber om fullmakt til å utforme mandat for gjennomføringsfasen innenfor de rammer som fremgår av denne saken.

Administrerende direktør anbefaler at styret godkjenner forprosjekt for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF, og ber om at det legges til grunn for den videre gjennomføringen av prosjektet. Administrerende direktør anbefaler at prosjektene Nye Aker og Nye Rikshospitalet videreføres til gjennomføringsfasen under forutsetning av at tilhørende reguleringsplaner vedtas.

Trykte vedlegg:

- Oslo universitetssykehus HF, Sak 96/2022 Forprosjektrapport Nye Aker og Nye Rikshospitalet
- Oslo universitetssykehus HF, protokoll fra styremøte 2. desember 2022
- Oslo universitetssykehus HF, drøfteprotokoll datert 23. november 2022

Utrykte vedlegg:

- [Forprosjektrapport Nye Aker](#)
- [Forprosjektrapport Nye Rikshospitalet](#)