

Det hittil mest dramatiske forslaget i norsk sykehusplanlegging kom i juni 2016. Ullevål sykehus legges ned, funksjonene flyttes til Rikshospitalet.

## En varslet katastrofe

I 2009 ble Rikshospitalet, Ullevål og Aker slått sammen til Oslo universitetssykehus. Konsulentfirmaet McKinsey forespeilet at dette ville gi en årlig gevinst på 800 millioner (1). Dette lå til grunn for hastebeslutningen i Stortinget. Sammenslåingen ble imidlertid en økonomisk katastrofe, og direktør Siri Hatlen gikk av i 2011 da hun erkjente dette. Hun ble erstattet av Bjørn Erikstein, innhentet fra de lojale i departementet. Sammenslåingen var ikke bare en økonomisk katastrofe, den ble også en trussel for fagmiljøene (2). Fjorårets bebudede nedleggelse av Ullevål sykehus (3) er siste torpedo under arken.

Forut for sammenslåingsvedtaket fra styret i Helse Sør-Øst i 2008 (1) hadde det i over ti år vært en funksjonsfordeling mellom de tre offentlige sykehusene i Oslo. Ullevål var utviklet til Norges akuttmedisinske flaggskip, Rikshospitalet var det suverene elektive spesialsykehus med betydelige landsfunksjoner. Aker hadde, som lokalsykehus for Groruddalen, regionale funksjoner innen flere spesialiteter. Påstanden om at sykehusene hadde overlappende funksjoner, er grundig tilbakevist (2). Man utnyttet hverandres ekspertise, erkjente og verdsatte gjensidig faglig dyktighet. Nei, det var ingen berlinmur mellom sykehusene i Oslo.

Nedleggelsen av Aker sykehus førte til færre sykehussenger for Oslos befolkning. Dette ble ikke kompensert ved å overføre befolkningen i Groruddalen og Follo til Akershus universitetssykehus, der man ikke hadde kapasitet, viste det seg. De andre sykehusene i byen kunne heller ikke fylle det vakuemet Aker etterlot i Oslo. I erkjennelse av dette har politikerne nylig besluttet å gjenåpne Aker sykehus. Men det vil ta minst ti år før dette sykehuset kommer i full drift.

Ifølge styrevedtaket fra 2008 skulle alle spesialiserte funksjoner overføres til Rikshospitalet (1). De andre sykehusene i Oslo skulle behandle enkle tilstander og gjøre de lette operasjonene. Det å dele medisinen i enkle og kompliserte sykdommer og kirurgien i lette og vanskelige operasjoner savner imidlertid enhver forankring i det kliniske liv. Det vil bli utnyttet av noen til å tilegne seg prestisjefylte oppgaver og frasi seg de mindre spennende. Enkelte sjeldne tilfeller og spesielle høyteknologiske prosedyrer bør samles på få hender. Men dette må besluttes i fagmiljøene.

Med vedtaket fulgte også spørsmålet om traumebehandlingen ved Ullevål sykehus. Hvordan kunne den opprettholdes når spesialavdelinger fjernes? Traumatologi er ingen egen spesialitet i Norge, men er avhengig av et samspill mellom spesialister ved forskjellige sykehusavdelinger. De er der kontinuerlig og kan mobiliseres på kort varsel. Organiseringen av traumemottaket på Ullevål har utviklet seg over flere tiår, nitid oppbygd av en rekke fagpersoner. Som et orkester er det avhengig av mange forskjellige aktører. Partituret er komplekst og utvikles kontinuerlig. Dette har gjort Ullevål til et av verdens fremste traumesykehus, med godt dokumenterte og internasjonalt anerkjente resultater. Etter 22. juli 2011 fikk Ullevål sykehus uforbeholden anerkjennelse. Var styrevedtaket fra 2008 blitt iverksatt, hadde traumehåndteringen denne dagen ligget i ruiner. Som kommentar i 2011 til forslaget om å flytte traumemottaket til Rikshospitalet, sa Johan Pillgram-Larsen, tidligere seksjonsoverlege i traumatologi, at det var først gang i hans karriere han var blitt bedt om å senke kvaliteten på arbeidet (4). Etter 22. juli ble det i 2012

besluttet å bygge et nytt og utvidet akuttmottak på Ullevål til mer enn en halv milliard kroner. Dette er nå i drift, men skal altså nedlegges.

Rikshospitalet har fremragende spesialfunksjoner og behandler sjeldne tilstander, der sykehuset i stor grad har landsfunksjon. Å pålegge sykehuset nye, krevende akuttmedisinske ansvarsområder vil forstyrre den spesielle kulturen som er utviklet til elektiv virksomhet.

Ethvert klinisk spesialfelt har en optimal størrelse. Det er allment akseptert blant thoraxkirurger at det ved den optimale avdeling utføres 800–1 000 operasjoner i året dersom den skal ledes av én fagperson. Blir den større, bør den deles opp. Oslo universitetssykehus har 1 500–2 000 thoraxkirurgiske operasjoner i året, fordelt på Ullevål og Rikshospitalet. Når hjertekirurgien på Feiring blir nedlagt, vil antallet stige. En person kan umulig ha forpliktende daglig ledelse på to avdelinger, uansett hvor de er lokalisert. Enhver klinisk enhet må ha en leder med det kliniske ansvaret, en som er synlig og til stede. En klinisk avdeling kan ikke fjernstyres.

Det aktuelle forslaget om å nedlegge Ullevål betyr at sykehuset skal flyttes til Rikshospitalet (3). Dette er den mest drastiske beslutningen som er fattet innen norsk sykehusplanlegging. Beslutningen er tatt i det lukkede styrerom uten åpen diskusjon, knapt nok med referater. Den 360 mål store tomten på Ullevål skal selges til boligformål. Rikshospitalet vil da bli et av Europas største sykehus, med en DRG-produksjon på det dobbelte av Haukelands. Det er ikke sant at jo større et sykehus er, desto bedre og mer effektivt blir det. Sykehus utover en viss størrelse gir mer administrasjon og større avstand mellom ledelse og de som tar kliniske beslutninger. Det planlagte storsykehuset i Oslo er langt over optimal størrelse. Det blir i tillegg liggende på en tomt med betydelige trafikale begrensninger. Det å samle de to sykehusene vil dessuten gjøre høyspesialisert sykehusmedisin i Norge mer utsatt for infeksjoner, strømbrydd og terrorhandlinger.

I diktet *Til min venn revolusjons-taleren* sier Ibsen: «Jeg går ikke med på å flytte brikker. Slå spillet overende; da har De meg sikker». Som ledetråd for en samfunnskritisk dramatiker er dette fruktbart, men når sykehusplanleggere har det som arbeidsform, gir det grunn til bekymring.

**Mons Lie**  
mons.lie@online.no

Mons Lie (f. 1938) er dr.med., tidligere avdelingsoverlege ved thoraxkirurgisk avdeling og direktør ved hjerte-lunge-kirurgisk senter, Ullevål universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### Litteratur

1. Helse Sør-Øst. Styrevedtak 108/2008. [www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/foretaksmoeter-2008/protokoll-sorost-271108.pdf](http://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/foretaksmoeter-2008/protokoll-sorost-271108.pdf) [20.3.2017].
2. Grimsgaard C. Hva nå OUS? Overlegen 2016; nr. 3.
3. Helse Sør-Øst. Styrevedtak 053/2016. [www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/regionale-utviklingsplaner-og-store-utviklingsprosjekter/utvikling-av-oslo-universitetssykehus](http://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/regionale-utviklingsplaner-og-store-utviklingsprosjekter/utvikling-av-oslo-universitetssykehus) [20.3.2017].
4. Livreddende lege-team kan bli splittet for å spare penger. TV2-nyhetene 22.6.2011. [www.tv2.no/a/3523622/](http://www.tv2.no/a/3523622/) [14.3.2017].