



## **Høring i helse- og omsorgskomiteen 5. mars 2019, Dok 8:8(2018-2019)**

*Fra Legeforeningen møter: Marit Hermansen, president, Aasmund Bredeli, foretakstillitsvalgt OUS, Nils Oddvar Skaga, fagansvarlig overlege traumatologi OUS, Tor Einar Calisch, klinikktilitsvalgt Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken OUS.*

Legeforeningen har lenge fulgt arbeidet med omstilling og videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF (OUS). Det vises til høringsuttalelse til Idefase OUS av 31.10.2014, og vår høringsuttalelse om kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder av 18.04.2016. Vi viser videre til vårt regionutvalg for Helse Sør-Øst, og Oslo og Akershus Legeforenings skriftlige innspill til dette representantforslaget. Vårt innspill baserer seg på dette langvarige engasjementet for å utvikle og modernisere sykehusene for Oslos og hele regionens pasienter. OUS utgjør også en viktig bærebjelke for hele landets spesialisthelsetjeneste – med flere nasjonale funksjoner.

### **Legeforeningens hovedbudskap**

- Legeforeningen har siden 2016 fremholdt at det haster å gjenetablere Aker sykehus som akutt- og lokalsykehus for hele Groruddalens befolkning. Vi er uenige i forutsetningen som er lagt til grunn om etappevis og parallell utbygging på Aker og Gaustad.
- Ullevål-tomten må utredes i samsvar med Finansdepartementets og Sykehusbyggs retningslinjer. Helse Sør-Øst må i tråd med sitt "sørge-for-ansvar" sette opp et reelt alternativ til Gaustad, og et forsvarlig og tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for landets største offentlige byggeprosjekt.
- OUS har vært gjennom ti års krevende omstillinger og en fusjon. Tilbakemeldinger fra fagmiljøer og tillitsvalgte tilsier at prosessen med foreliggende konseptfase og involvering av fagmiljøer og tillitsvalgte ikke har vært god. Dette erfaringsgrunnlaget krever at Stortinget bidrar til å påse realistisk gjennomføring i OUS uten at det negativt påvirker regionens andre sykehusprosjekter.

Utgangspunktet for at videre investeringer til OUS nå behandles i Stortinget er etter Legeforeningens syn at beslutningsgrunnlaget ikke er godt nok. Ullevål-alternativet er aldri utredet i en konseptfase, og fagmedisinske råd er ikke blitt lyttet til. Kostnadsutviklingen i den valgte konseptfasen og medfølgende stor økonomisk risiko, reguleringsrisikoen ved Gaustad, lokaliseringalternativenes tomtestørrelser, og tydelige medisinskfaglige vurderinger bør tillegges særlig vekt ved komiteens behandling. Beslutningsgrunnlaget må kvalitetssikres. Investeringsplanene har en estimert kostnad på over 45 mrd kroner. Helseministeren bør instruere HSØ om at "belysning" av Ullevål-alternativet ikke er tilstrekkelig. Legeforeningen er opptatt av å sikre god progresjon i en høyst nødvendig utvikling og oppgradering av OUS samtidig som det ikke negativt påvirker regionens andre pågående og kommende sykehusprosjekter. Dette gjelder særlig nye Drammen sykehus, AHUS' fremtidige kapasitet og utvikling, kapasiteten ved nye Kalnes sykehus i Østfold, og nytt sykehus for Innlandet.

Vi vil for øvrig påpeke følgende viktige momenter til komiteens behandling:

#### **1. Akuttmedisinsk virksomhet:**

Moderne akuttmedisin og forsvarlig beredskap forutsetter et komplett akuttmedisinsk miljø med lokalisasjon på ett sted og med tilstrekkelig pasientvolum og fasiliteter til å opprettholde og utvikle tjenesten. I 2018 behandlet Ullevål 30.200 kirurgiske og medisinske akuttpasienter.



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus vil nå bryte opp det akuttmedisinske fagmiljøet. Ved en nedleggelse av Ullevål og oppsplitting av det akuttmedisinske miljøet, vil dette store og sammenvevde kirurgiske og indremedisinske akuttmiljøet bli delt i to, ett på Gaustad der miljøet vil være lite og spisset mot traumer, og ett på Aker som er stort og bredt. En slik splitting av akuttmedisinske fagområder fratrukker muligheten til sømløst samarbeid ved omfattende ulykker. Fagmiljøene er unisont enige om at dette vil være ødeleggende. Ullevål har i dag pasientgrunnlag på 480.000. Det er enighet om at man må ha minst 240.000 for å få tilstrekkelig mengdetrening. Gaustad vil kun få et pasientgrunnlag på 150.000. Utvidelsesmulighetene er begrenset, fordi tomten er for liten.

## **2. Beredskap:**

Oslo universitetssykehus er landets viktigste beredskapssykehus. Når katastrofer skjer, må spesialister fra alle fagområder være umiddelbart tilgjengelige. Ullevål har bredden, kompetansen og kapasiteten. De er forberedt på en masseskadesituasjon med kombinerte kirurgiske og indremedisinske problemstillinger som f.eks. eksplosjon med gassutvikling, og de har beredskap for ulykker som omhandler kjemiske og radioaktive stoffer samt biologiske agens. Å ta imot store volum av svært syke pasienter på kort tid, vil presse sykehuset i betydelig grad. Et bærende prinsipp i en katastrofesituasjon er at alle medarbeidere utfører samme jobb som de gjør til daglig. Denne organiseringen sikrer at alle kjenner sin plass og rolle, og pasientene får rask og kompetent behandling. På Ullevål kan de på kort tid kalle inn akuttmedisinsk erfarne leger og sykepleiere for å ta imot disse pasientene, slik de gjorde 22. juli 2011. Det er ikke foretatt en risikovurdering av hva det vil bety for beredskapen i hovedstaden, regionen og Norge å splitte opp de samarbeidende akuttmedisinske miljøene på Ullevål.

## **3. Den store bakvakten:**

Ullevål tar imot akutt syke og skadede fra Oslo, Helse Sør-Øst og resten av Norge, til alle døgnets tider, med stor entusiasme og vilje. Ullevål fungerer i stadig økende grad som «den store bakvakten» for sykehusene i Helse Sør-Øst og resten av landet. Kompetansen til å hjelpe kritisk syke er bygget opp gjennom flere tiår. De er et samlet team av mange yrkesgrupper i et unikt fagmiljø, som de er stolte over å være del av. Det akuttmedisinske fokus gjennomsyrrer hele organisasjonen. Volumet av funksjonen «den store bakvakten» er økende år for år. Dette forholdet er ikke hensyntatt i planverket for et nytt OUS.

## **4. Føde- og nyfødtintensivmiljøet:**

Et samlet fagmiljø har gjentatte ganger bedt om at man får til en samling av behandling av alle syke barn, inkludert nyfødte i Oslo. I både Helsinki og på Sahlgrenska i Göteborg samler man nå fødsler og behandling av syke nyfødte på ett sted – etter å ha sett at det er for risikofylt å dele disse fagmiljøene opp på flere steder og ha det løsrevet fra resten av fagmiljøet for behandling av syke barn. I planleggingen av nytt OUS legges det imidlertid opp til at størstedelen av de nyfødte ikke tilbys mulighet for intensivbehandling der mor blir forløst. Dette innebærer etter fagmiljøets mening en nedgradering av omsorgen for syke nyfødte og deres familier i Oslo. Beslutningen er tatt på bakgrunn av dårlig planarbeid og dårlig tomtevalg – og i strid med entydige råd fra fagmiljø også i våre naboland. Legeforeningen vil advare mot en forringelse av tilbudet til de fødende i Oslo.

Fremtidig sykehusstruktur og organisering av OUS må tilpasses befolkningen og bydelenes behov for helsetjenester, og ikke omvendt. Legeforeningen mener en utredning av Ullevål-tomten kan fremvise et faglig og mer fleksibelt alternativ til dagens konseptfase. Det er i både pasientenes, befolkningens, de ansattes, og myndighetenes interesse at dette gjennomføres.