

Helseforetaksmodellen må avvikles. Nye OUS må omprosjekteres.

Innspill til Helsereformutvalget

Redd Ullevål sykehus er en medlemsforening med 1800 betalende medlemmer. Vi har i flere år undersøkt planleggingen av Nye Rikshospitalet og Nye Aker, investeringsøkonomien, kapasiteten og konsekvensene for resten av spesialisthelsetjenesten. Vår konklusjon er klar: Dagens helseforetaksmodell og finansieringssystem har ført sykehusene inn i en uforsvarlig økonomisk og organisatorisk situasjon. Nye OUS er det tydeligste eksemplet.

Helseforetaksmodellen må avvikles og erstattes med demokratisk styring, reell stedlig ledelse og sterkere klinisk innflytelse. Staten må finansiere større sykehusinvesteringer uten at renter, avskrivninger og gjeld skal dekkes gjennom kutt i pasientbehandlingen. Nye OUS må omprosjekteres med Ullevål som videreutviklet akuttsykehus.

Et sykehus i krise – OUS' egne tall

Ved utgangen av august 2026 sto 18 296 pasienter på venteliste ved Oslo universitetssykehus (OUS), 2 391 flere enn året før. Antallet fristbrudd blant ventende pasienter var 310.

Gjennomsnittlig ventetid var 72 dager, syv dager lenger enn året før. Ventetidene lå over målene i somatikk, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Bemanningen lå i siste rapporterte måned 498 månedssverk over budsjett. OUS rapporterte samtidig at operasjonsaktiviteten ikke økte som planlagt, at operasjonsstuen ble dårligere utnyttet enn forutsatt, og at planlagte produktivetsgevinster uteble. Dette er ikke et sykehus med rom for ytterligere nedbygging av kapasitet.

Årsprognosen for 2026 var redusert fra 717 til 437 millioner kroner, mens økonomisk langtidsplan forutsatte et resultat på 924 millioner kroner i 2027. OUS må dermed mer enn doble resultatet på ett år dersom målet står fast. Sykehuset rapporterer selv at eksisterende tiltak ikke gir tilstrekkelig effekt.

I økonomisk langtidsplan er investeringene i 2027–2046 anslått til om lag 85 milliarder kroner, hvorav 59,6 milliarder gjelder nye sykehusbygg. Ved innflytting i Nye Rikshospitalet og Nye Aker anslår OUS økte årlige avskrivninger på om lag 2 milliarder kroner og økte byggregrelaterte renter på om lag 1,4 milliarder kroner i 2032. Kravene til effektivisering skjerpes dermed ytterligere mens kapasiteten allerede er presset.

Gevinstene uteblir – erfaringene er allerede her

Kontrolltårnet, OUS' digitale verktøy for planlegging av operasjonsvirksomheten, hadde planlagte gevinster på om lag 55 millioner kroner i 2025, 156,5 millioner i 2026 og 203 millioner ved full effekt i 2027. Forventet gevinst i 2025 ble redusert til anslagsvis 10–15 millioner. I september 2026 var tiltaket fortsatt vurdert til oransje risiko.

Ved Radiumhospitalet har systemet Helselogistikk ikke fungert som forutsatt. OUS har rapportert forsinkede eller uteblitte gevinster, svakere funksjonalitet og større innkjøringskostnader enn planlagt. Sykehusets egen økonomiske plan beskriver også at økte priser fra Sykehuspartner så langt ikke er fulgt av tilsvarende driftsøkonomiske gevinster.

Da planlagt hjertekirurgi ble samlet på Rikshospitalet i 2023, ble kapasiteten redusert i første fase. Pasienter ble sendt til Trondheim og Bergen. Kardiologisk avdeling er ifølge OUS flyttet til mindre hensiktsmessige lokaler på grunn av rokadene som muliggjør byggingen. Dette er konkrete konsekvenser av omorganiseringen, ikke teoretiske framtidsscenarioer.

Samtidig er rehabiliteringstilbud på Aker avviklet, og psykisk helsevern er møtt med bemanningsreduksjoner og krav om økt aktivitet. Pasientene møter voksende ventetider mens det planlegges for ytterligere driftseffektivisering.

OUS' klinikkledere meldte allerede i 2022 om 129 risikoer ved Nye Aker og Nye Rikshospitalet, særlig knyttet til areal, teknologi, kompetanse og logistikk. Advarslene må tas på alvor. Nye bygg er ikke i seg selv en garanti for større kapasitet eller lavere driftskostnader.

En finansieringsmodell som setter pasientbehandlingen under press

Når kapitalkostnader skal bæres av de samme budsjettene som finansierer drift og bemanning, tvinges sykehusene til å kalkulere med framtidige innsparinger for å få byggeprosjektene til å gå opp. Resultatet er at bemanning og kapasitet behandles som finansieringskilder. Det er en grunnleggende feil i organiseringen av den offentlige helsetjenesten.

Også Norsk overlegeforening har i arbeidet med helsereformen kritisert lange styringslinjer, svak stedlig ledelse, høye gjeldskostnader og kravet om at investeringer skal finansieres gjennom ordinær drift. Overlegeforeningen anbefaler sterkere selvstendige sykehus og klarere skille mellom investering og drift. Vi mener helseforetaksmodellen må avvikles helt.

Sykehusbyggs litteraturgjennomgang til Helsereformutvalget viser at de best dokumenterte effektivitetsgevinstene fra sykehusbygg gjelder konkrete forhold som gangavstander og dokumentasjonstid. Det er vesentlig svakere kunnskapsgrunnlag for omfattende og varige personellgevinster. Likevel brukes slike gevinster til å legitimere store investeringsbeslutninger.

Kommunene skal avlastes, ikke overta sykehusenes oppgaver

Kommunene står overfor en kraftig vekst i lovpålagte helse- og omsorgsoppgaver. Tidlige utskrivninger og overføring av behandlingsansvar kan gi flere overganger, mer ressursbruk og svekket kontinuitet. Sykehusene må ha kapasitet til å ferdigbehandle pasientene og avlaste kommunene. Diakonhjemmet sykehus har foreslått å tilbakeføre ansvaret for kommunale akutte døgnplasser til spesialisthelsetjenesten.

Når pleie- og omsorgsoppgavene legger beslag på en økende andel av kommunebudsjettene, trenges midlene bort fra fritidsklubber, møteplasser, kultur, idrett, frivillighet og forebyggende folkehelsearbeid. Det er en kostbar og kortsiktig utvikling.

Nye OUS setter hele Helse Sør-Øst i fare

OUS ivaretar omfattende regionale og nasjonale funksjoner. Svekket behandlingskapasitet, bemanningspress og økonomisk svikt i OUS påvirker derfor hele regionen. De planlagte sykehusene må ses i sammenheng med pasientstrømmer, funksjonsfordeling, psykisk helsevern, rusbehandling, akuttberedskap og kapasiteten ved andre helseforetak. Vi advarer om at videreføring av dagens planer kan utløse en alvorlig regional kapasitetskrise.

Redd Ullevål sykehus krever at Nye OUS omprosjekteres. Ullevål skal bevares og videreutvikles som akutt sykehus. Ullevåltomten skal beholdes til sykehusformål. Utbyggingen på Rikshospitalet og Aker må tilpasses en samlet sykehusstruktur som faktisk dekker befolkningens behov, ivaretar beredskapen og sikrer en økonomi som ikke undergraver pasientbehandlingen.

Våre krav til Helsereformutvalget

- Avvikle helseforetaksmodellen og etablere demokratisk kontroll, stedlig ledelse og avgjørende innflytelse fra kliniske fagmiljøer.
- La staten finansiere store sykehusinvesteringer og bære investeringsrisikoen. Skille kapitalkostnader fra den ordinære finansieringen av pasientbehandling.
- Kreve uavhengig kvalitetssikring av gevinstforutsetninger, framtidig kapasitetsbehov og samlet regional økonomisk bæreevne.
- Stanse videreføring av dagens Nye OUS-løsning og omprosjektere med videreutvikling av Ullevål som akutt sykehus.
- Styrke sykehusenes døgnkapasitet og behandlingsansvar slik at kommunene avlastes, og slik at folkehelsearbeidet ikke fortrenses.

Utvalget bør ta erfaringene fra OUS inn i sine anbefalinger. Norge trenger sykehus som finansieres for å behandle pasienter – ikke pasientbehandling som må kuttes for å finansiere bygninger.

Lene Sundfær Haug

Leder, Redd Ullevål sykehus

+47 916 97 833

Waldemar Thranes gate 62D, 0173 Oslo

<https://www.reddullevalsykehus.no/>

Offentlige kilder

- [OUS – styremøter og styredokumenter](#)
- [Helse Sør-Øst – styresaker og styremøter](#)
- [Norsk overlegeforening – innspill til intern høring](#)
- [Sykehusbygg – Forskning om effektive bygg](#)
- [Diakonhjemmet – innspill til Helsereformutvalget](#)