

Ny vår for supert sykehus – hvis bare sentermodellen skrinlegges...

Er den nye universitetsklinikken på Øya det største som har skjedd Trondheim etter Nidarosdomen? Trass i omtalen som verdens beste sykehus når byggverket står ferdig i 2010–11, har konfliktene stått i kø. – Dessverre har lokaliseringdebatten stengt for de grunnleggende spørsmål. Sentermodellen er en umoderne løsning, mener Sven Erik Gisvold.

Milepæler har det vært nok av i det som er mest kjent som RIT 2000, og som fra årsskiftet er egnet til å fremkalle det helt store gjespet – især hvis man skjeler til det nye navnet: Helsebygg Midt-Norge HF. Men det skal ikke mange telefoner eller tastetrykk til, før man forstår at det knytter seg sterke følelser, prestisje og politisk taktikeri i løpet av de siste ti års planlegging.

En tilfeldig dag i april får man hele 3 580 Internett-treff fra inn- og utland, i løpet av 0,54 sekunder. Glosene om det som fra 1. januar i år heter St. Olavs Hospital, er mildt sagt like usammenhengende som 186 500 kvadratmeter bygningsmasse regjeringens sist oppdaterte fremdriftsplan deler i to byggefaser (1). Første byggetrinn inkluderer et nevrosenter, et kvinne-barnsenter, pasienthotell og laboratoriesenter; alle innflyttingsklare i 2005. Sluttsummen, etter gjentatte budsjettsprekker og beskyldninger om skandaler like tett som hagl, kan ende opp på hele 10 milliarder kroner.

Rit-lækkert?

Den nye universitetsklinikken på sentrumsnære Øya skal bestå av sju selvstendige sentre, bygd opp rundt pasienten istedenfor de medisinske spesialitetene. Blir det «Rit-lækkert», slik vinnende arkitekter kalte prosjektet i 1994? Eller er det et «sado-masochistisk barnepornografisk varehus» de om lag 100 prosjektmedarbeidere skal skape, når nye anbudsrunder er unnagjort og det er tid for første spadestikk i november? Iallfall var det en karakteristikk fra en av prosjektledelsens undersåtter tett oppunder julehøytiden i fjor (2).

Det nye sykehuset skal klubbes av Stortinget før sommerferien, og har hittil kostet 800 millioner kroner. For den prisen foreligger det få synlige resultater, et antall utredninger lange som vonde år og flust med personstridigheter som de involverte nå vil legge bak seg (3).

Lokalisering på universitetsområdet Dragvoll et par kilometer utenfor bykjerne, ble skrinlagt av Helsedepartementet like før påske. Utsmykning i form av noen



– Operasjon i fem ulike hus midt på natten? Nei, sykehuset bør heller bygges som en sjøstjerne, mener avdelingsoverlege Sven Erik Gisvold. Nye kostnader og at innspill fra ansatte nå blir tatt på alvor, gjør ham optimistisk. Foto K. Ronge

enorme rullesteiner i midtrabatten foran hovedadkomst, er imidlertid på plass. Likeledes en ny parkeringsplass og en bro over Nidelven stille.

Unngå Titans skjebne

Stille er det neppe på Sven Erik Gisvolds arbeidsplass de siste 29 årene. Avdelingsoverlegen tar imot på et overfylt kontor og beklager sterkt dokumentstablene. Men hvor skal sjefen for drøyt 250 ansatte gjøre av sakene sine? I korridoren utenfor den trangbodde trønderens lønnskammer er det like stusslig og nedslitt som oppover i etasjene. Da er det lett å la seg besnære av tanken på et eget hus med alle funksjoner, operasjonsstuer inkludert, slik sentermodellen er tenkt. Modellen fikk likevel stryk-karakter av Gisvold og et hundretall kolleger også for fire år siden da Tidsskriftet presenterte flengende kritikk fra medisinsk-faglig hold (4, 5).

Nå er det ny vår og på tide å se fremover med konstruktive forslag til hvordan man kan redde gigantprosjektet fra en skjebne på linje med Titans, mener vår mann: – Tro bare ikke vi er motstandere av nytt,

moderne sykehus her i Trondheim. Vi slåss mot den konseptuelle løsningen, ikke lokaliseringen, understreker han.

Sentermodellen kunne kanskje vært bra den, dersom det nye sykehuset utelukkende skulle tatt imot pasienter med spesialisthenvisninger fra regionen og landet for øvrig, mener Gisvold. – Slik er selvsagt ikke virkeligheten. Vi er et travelt lokalsykehus med sterkt innslag av øyeblikkelig hjelp. Ca. 5 000 anestesikrevende inngrep per år foregår på kveld, natt, helger og ferier, med andre ord er 75 % av all tid ubekvem. I tillegg kommer mange pasienter inn med diffuse diagnoser. Hvordan skal man ivareta full bemanning ved «småsykehus» spredt på et stort område? Det vil være altfor ressurskrevende, dyrt og farlig for pasientsikkerheten. Dessuten vil det få konsekvenser for den nødvendige samhandlingen personalet er avhengig av i en trygg og god organisasjon.

Anestesiologen illustrerer poenget ved situasjonen som oppstod en dag i mars: 45 øyeblikkelig hjelp-pasienter ble lagt inn ved ortopedisk avdeling og på fødestuer, pluss at en bilulykke krevde sitt. I tillegg

var det 70 korridorpasienter på medisinsk avdeling.

Vakker tanke

– Vårt hovedpoeng er ikke bare at det er enormt ressursløsende å ha operasjonsstuer ved hvert senter. Vi tror også det vil bli rekrutteringsproblemer og bidra til lavere kompetanse både på lege- og pleiersiden. Vårt ankepunkt er at den akuttmedisinske beredskapen ikke får samme adresse for henvendelser, og utgjør det nye sykehusets fysiske kjerne.

Når professoren hele tiden snakker i vi-form, omfatter det blant annet de 42 legene ved avdelingen han bestyrer, men også hos radiologer, indremedisinere og ansatte på tvers av profesjonsgrensene sier han at skepsisen vokser i takt med økt kunnskap om hva sentermodellen innebærer. Han legger imidlertid ikke skjul på at det er – og har vært – faglig begrunnet uegnet om hvilket konsept som er best egnet. Blant annet er sentermodellen blitt applaudert av kolleger ved kvinne-barn-senteret, som ønsker seg en klinikk sydd etter samme lest som Children's Hospital i Toronto i Canada. Dessuten argumenterer byens prosjektledelse med at gangbroer mellom de ulike sentrene vil minske den geografiske avstanden som Gisvold og hans meningsfeller er redde for, og som har gjort at de har brukt begreper som «transportkatastrofe» hvis sykehusutbyggingen blir slik den har tatt form på tegnebordet.

– Det er jo en vakker tanke at alt pasienten trenger, skal finnes i hvert hus. Eksempelvis at alle under 18 år skal opereres for beinbrudd ved kvinne-barn-senteret. Men hvordan skal man samtidig opprettholde full beredskap ved det såkalte bevelgessenteret, og ta imot pasientene med lårbeinsbrudd i den andre enden av aldersskalaen?

– Det som er så farlig med å gjenta naive flokler om pasientfokuset sykehus, er at de blir til sannheter og at motparten utelukkende blir anklaget for å be for sin syke mor, sier Gisvold.

– Jeg er ikke indremedisiner, men her skal man altså splitte opp fagfeltet i fire hus styrt av hver sine, autonome direktører. Ta en gammel, kronisk syk pasient med mange plager. Gastroproblemer skal han få hjelp til i abdominalhuset, hjertemedisin i toraxhuset, hematologi i miljøhuset. Hvis han får slag, skal han til nevrohuset. Det er svært alvorlig at en konsekvensanalyse av sentermodellen har manglet hittil. I stedet har man fortapt seg i hverdagslige selvfølgheter når det gjelder drift av en operasjonsavdeling, også ved diverse visjonsseminarer som er holdt de siste årene, synes Gisvold.

Slitsom kamp

Sven Erik Gisvold tegner en sjøstjerne for å forklare alternativet han hevder høster økende bifall hos både leg og lærd.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 11, 2002; 122

— fakta —

– Sven Erik Gisvold, født 14. september 1944

– Cand.med. 1969, Universitetet i Oslo, spesialist i anesthesiologi 1979, dr.med. 1985, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

– Siden 1973 lege ved Anestesi- og intensivavdelingen, St. Olavs Hospital (tidligere Regionsykehuset i Trondheim), avdelingsoverlege samme sted fra 1987–1980–81 forsker ved Resuscitation Research center, Pittsburgh, USA.

– Fra 1987 professor II, Institutt for anesthesi og bildediagnostikk, NTNU

– President i Norsk Anestesiologisk forening 1987–91

– Sjefredaktør av Acta Anaesthesiologica Scandinavia 1994–

– Arkitekter, entreprenører og ingeniører dominerte de første planleggingsårene. Kun én lege, en psykiater, var med i RIT 2000-organisasjonen. Den nylig avgåtte sykehusdirektøren, Valborg Sund, skal ha sin del av æren for snuoperasjonen vi nå er vitne til. Og vi har tro på at etterfølgeren, Roar Arntzen, fortsetter i samme spor. Så sent som for ett år siden var den tidligere SINTEF-sjefen ute med kritikk av sentermodellen, smiler Gisvold. Samtidig er han rask til å legge til at mediekjøret mot enkeltpersoner har savnet sidestykke. Av samme grunn vil han selv ikke gå inn i offentlig polemikk med navngitte aktører, enten de har handlet ufint eller brukt verbale maktmidler i forsøkene på å ufarliggjøre kritikerne.

Selv har han ikke mottatt rødt kort, til tross for at han stadig har vært ute i offentligheten med sine motforestillinger. Med unntak av turnustjeneste og to års forskningsopphold i USA, har Gisvold vært ansatt ved hjembyens sykehus i alle sine år som lege. Det gjør ham trygg i rollen som kritisk talsmann.

– Noen må fronte fagmiljøenes saklige argumentasjon. Jeg har vært her såpass lenge, at jeg tør å si fra. Selv om jeg er blitt sliten av å slåss, særlig de siste sju årene, har jeg ikke mistet engasjementet som oppstod i 1990 da sentermodellen skulle settes ut i livet i København. Etter mitt syn har erfaringene fra det danske Rigshospitalet vist at modellen har vært lite vellykket.

Tar ytringsfriheten på alvor

Allerede den gang fryktet Gisvold ringvirkninger til andre nordiske land og allierte seg med en kollega ved Karolinska sjukhuset i Stockholm. Siden benyttet han seg av kunnskap om nettverksbygging fra USA, ved å ta direkte kontakt med politikere, forvaltning og medier. Så langt har det resultert i en rekke presseoppslag, leserbrev,

TV-program og fremlegging av synspunkter i formelle fora. Hva som har skjedd i kulissene, vil han nødig ut med.

– Det nye sykehuset vil være tilbudet for Midt-Norges befolkning i minst 50 år. Det ville vært meningsløst om ikke fagmiljøet trekktes inn, også vi som er fra mellomledernivå. Det blir alvorlig hvis vi skjuler oss bak en holdning om at sykehusets innhold og organisering er et bedriftsinternt spørsmål, som skal avgjøres av ledelsen. Jeg kunne holdt kjeft, gått i skyttergraven av beskyldninger om bajaseri eller lyttet til det evinnelige kravet om tjenestevei og lojalitet. Men for meg står ytringsfriheten høyt i kurs. Den må vi hegne om når vi står overfor avgjørelser av allmenn karakter. Ja, faktisk har vi en plikt til å komme med våre anførsler, sier Sven Erik Gisvold – hvis faglige og personlige omdømme står sterkt, ifølge Tidsskriftets kilder.

Hva nå? Toget har ikke gått for byggefase 2. Sven Erik Gisvold er plukket ut som deltaker i en mulighetsstudie, i regi av det regionale helseforetak Helse Midt-Norge. I så måte følger prosjektledelsen opp konklusjoner i de to siste utredningene om gigantutbyggingen, Otto Hauglins Agenda-rapport og den såkalte Østensviks-rapporten som kom i fjor (se www.helsebygg.no).

– Helst skulle jeg sett at det var mulig å reversere planene for de tre første sentrene. Men signalene fra regjeringen er at disse brikkene nå er lagt, og at Stortinget vil si ja til bygging på Øya i løpet av kort tid. Da får vi heller sette vår lit til de neste 5–6 brikkene, i håp om at sluttresultatet bærer preg av en helhetlig tanke, sier Gisvold.

Slik sett var tonene som kom fra helseminister Dagfinn Høybråten i mars som lerka høyt i sky. Og selv om både proposisjon og pressemelding fra Helsedepartementet tok i bruk en statsbyråkratisk språkdrakt ved å peke på «...moglege forbebringar samanlikna med dei opphavelige planane for Øya», vet en stadig blidere Sven Erik Gisvold at det er bevegelse i saken han brenner for: «Ein tilpassa modell blir lagt til grunn for vidare utbygging, og det vil bli arbeidd med planar for dette i tida som kjem» kan vel ikke bety annet enn at selv en sorgmunter gjøk vet å legge egg i riktig reir?

– *Kari Ronge, Tidsskriftet kari.ronge@legeforeningen.no*

Litteratur

1. Helsedepartementet. Ny universitetsklinikk på Øya i Trondheim. <http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/pressem/042071-990046/index-dok000-b-n-a.html> (22.3.2002).
2. Tranøy T, Winge Å, Nielsen T. Bukkenes ville Rit. Dagens næringsliv/DN-magasinet 22./23.12.2001.
3. Andersen EJ. Legeforeningen advarer mot nytt sykehus på Øya. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 446.
4. Vetti A. RiT står for fall – RIT 2000 veks fram/Vil kunne påvirke meir. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2070.
5. Vetti A. RiT-legar hudflettar RIT 2000-planane. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2688.