



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Er det nye St. Olavs Hospital i ferd med å grunnstøte?

Det nye St. Olavs Hospital har en desentralisert struktur med separate hus for ulike organsystemer. Utgiftene til drift vil antakelig øke dramatisk og pasientsikkerheten utenom vanlig arbeidstid bli svekket. Man bør vurdere endringer i planene for å få et mer helhetlig og funksjonelt sykehus, et sykehus man har råd til å drive.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Det nye St. Olavs Hospital er i ferd med å reise seg. Byggetrinn I er ferdig, og man har tatt i bruk de tre første sentrene, nemlig Kvinne/barn-senteret, Nevrosenteret og Laboratoriesenteret. Prosessen har vært preget av slagord som «det pasientfokusede sykehus», «det største siden Nidarosdomen», «et av verdens beste sykehus». Mangelen på kritisk tenkning har vært fremtredende.

De sterkeste protestene har naturlig nok kommet fra fagmiljøene for anesthesi- og intensivmedisin og for bildediagnostikk, som skal betjene alle spesialiteter døgnet rundt. Vi har pekt på hvor personellkrevende, dyrt og upraktisk dette ville bli. Skulle man bygge ett eller sju sykehus i Trondheim? Beslutningstakerne fremholdt at sykehuset også ville bli unikt rent driftsmessig – man ville spare minst 100 millioner kroner per år. Det har senere vist seg at et slikt regnestykke aldri har eksistert, og at virkeligheten er motsatt. Like fullt ble dette et viktig element i beslutningsgrunnlaget. Nå begynner konsekvensene å bli åpenbare. Den økonomiske tyngdekraften er i ferd med å innhente prosjektet.

Pasientfokus og døgn drift

I uttrykket «det pasientfokusede sykehus» ligger det at alt pasienten kan trenge, skal finnes rundt pasienten, det være seg operasjonsstuer, overvåking eller bildediagnostikk. Basert på denne ideen bygges ett hus for hodet, ett for kvinner og barn, ett for brystkassen, ett for magen, ett for armer og

bein osv. Totalt ender vi opp med sju hus, hvorav fem med kirurgiske funksjoner.

Tanken ble entusiastisk omfavnet av beslutningstakerne. Hvem kunne være imot et pasientfokusede sykehus? Det er en fin tanke, men er den forenlig med en praktisk og økonomisk virkelighet?

Ubekvem arbeidstid utgjør 70 % av all tid, og dette innebærer mye personell og penger for å opprettholde parallelle akuttavdelinger. I Trondheim er det planlagt døgnåpne operasjonsavdelinger, overvåking og bildediagnostikk i fem ulike bygninger. Det burde ikke overraske noen at dette blir dyrt. I budsjettforslaget for 2006 var det anført ønsket om 434 nye stillinger til en kostnad på 240 millioner kroner. Hvorfor ble ikke dette fanget opp og stoppet på et tidligere tidspunkt? Når alle bygningene står ferdig, kan situasjonen bli mye verre.

Tidligere helseminister Tore Tønne forsto dette og stoppet i sin tid prosjektet. Det ble utarbeidet en rapport fra konsulentfirmaet Agenda, som klart viste at et slikt sykehus ville bli meget dyrt å drive. NRK laget et Brennpunkt-program hvor problemene ble diskutert.

Svekket pasientsikkerhet og forringet fagmiljø

Dette handler om mer enn penger. Konseptet kan også med økt bemanning føre til svekket pasientsikkerhet og mindre robuste akutfunksjoner utenom vanlig arbeidstid. Av og til «koker det», med sterkt press på akuttmottak, bildediagnostikk, operasjonsstuer og overvåkingsavdelinger. Enhver som har arbeidet slike steder vet hvor viktig det er at innsatspersonell av alle kategorier har tett kontakt og kan samhandle og hjelpe hverandre. Skal vi holde på i flere ulike hus om natten, kan det bli utrygt både for helsearbeidere og pasienter. Et sykehus av denne kategori må ha en annen logistikk for driften utenom vanlig arbeidstid. Jeg vil som et første skritt anbefale: Gjør det som er mulig for å samle de sentrale akutfunksjoner på ett sted utenom vanlig arbeidstid, kanskje døgnet rundt: akuttmottak, akutt avansert bildediagnostikk, akutte operasjoner og intensivbehandling.

Indremedisinen er i dag delt i tre avdelinger for henholdsvis hjertemedisin, lungemedisin og øvrige indremedisinske fag. Disse har et stort behov for samarbeid, ikke minst om vaktfunksjoner og blir nå fordelt på fire ulike hus uten at gode konsekvensanalyser er foretatt. Laboratoriefagene patologi, mikrobiologi og klinisk kjemi er plassert i et eget hus perifert på området, og den fremtidige kontakten med de kliniske fagmiljøene blir dermed vanskeliggjort.

For fagområdene anesthesi/intensivmedisin og bildediagnostikk innebærer modellen en fare for fagmiljøenes samhold, styrke og utvikling. Ved en total oppsplitting med seksjoner underlagt det enkelte senter kan man lett få isolerte grupperinger som lever sine egne liv, og som blir sett på som redskaper i produksjonens tjeneste. Som mangeårig sjef for anesthesi- og intensivavdelingen er jeg bekymret for dette.

Noen må betale en pris for dette svakt funderte prosjektet. Det er viktigere enn noen gang at pengene brukes fornuftig. Hvis hver enkelt region har en viss sum penger per hode, kan prosjektet realiseres etter intensjonen kun dersom andre tilbud i Midt-Norge reduseres eller avvikles. Vi ser nå konturene av en slik utvikling. Et sterkt tiltrengt psykiatrisenter må utsettes, og listen over foreslåtte driftsreduksjoner og nedleggelse er lang. Konsekvensene kan bli dramatiske. Er dette akseptabelt? Hvilken rett har vi til å la syke mennesker betale for våre feilvurderinger?

Er det for sent å gjøre noe?

Fase 2 av prosjektet er for lengst igangsatt. Tyngdekraften har tatt tak i prosjektet. Det er til nå brukt 6 milliarder kroner på fase 1, og det skal brukes ytterligere 6 milliarder på fase 2. Dette er et av de største fastlandsprosjekter i Norge noen sinne. Hva med en tenkepause for refleksjon om hvorvidt de siste 6 milliardene kan brukes litt annerledes enn planlagt, slik at vi ender opp med et mer helhetlig og funksjonelt sykehus – et sykehus vi har råd til å drive?

Sven Erik Gisvold

sven.e.gisvold@ntnu.no
Anesthesi- og intensivavdelingen
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Manuskriptet ble mottatt 30.8. 2006 og godkjent 17.11. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.