

Prosjektleveranse:

**Fag- og virksomhetsbeskrivelse**  
**Akuttfunksjoner inkludert akuttmottak, traume**  
**og beredskap (Fokusgruppe 3)**

Versjon 1.6

## Innhold

1. Sammendrag .....	3
1.1 Oppsummering og konklusjoner .....	3
1.2 Beskrivelse av fag og virksomhet, samt risiko .....	5
1.2.1 Kort beskrivelse av fag og virksomhet.....	5
1.2.2 Risikobeskrivelse oppsummert.....	5
2. Arbeidsgruppen sammensetning .....	9
2.1 Arbeidsgruppens medlemmer.....	9
2.2 Arbeidsgruppens møter og arbeidsform.....	10
3. Leveranse.....	11
3.1 Befolkningsgrunnlag .....	11
3.1.1 Et selvstendig lokalsykehus som grunnlag for akuttfunksjon .....	11
3.2 Dimensjonering .....	11
3.2.1 Det må bygges stort nok, og det dreier seg om 2 store sykehus som skal bygges .....	11
3.2.2 Tall på drift som skal flyttes.....	12
3.3 Driftsbetraktninger for fagfelt som skal flyttes og samlokaliseres eller splittes.....	14
3.3.1 Akuttmottak .....	14
3.3.2 Anestesi .....	16
3.3.3 Intensivmedisin .....	16
3.3.4 Indremedisin.....	18
3.3.5 Onkologi.....	20
3.3.6 Nevrologi .....	20
3.3.7 Laboratoriemedisin .....	20
3.3.8 Radiologi.....	20
3.3.9 Gastrokirurgi.....	20
3.3.10 Ortopedi .....	21
3.3.11 Barnekirurgi .....	21
3.3.12 Thoraxkirurgi .....	21
3.3.13 Karkirurgi .....	21
3.3.14 Nevrokirurgi.....	21
3.3.15 Kjevekirurgi.....	21
3.3.16 Urologi .....	22

3.3.17	Plastikkirurgi .....	22
3.3.18	Fysikalsk medisin – tidlig rehabilitering.....	22
3.3.19	Traume .....	22
3.3.20	Prehospital.....	23
3.3.21	ØNH .....	23
3.3.22	Øye.....	23
3.3.23	Gynekologi/føde.....	23
3.3.24	Transplantasjon .....	23
3.3.25	Akuttpsykiatri .....	24
3.3.26	Rus/avhengighet.....	24
3.3.27	Smittevern .....	24
3.4	Effekt av samlokalisering på Gaustad.....	25
3.4.1	Minimale synergieffekter i forhold til risiko.....	25
3.4.2	Gradvis flytting er faglig uforsvarlig .....	25
3.4.3	Den planlagte etappe 2 er faglig uforsvarlig .....	26
3.5	Beredskap .....	26
3.6	Relevante utredninger.....	27

# 1. Sammendrag

## 1.1 Oppsummering og konklusjoner

I arbeidsgruppen er det enighet om gevinsten av nye bygg generelt, at det er behov for et lokalsykehus på Aker som blir så selvstendig som mulig, og at samlingen av akuttpsykiatri og rus på Aker sammen med dette lokalsykehuset utgjør en gevinst.

Fagmiljøene kan ikke akseptere en reduksjon i kvalitet på pasientbehandlingen.

Utover samling av enkelte rene regionale funksjoner, har vi ikke kunnet identifisere store fordeler for pasientbehandlingen ved å flytte tunge akuttsløyfer fra Ullevål til samlokalisering med tunge og mer elektive sløyfer på dagens Gaustad.

Flytting av traume- og akuttfunksjoner i tillegg til samling av regionale funksjoner på Gaustad forutsetter:

- Tilstrekkelig stor andel akutt/lokalsykehusfunksjon på Gaustad for å være selvstendig akuttpsykehus og regional bakvakt, dvs. >50% av Ullevåls opptaksområdet (240.000 med dagens tall).
- Alt må flyttes samtidig til Gaustad og nytt Aker – ingen etappe 2.
- Driftsform og fordeling av oppgaver mellom de nye sykehusene på Aker og Gaustad må avklares før byggene dimensjoneres og planlegges.
- Arbeidsgruppen er bredt faglig sammensatt av fokusgruppemedlemmer fra gruppe A3 og G3 samt spesielt inviterte ressurspersoner fra miljøer som ikke er direkte representert i Fokusgruppen. Det er avholdt 6 møter. Målet har vært å innhente tallgrunnlag for arealberegninger av reell virksomhet, samt diskutere driftskonsepter med tilhørende risiko i fremtidens sykehus.
- Dimensjonering av fremtidens OUS utgjør en alvorlig bekymring, det er vanskelig å forholde seg til usikre tall og teoretiske modeller. Man aner en klar trend mot for små nye sykehusbygg og dermed kapasitetsutfordringer. Hovedankepunkt mot pågående prosess er likevel manglende målbilde med uteblitt reell virksomhetsplanlegging og dimensjonering før man starter byggeprosjekt samt manglende strukturert prosess med risikovurderinger av klinisk drift.
- Det er imidlertid bred enighet om gevinst av nye, moderne og funksjonelle bygg. Det er også enighet i gruppen om nytten av et nytt selvstendig lokalsykehus på Aker og gevinster av å samle dette med akuttpsykiatri og rus.
- Arbeidsgruppen har ikke kunnet regne konkret på de ulike alternativ siden bakgrunns materialet er ukjent. Vi klarer ikke å identifisere økonomiske synergier (innsparing av personell/vaktlag) ved å samle formelle regionsfunksjoner på ett sted. De kliniske miljøene er i dag travle og til dels svært forskjellige på de ulike sykehusene. Flere fagmiljøer har signalisert denne skepsisen. Faglige synergier kan forekomme innen enkelte rene regionale funksjoner. I andre fag er det mindre åpenbare effekter. Vi har derimot identifisert åpenbare ulemper og risiki om planene gjennomføres. Det er særlig flytting av akutt- og traumevirksomheten med splitting av akuttmiljøet på Ullevål som fremstår som både spesielt risikabel og uten åpenbar gevinst.
- Arbeidsgruppen er alvorlig bekymret for prosessen med nye sykehus på Gaustad og Aker. Vi stiller oss undrende til hvordan man kan gå så langt i prosjektet, blant annet i form av

tegninger med ytre begrensinger på areal, uten at virksomhetsorganisering, dimensjonering og befolkningsgrunnlag er risikovurdert. Hvilke funksjoner er tenkt hvor og hvordan bør aktiviteten på Ullevål splittes mellom Aker og Gaustad? Beslutningen om å splitte eksisterende regionale akutfunksjon er heller ikke risikovurdert. Dette gjelder også de triage-utfordringene dette medfører, med potensielt betydelige volum sekundærtransporter mellom sykehusene.

- Fagmiljøenes innspill om nødvendig pasientgrunnlag (jfr. idefaserapporten – >50% av dagens akutfunksjon, eller 240.000) for opprettholdelse av akuttkompetanse synes heller ikke ivaretatt. Det vekker bekymring at behovet for lokalsykehusgrunnlag på Gaustad er blitt nedskalert for å passe et budsjett.
- Det er uforståelig at man ikke tar med i beregningene at to bydeler skal tilbakeføres fra Akershus universitetssykehus og at Lovisenberg sykehus ikke har noen forutsetninger (utsagn fra kliniske ledere ved LDS) for å ivareta akuttkirurgisk funksjon for sine tre bydeler slik HSØ legger opp til.
- Traumeorganiseringen i OUS har vist seg å være et velfungerende system med dokumentert gode resultater. Denne virksomheten er uløselig knyttet opp mot en rekke andre akutfunksjoner ved Ullevål innenfor beredskap, medisin, kirurgi og servicefunksjoner. Denne tverrfaglige, høyspesialiserte akuttkompetansen med betydelige volumer akuttvirksomhet er en forutsetning for adekvat beredskap, både regionalt og nasjonalt.

## 1.2 Beskrivelse av fag og virksomhet, samt risiko

### 1.2.1 Kort beskrivelse av fag og virksomhet

Oppsummert hovedpunkter fra arbeidsgruppens arbeid:

- Det er enighet i arbeidsgruppen at det er behov for et nytt akuttpsykehus.
  - Akuttfunksjonen som er på Ullevål i dag, er for stor til å være funksjonell. Den sprenger dagens akuttkapasitet og truer Ullevåls elektive virksomhet.
  - Idefaseutredningen beskriver krav til et selvstendig lokalsykehus, som gjør at dagens lokalsykehusfunksjon på Ullevål med tillegg av aktuelle bydeler fra Ahus, kan deles så det blir to store akutt- og lokalsykehus.
  - Akuttpsykiatri og rus vil være tjent med den planlagte samlokaliseringen med nytt lokalsykehus på Aker.
- Dagens Rikshospital oppfattes primært å ha en virksomhet med en stor del ferdig sorterte, høyspesialiserte pasientforløp.
  - Tilnærming og behandlingsformer er til dels vel definerte og standardiserte.
  - Dagens Rikshospital er preget av trange forhold og underdimensjonerte intensivheter, og vil trenge betydelig oppgradering og utvidelse innen akuttsenteret står klart.
  - Dagens Rikshospital har svært lite lokalsykehusfunksjon. Pasienter henvises ofte kun for å få utført prosedyrer, og liggetider preges av tilbakesending til lokalsykehus etter gjennomførte prosedyrer. Dette er svært annerledes enn måten man driver akuttvirksomhet ved det regionale akuttsenteret på Ullevål, både når det gjelder lokalsykehuspasienter og pasienter fra regionen (som ofte krever intensivplass).
  - Godt fungerende pasientforløp på dagens Rikshospital risikerer å bli utfordret ved samlokalisasjon med den type akuttaktivitet som i dag drives på Ullevål.
- Dagens Ullevål består for en stor del av akutte, usorterte pasienter (uten kjent diagnose ved innleggelse), der et samkjørt multidisiplinært team rundt disse komplekse pasientene er avgjørende.
  - Dagens Ullevål er preget av trange forhold, overfylte avdelinger, stort arbeidspress og forsinkelser i behandling på grunn av dette. Funksjoner som skal inn i nye lokaler på Aker og Gaustad, må dimensjoneres større enn de arealene som benyttes på Ullevål og Aker i dag; og i tillegg fremskrives.
  - Pasientenes behov for akuttbehandling, og for en stor del også lokalsykehusfunksjon, lar seg ikke rasjonalisere eller gjøres om til poliklinikk, hotelldøgn eller at pasientene sendes tilbake til annet lokalsykehus eller kommunal omsorg. Slike effekter er stort sett tatt ut, og vi står igjen med økende befolkning, økende alder og kompleksitet på pasientene, samt økende sentralisering.
  - Kun de sykeste og stadig eldre er de som i dag tilbys sykehussenger. Disse pasientkategoriene vil øke fremover med behov for ytterligere sengekapasitet. Prognoser som innebærer reduksjon i antall sengedøgn på intensiv- eller sengepost, fremstår for oss som urealistiske og/eller risikable.

### 1.2.2 Risikobeskrivelse oppsummert

Arbeidsgruppen har ikke mandat, kompetanse, datatilgang eller tid/ressurser til å gjennomføre en

formell risikovurdering av planer som ligger til grunn for arbeidet i konseptfasen. Imidlertid er en formell risikovurdering av byggeprosjektet, drift og effekt av planlagte oppsplittinger sterkt savnet. Vi antar at prosjektet gjennomførbart, men krever betydelig kompensere tiltak for at pasientbehandlingen ikke skal forringes i forhold til dagens standard. I gruppen har vi gjentatte ganger havnet i diskusjoner knyttet til risiko, og vi gjengir noen av punktene her.

- Rikshospitalet og Ullevål har i dag ulike pasientpopulasjoner som ofte har ført til ulik organisering rundt den enkelte pasient. Man kan ikke utelukke positive effekter av samlokalisering av enkelte fagmiljøer i fremtidens Gaustad (enkelte regionsfunksjoner, som deler av HLK, angir nytteverdi ved en samling). Det er derimot **åpenbar risiko for ineffektivitet, tap av kompetanse og reduksjon i kvalitet av pasientbehandlingen**. De spesialiserte funksjonene som i dag er på Rikshospitalet, vil trues av en massiv akuttvirksomhet som vil kreve ressurser uavhengig av tid på døgnet. Akuttfunksjonen vil på sin side kunne trues av en prioritert transplantasjonsvirksomhet. Det er svært liten grunn til å tro at man kan rasjonalisere bort vaktlag ved en samlokalisering på Gaustad.
- Ressursmessig er i dag både Rikshospitalet og Ullevål svært presset, noe som medfører en uttalt bekymring for at både det nye Aker og Gaustad vil bli **for lite, underfinansiert og underbemannet til å takle dagens og fremtidens behandlingsutfordringer**.
- Det er umulig for gruppen å vurdere estimert nødvendig areal som fremkommer som resultat av modellen som benyttes i prosjektet. Vi vet hva vi har i dag, og at det ofte er for lite både når det gjelder pasientbehandling og støtterom. Tall for kvadratmeter er store og u håndterlige, og beregningsmodellen har ennå ikke kunnet beskrive for eksempel antall sengeplasser, overvåkningsplasser, undersøkelsesrom og operasjonsstuer. **Når vi vet hvordan beregningsmodellen har medført underkapasitet ved både Ahus og Kalnes, blir vi som fagmiljø bekymret.**
- Med tanke på bemanning og økonomi er det historier fra andre nybygde sykehus som tilsier at eier «innkasserer» gevinst som følge av ny bygningsmasse, ref. kulepunkt 1 over. Vi **kan ikke se store synergi- og/eller innsparingseffekter ved de foreliggende planer**. Vi er redde for at ressursknappheten kan forverres ved at man velger å samlokalisere to så ulike og ressurskrevende fagmiljøer på Gaustad.
- **Mye av dagens areal på Rikshospitalet regnes som «nye» i OUS, men realiteten er at disse vil være flere tiår gamle når prosjektet er ferdigstilt.** Enkelte lokaler, eksempelvis intensivavdelingene, har i tillegg alltid blitt oppfattet som underdimensjonerte. Det må gjennomføres betydelige renoveringer og forbedringer av bygningsmessige forhold på Rikshospitalet allerede før etableringen av det nye Gaustad. I motsatt fall risikerer man at prosjektet kommer skjevt ut allerede «på hoppkanten» ved at dagens aktivitet på Rikshospitalet blir ineffektiv etter gjennomført flytteprosess pga. uegnede lokaler. Det er heller ikke gitt at areal på Rikshospitalet bør utnyttes i fremtiden slik de gjør i dag; eksempelvis bør man vurdere om intensivavdelingene skal flyttes helt og om dagens intensivarealer heller skal brukes til overvåking på lavere nivå.
- **Det fremheves spesielt i gruppen at en splitting av dagens høyspesialiserte og tverrfaglige sammensatte akuttbehandlingsmiljø på Ullevål innebærer en betydelig risiko.** En slik deling må planlegges nøye, og det må kompenseres for lavere volum når det gjelder vedlikehold av kompetanse.
- **OUS Ullevål har i økende grad bakvaktfunksjon for akuttkirurgi og -medisin for HSØ.** Dette krever et bredt fagmiljø med rett kompetanse og erfaring for riktig tilnærming. Det er helt avgjørende at dette fagmiljøet er involvert i et stort volum av 'vanlig' akuttvirksomhet med tilhørende elektiv virksomhet for kompetansebygging, opplæring, vedlikehold og rekruttering.

- **Gruppen er alvorlig bekymret og stiller seg spørrende til hvordan man har tillatt seg å gå så langt i prosjektet, blant annet i form av tegninger med ytre begrensninger på areal, uten at dimensjonering og befolkningsgrunnlag er risikovurdert. Det er likeledes påfallende at virksomhetsavklaringer ikke er gjennomført.** Hvilke funksjoner er tenkt hvor, hvordan bør Ullevål splittes mellom Aker og Gaustad? Det kan synes som om flere klinikker ikke har gjennomført nødvendige prosesser for å komme frem til en praktisk virksomhetsbeskrivelse for drift på hhv. Aker og Gaustad. Vi opplever at klinikkledere spør byggeprosjektet hvordan deres kliniske drift skal være i fremtiden.
- Fagmiljøenes innspill om nødvendig pasientgrunnlag for opprettholdelse av kompetanse er ikke ivaretatt. Det vekker bekymring at behovet for lokalsykehusgrunnlag på Gaustad er blitt nedskalert fra tidligere beskrevet > 50% av dagens akuttfunksjon (dvs. et befolkningsgrunnlag på minst 240.000) til 3 bydeler (150.000) for å passe et budsjett. **Det er uforståelig at man ikke tar med i beregningene at to bydeler skal tilbakeføres fra Ahus og at Lovisenberg ikke kan (ifølge egen klinisk ledelse ved LDS) ivareta akuttkirurgisk funksjon for sine tre bydeler.** Dette er et vesentlig risikoelement og representerer en åpenbar kapasitetsutfordring.

#### Spesielt om traumatologi og akuttkirurgi:

- **Traumefunksjonen hører naturlig sammen med annen akuttvirksomhet og beredskap** og vil forringes dersom den skilles fra denne virksomheten.
- Flytting av det regionale akutt-, traume og beredskapssenteret til ny lokalisasjon innebærer en betydelig risiko for svekket kvalitet i både akutt- og traumebehandlingen, spesielt når dette innebærer en splitting av det eksisterende akuttmiljøet på Ullevål.
- Som beskrevet i 2009 og flere ganger senere inkludert idefaseprosjektet i 2016, utgjør traume det mest akutte av akuttkirurgien og beredskapen i HSØ. **OUS som er landets ledende traumesenter, har derfor også en nasjonal forpliktelse som beredskapssenter.**
- **Det er de samme fagmiljøene som håndterer pasienter med akuttkirurgiske tilstander og traumepasienter.** Denne kombinasjonen sikrer fagmiljøenes akuttkompetanse og bidrar til optimal tilnærming til denne store gruppen pasienter, samt rasjonell drift av landets største akuttsykehus.
- **OUS Ullevål har i økende grad bakvaktfunksjon akuttkirurgisk og medisinsk for HSØ, og dette krever et stort miljø med denne typen erfaring og tilnærming.** Det samme miljøet representerer nesten alle fagfelt med akuttvirksomhet. I tillegg til regional bakvaktfunksjon, er det en forutsetning for disse fagmiljøene at de har stort volum av vanlig akuttvirksomhet for kompetansebygging/opplæring/vedlikehold i tillegg til tilhørende elektiv virksomhet. Dersom denne funksjonen fragmenteres, vil tilbudet til akuttpasientene, inkludert traumepasientene, svekkes.
- **Planlagt omorganisering av OUS vil medføre deling av akuttmedisinske sløyfer med påfølgende stort volum av akuttmedisinske transporter fra Aker til Gaustad.** Det vil svekke kvaliteten i pasientbehandlingen og øke risikoen for disse kritisk syke pasientene, slik vi eksempelvis ser innen behandlingen av hjerneslag i dag. Etter vår oppfatning må akuttmedisinsk vurdering/triage og endelig behandling må skje ved samme lokalisasjon (gjelder begge sykehus). Kapasiteten på Gaustad, som skal tilby alle akuttfunksjoner, må være stort nok til å kunne håndtere alle pasienter som innlegges med ukjent akuttmedisinsk tilstand. Som beskrevet i idefaserapporten må minst 50% (dvs. >240.000) av populasjonen som tilhører dagens Ullevål, lokaliseres til et samlet sykehus på Gaustad for å ivareta dette kravet.
- **En begrenset lokalsykehusfunksjon på Gaustad vil, i tillegg til å gi et suboptimalt tilbud til disse pasientene, medføre en altfor stor akuttfunksjon på Aker,** sannsynligvis for 6 bydeler medisin og 9 bydeler akuttkirurgi. Dette er u hensiktsmessig å drifte. Vi opplever i dag på



Ullevål at en stadig økende akuttvirksomhet er nesten u håndterlig og truer elektiv virksomhet.

- En samlokalisering på Gaustad forutsetter at alle relevante miljøer og funksjoner flytter med fra Ullevål. **Det foreligger en betydelig økt risiko for at denne akutfunksjonen og sykehuset vil bli underdimensjonert og vil påvirke eksisterende elektiv drift på dagens Rikshospital** (inkludert transplantasjonsvirksomheten). Omvendt vil de høyspesialiserte og -prioriterte funksjoner påvirke den svært viktige nasjonale og regionale akutt- og beredskapsfunksjonen negativt.
- **Vi mener at hele akuttvirksomheten må flyttes 'en bloc'**. En gradvis flytting er uakseptabel og for risikofylt. Vi mener man ikke skal godta at kvaliteten på pasientbehandlingen reduseres, heller ikke midlertidig. Kvaliteten må være like god for hele akuttdriften til siste dag på nåværende lokalisasjon og fra dag én på ny lokalisasjon.
- **Som tidligere beskrevet, ser fagmiljøene svært få synergieffekter av en samlokalisering med et høyspesialisert elektivt sykehus.** København har valgt en slik modell som er utredet og vurdert som risikabel tidlig i OUS-prosessen. Stockholm har nå valgt samme modell til tross for at den ble vurdert som svært risikabel av fagmiljøene, og situasjonen for traumefunksjonen ved Sveriges største traumesenter blir i dag beskrevet som 'kritisk'.
- OUS som regionalt og nasjonalt beredskapssenter kan ikke ta seg råd til å bygge for lite. OUS må ha en åpen dør. Dette praktiseres i traumeomsorgen og all øvrig akuttvirksomhet i dag. De gangene kapasitetsutfordringer har forhindret dette har det resultert i livstruende situasjoner. **Den største bekymringen knytter seg til at totalvolumet på planlagte nye sykehusbygg blir for lite i forhold til den pasientpopulasjonen man skal håndtere.**

På bakgrunn av ovennevnte fremstår ikke prosjektet som tilstrekkelig gjennomtenkt. Prosessen bærer preg av å være et **rent flytteprosjekt**. Utover gjenopprettelsen av et lokalsykehus på Aker med akuttpsykiatri og rus, fremstår prosjektet uten klare faglige gevinster, men heller med betydelig risiko for pasientbehandling, kompetanse og arbeidsmiljø. Mens prosessen i realiteten ruller videre gjennomføres en viss risikovurdering underveis, men HSØ sin egen risikovurdering ser primært ut til å vurdere prosjektets fremgang, ikke fremtidig pasientbehandling.

Prosjektet er sannsynligvis realiserbart, men vi mener man må ta seg tid til å arbeide i rett rekkefølge:

- hvilken organisering tjener pasientbehandlingen?
- hvilke ulemper / risiko har en slik organisering?
- hvordan bygger vi best for å oppnå dette?
- hva kan vi fylle lokalene med av pasientbehandling?

I tillegg vil arbeidsgruppen påpeke at en etappe 2 slik den er planlagt er uforsvarlig. Vi er overrasket over at et så faglig uforsvarlig forslag i det hele tatt beskrives. Dette signaliserer på en uheldig måte hvilken risiko man er villig til å ta for å oppfylle tidligere vedtak. Gynekologi/føde/barn kan for eksempel ikke etterlates på Ullevål uten alle nødvendige støttefunksjoner som inkluderer mange medisinske, radiologiske, intensivmedisinske og kirurgiske spesialiteter. En etappe 2 der gynekologi/føde/barn er byttet ut med deler av andre fagfelt er også dyre og potensielt uforsvarlige løsninger. Et byggetrinn 2 ved Gaustad og Aker vil i tillegg forstyrre to sykehus i full drift. Dette var og er fortsatt et viktig argument for i stedet å satse på nybygg og videreført sykehusdrift på Ullevål.

## 2. Arbeidsgruppen sammensetning

Arbeidsgruppen består av Fokusgruppe A3 og G3 i tillegg til andre relevante resurspersoner. Gruppen er ledet av fokusgruppe lederne for A3/G3: Anders Holtan, Inger Larsen og Tina Gaarder.

### 2.1 Arbeidsgruppens medlemmer

Navn	Virksomhet/avd.	Navn	Virksomhet/avd
Inger Larsen (leder)	Akuttmottak	Linda Vinje	AKU
Anders Holtan (leder)	Akuttlinikken	Lisbeth S. Andersen	KRN
Tina Gaarder (leder)	Traume	Liz Ertzeid Ødeskaug	OSS
Nils Oddvar Skaga	Avd. for anesthesiologi	Morten Mowe	MED
Anders Halden	Prehosp	Peter Monrad-Hansen	KIT
Asle Enger	PHA	Roger Trana	OPK
Berit Averstad	TV/NSF	Rolf-Andre Oxholm	HLK
Dag A Foldvik	AKU	Øystein Vengen	HLK
Dag H Reikvam	MED	Solrun Fransen	KLM
Diana Solms	VO	Tarje Tinderholt	PHA
Else L. Skjæret-Larsen	TV/Fagforbundet	Thorbjørn H. Sundin	PHA
Gjermund Vognild	PHA	Anders B. Martinsen	MED/AKU
Gunnar Sandbæk	KRN	Andreas E. Hansen	Prehospital
Helle Midtgaard	AKU	Anne Salomonsen	OSS
Ian Thomas Small	PHA	Bjørn Braathen	HLK
Jon Sigurd Riis	MED	Bjørn Erik Hox	TV
Julie Dybvik	TV	Elin V. Thorsen	AKU/KIT
Karl Kristian Storvoll	KRN	Erik Høiskar	TV
Espen R Nakstad	MED	Gry Paulsen	AKU
Helge Eiding	AKU	Johann B Dormagen	KRN
Gunnar M. Grømer	AKU	John Clarke-Jensen	OPK
Jens Chr. Holmberg	AKU	Knut M. Kolstadbråten	AKU
Joakim Jørgensen	AKU	Linda Lindviksmoen	Nevro
Kristoffer Russel	HLK	Maren Clason	TV
Mads Aarhus	Nevro	Marie Halgunset	KLM
Marianne Nordahl	TV	Michael Schneider	HHA
Marit E. Hetland	TV	Oddbjørn Salte	KIT
Nina B Flåten	VO	Sasa Katadzic	MED
Pål Aksel Næss	AKU	Thorbjørn B. Steen	KVI

## 2.2 Arbeidsgruppens møter og arbeidsform

Arbeidsgruppen har avholdt 6 møter med svært godt oppmøte. I tillegg har kommunikasjonen foregått via epost. Man har tatt utgangspunkt i:

- 1) Diskusjoner rundt forutsetninger for kvalitetssikring og risikovurdering av en flytting og splitting av funksjoner
- 2) Innhentete tall fra representantene for de aktuelle fagmiljøene som grunnlag for dimensjonering av funksjoner som skal flyttes

UTKAST

## 3. Leveranse

### 3.1 Befolkningsgrunnlag

#### 3.1.1 *Et selvstendig lokalsykehus som grunnlag for akutfunksjon*

I lokalsykehusgruppen i Idefase-prosjektet ble det beskrevet at det regionale akutt- og beredskapssenteret må ha minst 60% av dagens befolkningsgrunnlag på Ullevål for å sikre en adekvat (akutt)kirurgisk virksomhet ved ny lokalisasjon. I dag har Ullevål akuttkirurgisk funksjon for 410.000 innbyggere, 60% av dette er 240.000. Å redusere befolkningsgrunnlaget til 150.000 av plasshensyn medfører at det ikke vil bli et adekvat grunnlag for den akutt-, traume- og beredskapsfunksjonen som er tenkt lagt til Gaustad, samt nok elektiv virksomhet for selvstendig drift.

OUS sitt opptaksområde vil bestå av 9 bydeler indremedisin og 12 bydeler akuttkirurgi. Vedtaket antyder 3 bydeler til Gaustad. Dette medfører 6 bydeler medisin og 9 bydeler akuttkirurgi til Aker, der befolkningsøkningen må hensyntas. All erfaring med en stor akuttvirksomhet på Ullevål i dag tilsier at dette er for mye på ett sted. Denne mengden akuttvirksomhet utgjør en trussel mot elektive sløyfer.

Dersom en så stor akutfunksjon legges på Aker, vil det være naturlig at det mest akutte legges der, nemlig traume. Dette forutsetter imidlertid at nevrokirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi etc. også legges dit. Da vil det ikke være grunnlag for å legge et lokalsykehus på Gaustad, og i så fall vil sykehuset på Aker bli enda større, med mindre man bygger ytterligere et lokalsykehus i Oslo.

### 3.2 Dimensjonering

#### 3.2.1 *Det må bygges stort nok, og det dreier seg om 2 store sykehus som skal bygges*

I idefaseprosjektet ble det understreket at dimensjoneringen var for dårlig fundert og skulle gjennomgå mer detaljerte utregninger. Man tok høyde for en økende andel eldre pasienter i fremtiden og 35.000 innbyggere per år i tilflytting til Oslo. Den betydelig økte regionale bakvaktsfunksjonen som er tilkommet i de senere år, og som trolig kommer til å fortsette å øke, var ikke tatt med i beregningen. Til tross for dette har man redusert størrelsen på planlagte nybygg til somatikk fra >100.000 kvm på Gaustad til 80.000 kvm ved den planlagte flyttingen av traumatologien med nødvendige støttefunksjoner. Hvilke beregninger som ligger til grunn for en slik reduksjon, er det ikke redegjort for, ei heller hvilke andre somatiske funksjoner som skal inn i de samme arealene. Fagmiljøene har gjentatte ganger bedt om innsyn i de beregninger som ligger til grunn for størrelsen på nye arealer på Gaustad.

Det er anført at man frem mot 2030 ser for seg 10-12% økning i døgnopphold ved sykehuset, mot 50-60% økning i dag- og poliklinikk. Imidlertid er dette ikke relevant for den akutt- og traumerelaterte delen av somatikken som er tenkt lagt til Gaustad, der flere pasienter vil kreve innleggelse. Akuttpasienter (traumepasienter inkludert) kan ikke sendes tilbake til eget lokalsykehus umiddelbart etter en utført prosedyre, men må beholdes til risiko for komplikasjoner er på et forsvarlig nivå.

For denne pasientgruppen er effekten av å flytte dem til sykehotell allerede tatt ut. Akuttpasienter innlagt på Ullevål sendes allerede i dag hjem så snart dette er forsvarlig. Det er i dag kun de sykeste som opptar sengene på Ullevål. Beregningsmodellene klarer heller ikke å ta hensyn til regional- og landsfunksjonene, ei heller utvikling innen medisinsk samhandling, f.eks. henvisningspraksis fra legevakt til akuttmottak eller det faktum at stadig eldre pasienter med

betydelig komorbiditet nå har forlenget levetidsutsikt. I møte med akuttmiljøet ved Sykehuset Østfold Kalnes fremheves disse to forholdene som delårsaker til at akuttmottaket der fremstår som om lag 50 % underdimensjonert.

### **3.2.2 Tall på drift som skal flyttes**

**Arbeidsgruppen opplever at aktuelle sengetall er uavklart og 'i drift'. Arbeidsgruppen har derfor begrenset seg til å beskrive den aktuelle driften, med hovedvekt på driften som skal flyttes og kreve nybygg (nye senger). For å illustrere åpenbare diskrepanser mellom aktuell og planlagt og virksomhet har vi valgt å bruke intensivkapasiteten, se avsnitt 3.3.3. Arbeidsgruppen er selvsagt villig til å bistå og tolke data, samt hjelpe til med faglige estimater for den reelle fremtidige driften.**

Arbeidsgruppen har forsøkt å innhente tall for drift både fra dagens RH, Ullevål og Aker. Det har vist seg vanskelig å skaffe tall fra RH. Gruppen er blitt presentert for totalantall liggedøgn for hele OUS, for hvert fagfelt, men ikke spesifisert per lokalisasjon.

Arbeidsgruppen har konkludert med at det viktigste målet er å skaffe tall for virksomheten som i dag er lokalisert på Ullevål og Aker, som er de funksjonene som ifølge vedtakene skal flytte. Derfor består tabellen nedenfor i alt vesentlig av tall fra fagfelt med lokalisasjon Ullevål og Aker. Der arbeidsgruppen har skaffet sammenliknbare tall, er det betydelig diskrepans mellom oversendte tall fra prosjektledelsen for OUS og disse. Et eksempel er liggedøgn for gastro- og barnekirurgi for hele OUS, som tilsvarer det vi finner for gastro- og barnekirurgi bare for Ullevål.

Når det gjelder sengeposter og beleggsprosent, ligger disse jevnt over på >90%, og ofte >100% med dagens sengeantall. Dette medfører at dersom man hadde fulgt en realitetsbasert beregningsmodell med utgangspunkt i dagens drift, måtte man dimensjonere opp sengetall allerede på 2017-tall før man fremskriver til 2035.

Fargekoder: **orange** – fag som splittes mellom Gaustad og Aker; **grønn** – fag som samlokaliseres med tilsvarende spesialitet på Gaustad; **lilla** – fag som er samlet på Gaustad; **blå** – fag som er tenkt flyttet senere; hvit - usikkert

Tabell 1. Virksomhetstall fra Ullevål, med mindre annet er spesifisert (A:Aker; OUS: totaltall).

Fagfelt	Poliklinikk	El/akutt Pas (ant)	L-døgn	Senger flytt/tot	Intensiv døgn	Op-øker Flytt/tot
INT (se egen tabell)	–				U+A: 7332 OUS: 14271	
PO (se egen tabell)	–				U+A: 10551 OUS: 25289	
Med int				Hio 13 Mio 10	2517:resp 1168 (1306 pas)	
Medisin tot U	116900 OUS 13127 mott Pol akt 1479		Tot U:68396	192		
Obs-post			5274	17		
Gastromed			7796	16		
Geriatrici/ slag			13943	40		
GIM			8760	24		
Hjerte			9913	28		
Infeksjon/ isolat			7205+3942	21+12		
Lunge			6862	20		
Nyre			4701	14		
Onkologi						
Gastrokir	12500 23240 OUS	6238	22841	55 (+17H)	3979	22/50 33RH+U
Ortopedi	32693	2557	11984	56(+15H)		28/82.5 (RH 26.5)
Barnekir	2680	2785	5095	14		2.5/8.5
Thoraxkir	947 OUS:2179	U:1587/23%Ø OUS:904	8075 OUS:18300	14(+14H) INT: U7 18 OUS	830 pas 260 >1døgn	11.5/31.5
Karkir	A:12043	A:901	A:2388	A:10	365	8
Nevrokir	4959	3049	7295	19 (>100%)	2060	16/42.5
Kjevekir	3809	744	1858	5 (100%)		6/

Fagfelt	Poliklinikk	El/akutt Pas (ant)	L-døgn	Senger flytt/tot	Intensiv døgn	Op-øker Flytt/tot
Urologi	A:12800	A:2800		A34 (85%)	?	15/20
Plastikkir		G:1720	G:4797	G:22		2.5/27 (G:19)
Fys. med	1374	95	1425	6 (behov 12 i dag)		
Traume		2000	11930	30 (TKS)	U:6109	
ØNH						27
Nevrologi						
hematologi						
ØYE						36.5
Gyn	33703 (5646 ak)			U:29+14DK	9PO-senger	U:28 gyn +føde
Føde	25253	6995		Obs 15 barseel 27 hotell 46		
TX						7
Ak.psyk		1000		45		
Rus/avh	39000 OUS	2950 OUS	29500 OUS	100 OUS		

Følgende forkortelser er benyttet i tabellen: U = Ullevål, A = Aker, G = Gaustad, Int = Intensiv, MIO = Medisinsk overvåkingsavdeling Ullevål, HIO = Hjertemedisinsk overvåking Ullevål, GIM = Generell Indremedisin Ullevål, TKS = Traumekirurgisk sengepost, H = Hotellsenger, DK = Dagkirurgi, RESP = Respiratordøgn, PO = Post-operativ

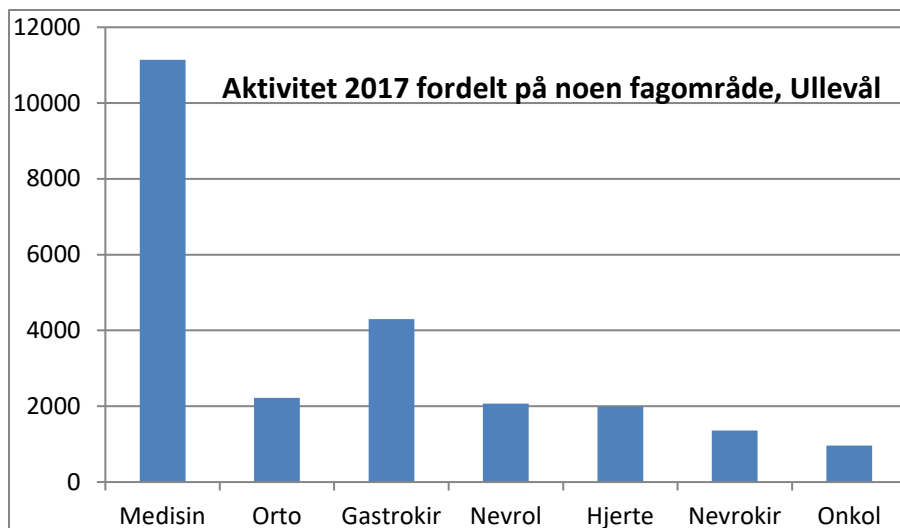
### 3.3 Driftsbetraktninger for fagfelt som skal flyttes og samlokaliseres eller splittes

I tillegg til tall har vi bedt representantene fra de forskjellige fagmiljøene om følgende:

- Hvis relevant beskrive hva som karakteriserer det spesielle ved deres fagfelt (som gjør at det ikke passer inn standard beregningsmodell)
- Hvis relevant beskrive fordeler og ulemper ved flytting/splitting
- Evt. beskrive forventet drift i det fremtidige sykehuset
- Evt. kommentere på tall eller legge til annen relevant informasjon

#### 3.3.1 Akuttmottak

Diagrammene nedenfor viser pasientvolum etter fag for henholdsvis Ullevål og RH. Merk at skalaen (y-aksen) for Ullevål er 10 ganger den for RH når det gjelder antall pasienter.



Tabellen over viser antall innlagte pasienter via Akuttmottaket på Ullevål i 2017



Tabellen viser oversikt over antall pasienter via Akuttmottaket på RH i 2017.

- Det er utfordrende å dimensjonere nye akuttmottak når virksomheten de skal tuftes på, ikke er tydeligere definert.
- Akuttmottak er et speilbilde av virksomheten i organisasjonen forøvrig, og kapasitet og utforming er avhengig av at de ulike pasientsløyfer defineres.
- Tallene i diagrammene reflekterer ikke forskjellen i drift i akuttmottakene ved de 2 lokalisasjonene, der RH preges av ferdig sorterte sløyfer raskt gjennom mottak, mens Ullevål håndterer mer usortert akuttvirksomhet med pasientbehandling i akuttmottaket.
- PCI, slag f.eks. – skal dette være på ett sykehus eller på begge?
- Det er svært bekymringsfullt at to bydeler i Groruddalen ikke er med i etappe 1, akuttmottaket på Aker må dimensjoneres slik at man unngår på-/ombygging i etappe 2.



### **3.3.2 Anestesi**

Anestesiaktiviteten i OUS er en del av Akuttklinikken og den er organisert i Avdeling for anesthesiologi (anestesileger) og Avdeling for anesthesisykepleie (anesthesisykepleiere) som begge har personell på Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker. Generell anestesi og regional anestesi til elektiv og øyeblikkelig hjelp i alle kirurgiske spesialiteter utgjør det største volumet av tjenester. Det er også stor aktivitet i fagområdene Akuttmedisin (inkl. beredskap) og intensivmedisin. Vesentlig er også generell anestesi til pasienter for diagnostiske og terapeutisk prosedyrer (CT, MR mv). Anestesileger i prehospitaltjenester er organisert i Prehospital klinikk. Smertebehandling er organisert i Avdeling for smertebehandling. Disse vil ikke bli nærmere omtalt her.

Planlagt aktivitet innen fagområdet anesthesiologi må være samstemt med den kirurgiske aktiviteten og organiseringen av denne. Tjenestene er til dels høyt spesialisert, og det er kun enkelte tjenester på de ulike sykehusene som kan oppfattes som overlappende. Enkelte funksjoner vil ved en planlagt første etappe flytting ut av Ullevål sannsynligvis kunne slås sammen med tilsvarende seksjoner på Gaustad, f.eks. anestesileveranse for fagområdene gastrokirurgi og nevrokirurgi. I andre seksjoner er det ikke noen naturlige overlappende tjenester; eksempelvis innenfor ortopedi slik den er organisert i dag. Her kan man oppleve oppsplitting av velfungerende seksjoner. Enkelte funksjoner finnes i dag kun på ett av de to sykehusene – eksempelvis ØNH- og øyekirurgi. Det kan ikke forventes effektivisering ved flytting ut av Ullevål siden dagens bemanningsnivå uansett må følge eksisterende aktivitet.

Akuttmedisinsk anesthesiologisk beredskap fordrer høy vaktberedskap på døgnbasis. På Ullevål er det i dag 5 anestesileger og 5 anesthesisykepleiere i tilstedevakt på natt, og med ytterligere personell i hjemmevakt. Akuttklinikken totalt sett har mer enn 20 leger (hvorav de langt fleste er spesialister) og mer enn 10 spesialsykepleiere innen anestesi som en minimumsbemanning på natt. Den anesthesiologiske akuttvirksomheten er like høyt spesialisert som den elektive virksomheten og nær sagt ikke overlappende mellom Gaustad og Ullevål. Både Gaustad og Aker vil bli store akutt sykehus og vil måtte ha store anesthesiologiske vaktteam. Spesielt på Gaustad vil vaktteamene måtte bli svært store pga. både stor ø-hjelp belastning og behov for en rekke spesialiserte funksjoner som håndteres av mindre grupper anestesipersonell. Det er vanskelig å se for seg noen effektivisering i form av redusert antall vaktgående personell siden vaktteamene i dag har mye å gjøre, og driver nesten helt ulik aktivitet. Store, akutte ø-hjelp pasientgrupper innen traumatologi, nevrokirurgi, transplantasjon og indremedisin, som alle etter planen skal bli samlet på Gaustad, trenger reell beredskap slik at alle får tidskritisk behandling uten forsinkelse.

Spesielt kan nevnes at det å beholde trykktank som en restfunksjon på Ullevål, slik planen er i dag, i praksis medfører at Avdeling for anesthesiologi ikke kan opprettholde denne tjenesten slik det er forventet av HSØ. Likeledes vil ikke anestesimiljøet kunne opprettholde sitt tilbud på høyrisikosmitteisolat slik helsemyndighetene forventer dersom dette også forblir på Ullevål som en restfunksjon. Kvaliteten innen obstetrisk og gynekologisk virksomhet kan ikke opprettholdes med disse fagene gjenværende som restfunksjon på Ullevål. De må flyttes i fase 1.

### **3.3.3 Intensivmedisin**

Dagens situasjon preges av at det er underdimensjonerte intensivheter på Gaustad, mens det på Ullevål er flere spredte, og stadig oftere fulle avdelinger. Nytt sykehus som ikke står ferdig før

om 10 år må regne med at alle intensivavdelinger på eksisterende Rikshospitalet må bygges om/rehabiliteres.

Det er svært vanskelig å kommentere tallene for fremtidig intensivbehov på Aker og Gaustad da det legges til grunn kompliserte modeller uten at vi har innsikt i alle variabler og bakgrunnsmateriale. Det er angitt nye 71 intensivplasser i etappe 1 på Gaustad, dette synes ikke tilstrekkelig sett i lys av dagens og fremtidens aktivitet. Slik vi har forstått det er det bl.a. 25 senger til nyfødtintensiv, 15 til medisinsk intensiv og 6 til barneintensiv i disse 71 sengene. Da er det kun 25 plasser igjen til voksenintensiv som skal betjene traumer og kirurgi. I dag er det 23 bemannede kategori 3 senger for denne gruppen på aktuelle seksjoner Ullevål (GI, Nevro, PO og Hjerne PO) og hhv. 31 bemannede senger totalt (kategori 2 og 3) og 57 tekniske senger.

Til beregningene har vi også følgende kommentarer:

- Framskrivning av aktivitet er kun utført på aktivitet «i bevegelse», ikke den aktiviteten som er i eksisterende Rikshospitalet. Faktor for framskrivning av intensivbehov er ukjent for oss, men dersom man tar utgangspunkt i 10 % økning utgjør dette ca 4 intensivsenger for dagens pasientpopulasjon på Rikshospitalet. Det synes ikke som dette er tatt høyde for.
- Man legger til grunn et belegg på 75 % i observasjonssenger. Dagens situasjon tilsier et belegg som er til dels vesentlig høyere enn dette (spesielt på Ullevål). Dette skulle tilsi at dagens belegg er for høyt sett i lys av fremtidig mål bilde, før flytting og framskrivning.
- Intensivareal på Rikshospitalet er underdimensjonert ut fra dagens og fremtidens krav til areal sammenliknet med de arealstandarder som ligger til grunn for nybygget. Oppgradering av eksisterende arealer tilsvarende arealstandard for nybygg, vil medføre en reduksjon i intensivplasser med 10-12 plasser (nyfødt holdt utenfor) etter ombygging. Det ser ikke ut som at dette er kompensert for.
- Støttearealer som kontor, lager, møterom etc. er generelt for få og små. Integrasjon mellom nytt og gammelt bygg som sikrer god drift er ikke beskrevet.
- Nyfødt og føde/gynekologi er fortsatt ikke formelt tatt inn i fase 1, og tilsvarende intensiv og overvåkingskapasitet må derfor forbli på Ullevål.
- Under er tabell for dagens situasjon for Rikshospitalet og Ullevål. Kategori 3 senger er høyeste omsorgsnivå som sikter seg inn mot pasienter med flerorgansvikt. I kolonnen «budsjetterte senger er også øvrige overvåkningsenger tatt med (stort sett postoperative overvåkings-senger), mens «tekniske senger» er sengeplasser med tilrettelagt infrastruktur uten at disse er bemannet i normal situasjon. Denne siste kategorien utgjør en viktig ekstrakapasitet/buffer ved ekstraordinære hendelser og fremtidig øket behov for intensivplasser.

**Tabell 2** Intensivsenger ved dagens RH og Ullevål. Tallene baserer seg på daglige statusrapporter for intensivkapasitet. Det er selvsagt svært mange flere seksjoner og senger av Kategori I og II på alle 4 lokalisasjoner. Disse er vitkige for drift og belegg av intensivplasser, men tas av praktiske hensyn ikke med her. Likeledes er intermedieærkapasitet en viktig faktor som påvirker de høyere omsorgsnivåene (Kategori III intensiv), men så langt vi vet foreligger det ingen plan for dette, noe som er en klar svakhet ved prosjektet.

Seksjon RH	Tekniske senger	Budsjetterte senger	Intensivsenger Kat. III
Gen.Int. 1	11	10	10
Gen.Int 2	11	6	6

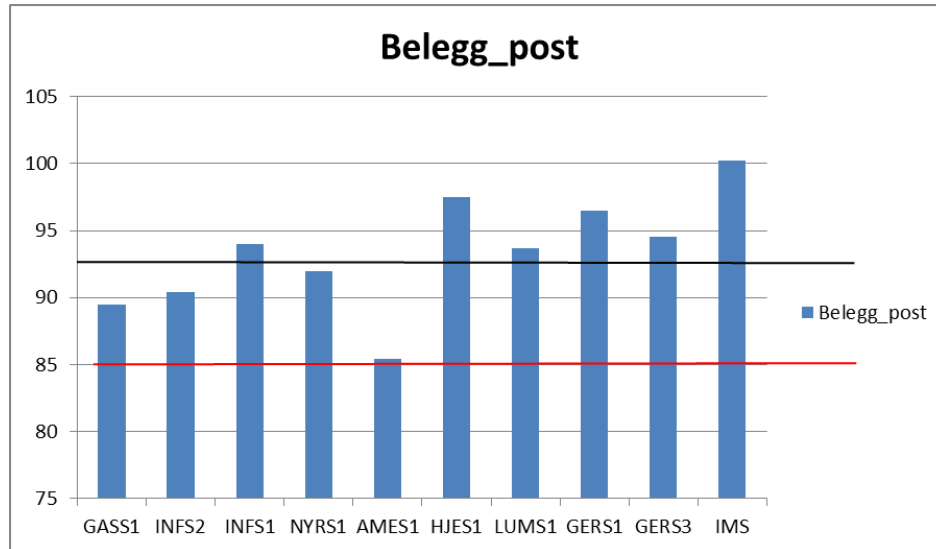
BI	9	6	6
PO	26	22	0
Thx. 1	11	8	8
Thx. 2	6	6	6
Nyfødt Int.	20	20	10
<b>Sum</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>46</b>
Seksjon Ullevål			
Gen.Int.	12	10	10
Nevroint.	8	6	6
PO 1 + 2	30	10	4
BI	4	3	2
Nyfødt Int.	27	27	7
HIO	13	13	5
MIO	12	10	3
Hjerte PO	7	5	3
<b>Sum</b>	<b>113</b>	<b>84</b>	<b>40</b>
<b>Totalt RH/ULL</b>	<b>207</b>	<b>162</b>	<b>86</b>

#### 3.3.4 Indremedisin

Indremedisin er planlagt delt mellom Aker og Gaustad etter bydelstilhørighet, dvs. antakelig en større lokalsykehusfunksjon på Aker enn Gaustad. Derimot har flere medisinske spesialiteter mye regionale funksjoner som er tenkt lokalisert mest på Gaustad. Volumfordeling avhenger mye av fordeling PCI, der en samling av alle prosedyrer på Gaustad vil medføre store volum pasienter til utredning siden man må unngå stort volum sekundærtransporter. Gruppen finner det betenkelig at detaljplanlegging gjennomføres uten at fordeling av fag er konkretisert, risikovurdert og kvalitetssikret.

Diagrammet nedenfor illustrerer beleggprosent i de medisinske sengepostene på Ullevål. Med andre ord ligger belegget langt over norm allerede. Dette må gjenspeiles i utregning av arealer

totalt for medicin på Gaustad og Aker



#### Akuttmedisin

Akuttmedisin planlegges fordelt mellom Aker og Gaustad i henhold til fordeling av bydeler til lokalsykehusfunksjon. Må påregne sekundærtransporter fra Aker som ved henvisninger til regionsykehuset for øvrig.

#### Generell indremedisin

Planlagt fordelt mellom Aker og Gaustad i henhold til fordeling av bydeler til lokalsykehusfunksjon. Må påregne sekundærtransporter fra Aker som ved henvisninger til regionsykehuset for øvrig.

#### Geriatri

Planlagt lokalisert på Aker?

#### Gastromedisin

Gastromedisin er planlagt fordelt mellom Aker og Gaustad i henhold til fordeling av bydeler til lokalsykehusfunksjon. Må påregne sekundærtransporter fra Aker som ved henvisninger til regionsykehuset for øvrig. Må forventes å ha selvstendig skopi-funksjon.

#### Kardiologi

Vil måtte fordeles mellom Gaustad og Aker. Uklar fordeling PCI. Hvis hele denne funksjonen skal være på Gaustad blir dette et stort volum og sårbar funksjon på Aker med betydelig sekundærtransporter. Miljøet uttrykker bekymring for dagens velfungerende PCI-sløyfer på Gaustad, ved en samlokalisering med et stort akuttsenter.

#### Infeksjonsmedisin/isolat

- Én større høyspesialisert infeksjonsmedisinsk sengeavdeling på Gaustad
- Høysmitteisolater flyttes til Gaustad i etappe 1
- Én mindre infeksjonsmedisinsk sengepost/seksjon på Aker
- Én infeksjonsmedisinsk poliklinikk på én lokalisasjon («En dør inn» i OUS)

- Drift av infeksjonsmedisinsk tilsyn på alle 3 OUS lokalisasjoner (Radiumhospitalet, Gaustad, Aker)

#### Lungemedisin

Vil måtte fordeles mellom Gaustad og Aker, men uvisst hvordan.

#### Nyremedisin

Vil måtte ha avdeling begge steder med mulighet for dialyse.

#### Hematologi

Er i dag samlet på Gaustad med poliklinisk funksjon Ullevål. Tilsvarende funksjon må påregnes på Aker.

#### **3.3.5 Onkologi**

Krever en fordeling mellom Aker og Gaustad all den tid det skal utføres cancer-kirurgi på Aker.

#### **3.3.6 Nevrologi**

Betydelig virksomhet på både Ullevål og Gaustad i dag, antas å bli samlet på Gaustad. Vil måtte ha funksjon på Aker, men denne avhenger av fordeling av slagpasienter/thrombolysebehandling.

#### **3.3.7 Laboratoriemedisin**

- Flytting av blodbanken i etappe 1 til Gaustad er eneste forsvarlige løsning.
- Fremskutt enhet på Aker serves herfra. Laboratoriefunksjoner for øvrig må følge Blodbanken.
- Dersom hovedlaboratoriet lokaliseres på Gaustad vil det kreves betydelig diagnostisk virksomhet på Aker.
- Dette vil kreve kontinuerlig og sikker transport av betydelig prøvevolum mellom Aker og Gaustad.

#### **3.3.8 Radiologi**

- Radiologi vil følge de kliniske fag. Dette betyr at for eksempel all nevreradiologi samles på Gaustad, mens andre store områder innen radiologi, som ortopedisk-, gastrointestinal- og intervensjonsradiologi, vil bli delt mellom Aker og Gaustad. Dette vil ha negative konsekvenser for helhetlig kompetanse, akutt- og traumeberedskap.
- Splitting av eksisterende faggrupper vil kunne føre til stor uro i seksjoner og medfølgende kunnskapstap.
- Slik vi ser det, vil det etter fase 1 vil bli svært vanskelig å rekruttere fagfolk til et nedslitt Ullevål sykehus, når det fins to nye sykehus på Aker og Gaustad.
- Vi er bekymret for totalt areal og frykter trange lokaler, både på Aker og Gaustad. Andre nye sykehusbygg har vist at det er særlig krevende å få gode nok granskningsarealer for radiologer.

#### **3.3.9 Gastrokirurgi**

- Gastrokirurgisk avdeling vil i fremtiden ivareta akuttkirurgiske problemstillinger ved begge sykehus og vil ha avdelinger ved begge lokalisasjoner.
- Endelig fagfordeling er ikke avklart, men avdelingen er avhengig av at det blir avsatt store nok arealer til å ivareta både elektiv og akutt drift for både lokal- og regionspasienter.
- Gastrokirurgien på Ullevål omfatter flere regionsfunksjoner som ikke uten videre kan splittes fra en stor område- og lokalfunksjon uten at dette påvirker behandlingskvaliteten, dels på grunn av oppdeling av volumer, og dels på grunn av avhengigheter faglig for opprettholdelse av kompetanse.

- Erfaringsmessig ser vi at flere komplekse pasienter overføres til OUS fra sykehus i regionen pga. behov for både kirurgisk og intensivkompetanse.
- Det er også nødvendig med akuttmottak med mulighet for nødkirurgi ved begge sykehus samt operasjonsstuer med hybrid/angio mulighet.
- Elektive operasjonsstuer må dimensjoneres for fremtidig avansert kirurgi med robot som krever mer enn de oppførte 55 kv.m. per stue.
- Gastrokirurgisk avdeling støtter et samtidig flytt med kvinne/barn for å ivareta akutte blødningstilstander samt samarbeid på operasjon på både vakt og dagtid.
- Det gastrokirurgiske/akuttkirurgiske miljøet uttrykker bekymring for ø.hjelps-kapasiteten ved at Aker blir et for stort sykehus med for stort opptaksområde.

### **3.3.10 Ortopedi**

- Ortopedien er et av fagfeltene som vil bli delt mellom Gaustad og Aker.
- Regionale funksjoner som spinalkirurgi, hånd, fot, proteser og skopivirksomhet i tillegg til traume med en stor lokalsykehusfunksjon vil bli lokalisert på Gaustad.
- Aktuell lokalsykehusfunksjon legges til Aker, i tillegg til et geriatrisk ortopedisk senter.

### **3.3.11 Barnekirurgi**

Det er naturlig å samle all kirurgi på barn på ett sted, og dette planlegges til Gaustad.

### **3.3.12 Thoraxkirurgi**

Thoraxkirurgi er tenkt samlet på Gaustad, men med behov for funksjon på Aker

### **3.3.13 Karkirurgi**

Karavdelingen er planlagt flyttet til Gaustad, men må ha tilstedefunksjon på Aker

### **3.3.14 Nevrokirurgi**

- Nevrokirurgien er tenkt samlet på Gaustad og vil bli blant Europas største nevrokirurgiske avdelinger.
- Samlet operasjonsvolum i dag med ca. 5000 inngrep er på størrelse med Berlin Charité, som er delt på 3 lokalisasjoner og har 81 vanlige senger.
- Samling vil kreve et stort antall operasjonsstuer og anestesiserice, betydelig radiologisk kapasitet og et stort team av vaktgående leger.
- Det vil høyst sannsynlig bli samtidighetskonflikter ved akutte operasjoner utenfor vanlig arbeidstid, hvis man ikke sikrer nok antall kompetente leger på vakt.
- Ca. 50% av multitraumepasientene har nevrokirurgiske problemstillinger, ergo må nevrokirurgi samlokaliseres med traume.
- En fordel ved samling er at alle fagfeltene innen nevrokirurgi blir å finne på ett sted.
- En ulempe er størrelsen med de drifts- og logistikkmessige utfordringene det medfører.
- En samling vil kreve et stort antall intensivsenger og tilstrekkelig bufferkapasitet for å sikre beredskap.
- På bakgrunn av størrelsen ved samling av avdelingen er det naturlig at nevrokirurgi pekes ut som et hovedsatsingsområde for OUS.

### **3.3.15 Kjevekirurgi**

Tenkt flyttet til Gaustad. For et så lite miljø er det en fordel å arbeide på færre lokalisasjoner.

### **3.3.16 Urologi**

- Planene for urologisk avdeling er ikke endret etter at modellen med Gaustad, nye Aker, nye DNR og nedleggelse av Ullevål ble lansert/vedtatt. Avdelingen er ikke bedt om å utrede hvordan avdelingens virksomhet skal fordeles mellom de to sykehusene, som skal ha akuttfunksjoner. Det har heller ikke vært noen intern diskusjon i avdelingen om dette.
- Gjeldende plan for avdelingen er opprettholdelse av seksjon for nevrourologi og rekonstruktiv urologi ved Gaustad, flytting av all prostatakreftbehandling til nye DNR og alt det øvrige, inkl akuttfunksjoner til Ullevål. Om akuttfunksjoner ved prostatacancer skal til Ullevål eller DNR er uavklart.
- Til tross for manglende utredning regner vi med at akuttfunksjonene er tiltenkt fordelt mellom Aker og Gaustad. For enklere akutt-tilfeller kan nok det gå, men for nyresteinpasienter, som utgjør en betydelig andel av akuttbehandlingen, er dette svært uheldig. Den operative behandlingen er blitt nokså spesialisert og vil kreve duplisering av svært kostbart utstyr med to behandlingssteder uten at totalvolumet av pasienter, som krever slik behandling, tilsier denne type deling.
- Avdelingens plass i multitraumesammenheng har med vårt fravær ved Ullevål vært mest konsultativ. Avdelingen har likevel en naturlig plass i et multitraumeteam. Alvorlig urologisk traumatologi er også blitt en funksjon der et begrenset antall urologer i OUS har erfaring/kompetanse, i alle fall mht det operative. Det skal også bemerkes at det er de samme urologene som også bistår gastro- og gyn/føde ved akutte operative tilfeller og som driver med den tyngre kreftkirurgien. Slik vil det nok også være i overskuelig fremtid, og disse forhold må det tas hensyn til når akuttfunksjoner skal fordeles mellom sykehusene i den vedtatte OUS-modellen.

*Det er ellers et tankekors at urologien før OUS var lokalisert på 3 steder i Oslo. Med de foreliggende planer vil man fortsatt være på 3 steder, bare at man har «stokket litt om på kortene». Det var vel ikke slik OUS var tenkt («samling av fagmiljøer»)?*

### **3.3.17 Plastikkirurgi**

- Er i utgangspunktet samlet på Gaustad, men med suboptimal funksjon på Ullevål da det ikke er tilhørighet. Det samme blir utfordringen ved en nødvendig funksjon på Aker.
- Det er behov for en brannskadeavdeling i tillegg til Haukeland både av kapasitets- og beredskapsmessige grunner. Dessuten kan brannskadde pasienter ha andre alvorlige skader som skal håndteres av OUS. Det oppfattes som uakseptabelt at det ikke finnes dedikerte brannskaderessurser i OUS.

### **3.3.18 Fysikalsk medisin – tidlig rehabilitering**

Dagens 6 senger utgjør mindre enn 50% av dagens behov (dvs. 12 senger). I tillegg må en regne med en økning på 15%, dvs. totalt 14-15 senger, langt mer enn det som synes planlagt i nytt sykehus på Gaustad.

### **3.3.19 Traume**

Det ingen faglige grunner til at traume skal samlokaliseres med høyspesialiserte elektive pasientsløyfer. Traumatologien utgjør noe av det mest akutte i en akuttfunksjon, og er uløselig kompetanse- og driftsmessig knyttet til regionens største akuttfunksjon. Traume er avhengig av tilgang til traumekompetanse fra alle spesialiteter. 'Idefaseutredning av lokalsykehus' samt 'policydokument for traumesenterfunksjon' beskriver hva som hører med rundt traumatologien, uavhengig av hvor den lokaliseres.

Fra utredning Traumekirurgisk sengepost 2017: Dagens tall (2017) tyder på at behovet vil være ca. 5 intermedisærseenger og 15 sengepostsenger dersom en sengepost skulle opprettes i dagens Ullevål. Man må legge til befolkningsøkning og økt sentralisering, samt traumatiserte barn og brannskader. Totalt behov vil være minst i størrelsesorden 20 + 10 sengeplasser.

### **3.3.20 Prehospital**

- Sekundærtransporter bør aktivt unngås av hensyn til både driftseffektivitet, økonomi og pasientsikkerhet.
- Sekundærtransporter vil ofte også belaste akuttmottakene.
- Sykehusene bør derfor planlegges slik at pasienter i størst mulig grad kan ferdigbehandles ved det enkelte sykehus.
- Prehospital klinikk har ved flere anledninger forklart behov rundt logistikk, atkomst, oppstilling og beredskapsfunksjon. Behovene er konkretisert i egen rapport.
- Behovet for helikopterlandingsplasser på både Gaustad og Aker er beskrevet og diskutert i eget møte.
- For at sykehuset skal kunne fungere som planlagt er det viktig at PRE blir hørt i ovenstående for å sikre rask og effektiv levering, sekundærtransport og hjemtransport av pasienter ved OUS.
- Det blir stor lufttransportaktivitet på et samlet sykehus på Gaustad. Samtidighet, reservelandingsplass og støybelastning må vurderes nøye.
- Tallene for 2017 er som følger; Antall flybevegelser (landing + avgang) OUS i 2017:
  - Totalt antall 2017: 2406 flybevegelser.
  - NLA ved OUS: 2242 flybevegelser (Ullevål 1310 og RH 932)
  - SeaKing Rygge ved OUS: 164 flybevegelser (mangler separate tall for RH/US)

### **3.3.21 ØNH**

ØNH befinner seg allerede på Gaustad.

### **3.3.22 Øye**

Øye skal flyttes til Gaustad, men er mer uavhengige av andre fagfelt. Derimot er man ikke sjelden avhengig av tilsyn fra øye, noe som ikke blir enklere logistisk hvis øye skal være igjen til en senere etappe. Det vil da måtte opprettes en formell tilstedeværelse daglig på Gaustad fra øye.

### **3.3.23 Gynekologi/føde**

Å etterlate gynekologi og føde på Ullevål til en etappe 2 er en uforsvarlig løsning i henhold til risikovurdering juni 2018. Disse fagfeltene må derfor beregnes inn i en etappe 1.

Å splitte andre fagfelt for at dette skal gjennomføres, f.eks. legge igjen rus/psykiatri, dagkirurgi, blodbank, laboratoriefunksjoner eller annen virksomhet innebærer også risiko og økte kostnader. Aker sykehus funksjon i dag er et nedslående eksempel på en dysfungerende, dyr og farlig løsning.

### **3.3.24 Transplantasjon**

Transplantasjonsvirksomheten (Tx) er lokalisert på Gaustad med fungerende pasientsløyfer, og det finnes ingen synergieffekter ved en samlokalisering med traume kombinert med en



potensielt underdimensjonert stor akutfunksjon; potensielt vil nærhet til et slik regionalt akuttsenter kunne true Tx-virksomheten.

### **3.3.25 Akuttpsykiatri**

- Akuttpsykiatrien er planlagt til Aker.
- Det er et stort udekket behov for psykiatriske vurderinger/oppfølging både på Ullevål og Gaustad i dag, slik at det er vanskelig å tenke seg et større Gaustad uten egen psykiatrisk seksjon der.
- Psykisk helsevern er i det hele tatt lite beskrevet.
- Trenger en avklaring på akuttmottak når det gjelder psykisk helse og rus. Psyk/rus og somatikk er avhengig av hverandre.
- Det er bekymringsfullt for klinikk PHA at det i brevet fra OUS til HSØ antyder at psykiatrien ikke er en del av fase 1. Psykiatrien har dårlige bygg og må ha nye bygg (for 30 lokaliteter).
- Rommene skiller seg fra somatiske rom. Det er kun avsatt 1500 m<sup>2</sup> til aktivitetsrom, inklusive gymhall, til 266 pasienter. Avsatt for lite areal til diverse rom som byggene bør inneholde og savner en oversikt over rom som planlegges inn i kubene.
- Avdeling for psykosomatikk ligger under akuttpsykiatri og er fremdeles under oppbygging.
- Enheten har viktige funksjoner som f.eks. utredning av transplantasjonspasienter og tett samarbeide med Nevro.
- Det er behov for poliklinisk funksjon og døgkontinuerlig mulighet for psykiatrisk tilsyn må utvikles.
- Denne enheten må, grunnet funksjon, ligge på Gaustad.

### **3.3.26 Rus/avhengighet**

Avdeling rus og avhengighet er i dag spredt lokalisert på Gaustad, Ullevål og Aker. Fremtidig drift er i sin helhet planlagt til Aker sykehus. Det oppleves som utelukkende positivt at driften samordnes til ett sykehus. Det er av mindre betydning om avdelingen i sin helhet får beliggenhet på Aker, Gaustad eller Ullevål. Tilknytningen til fremtidig storbylegevakt oppleves imidlertid som svært viktig. Av samme viktighet utgjør behovet for funksjonell nærhet til somatikken og psykisk helsevern, slik at akutte og elektivt innlagte pasienter kan triageres raskt og korrekt (og eventuelt omfordeles i den akutte fasen).

Det er forholdsvis høy poliklinisk aktivitet i avdelingen. Skillet mellom akutt og elektiv er ikke så tydelige i rusbehandlingen som i somatikken. Vi opplever en dreining mot akutte henvendelser og antar at fremtidig drift vil styres i denne retningen. Det vil være behov for uttalt sentralisert poliklinisk aktivitet i form av akuttkonsultasjoner med påfølgende oppfølging ved desentraliserte ruspoliklinikker/ oppfølgingsteam.

- Betydelig skepsis til å utsette samling av rus/psykiatri til etappe 2
- Planlagte bygg underdimensjonert i forhold til aktivitet

Selv om det ikke er planlagt aktivitet på Rikshospitalet er det liten tvil om et fremtidig behov for rusmedisinsk konsultasjonsvirksomhet med ukjent størrelse som det bør legges til rette for.

### **3.3.27 Smittevern**

Smitteverns innspill i prosessen, som kan ha betydning for arealberegning i nytt OUS

- Alle rom i moderne sykehus bør være enerom.

- Antall fullverdige isolater til kontakt/dråpesmitte og luftsmitte må være basert på behovsvurdering på den enkelte avdeling.
- Oppholdsrom og overnattingsfasiliteter for pårørende må ta hensyn til at pårørende kan være smittebærere og eventuelt syke med de samme mikrobenes som pasientene de ledsager. De kan dermed ikke kan dele oppholdsrom/kjøkken/bad med andre pårørende eller andre pårørende med annen type smittsom mikrobe
- Avdeling for smittevern anbefaler at sengeposter ikke bør være større enn ca. 20 senger.
- Vask og desinfeksjon av senger bør skje maskinelt i sengevaskemaskin, ikke manuelt.
- Dekontaminering av fleksible endoskop bør sentraliseres til et sted på hver lokasjon.
- Tilrettelegging for automatisert dekontaminering av mobilt ikke-kritisk medisinsk utstyr i Sentrale dekontamineringsenheter på hver lokalisasjon.
- Alle desinfeksjonsrom skal være todelte, med atskilt uren og ren side
- Ervervet antibiotikaresistens spres videre ved smitte. Når antibiotika ikke lenger virker, er det bare smitteverntiltak tilbake vi har å spille på. Hvis arealene til nødvendig pasientvirksomhet, lager og støtterom blir for små vil det ha betydning for smittespredningen - også spredningen av antibiotikaresistens i sykehuset.
- Avdelinger bør ikke dele felles støtterom (herunder også spiserom) og lager. Felles støtterom/lager og andre støttefunksjoner for avdelinger erfarer vi i dag i OUS at bidrar til smittespredning på tvers av avdelingene. Det kompliserer smitteoppsporinger og setter større deler av driften unødvendig ut av spill. Det må derfor dimensjoneres nok og store nok støtterom til virksomheten som er planlagt. Ulikt utstyr har f.eks. ulike krav til lagring i separate lagerrom med ulike krav for å hindre kontaminering av utstyr.
- Behov for at Avdeling for smittevern må har tilstedeværelse på Ullevål så lenge det er pasientdrift der, hvis det blir flytting i 2 faser.
- Behov for økt personell/kontorkapasitet for smittevernpersonell på Aker ved utvidelser der.

### **3.4 Effekt av samlokalisering på Gaustad**

#### **3.4.1 Minimale synergieffekter i forhold til risiko**

Traumemiljøet har en rekke ganger i løpet av sammenslåingsprosessen understreket at det ikke finnes vesentlige synergieffekter av å flytte de aktuelle funksjonene til Gaustad, da fagmiljøer med lik spesialisitet i navnet har ulik fagprofil og tilnærming. Disse ulikhetene er naturlig oppstått som en følge av at pasientgruppene de behandler er forskjellige. Disse fagmiljøene bør av hensyn til kvaliteten i pasientbehandlingen holdes atskilt i et nytt sykehus. De spesialiserte funksjonene som i dag er på Rikshospitalet, vil trues av en massiv akuttvirksomhet som vil kreve ressurser uavhengig av tid på døgnet. Akuttfunksjonen vil på sin side kunne trues av en prioritert transplantasjonsvirksomhet. Det er svært liten grunn til å tro at man kan rasjonalisere bort vaktlag ved en samlokalisering på Gaustad.

#### **3.4.2 Gradvis flytting er faglig uforvarlig**

Den samlede virksomheten som er involvert i akutt- og traumebehandlingen, må flyttes under ett for å unngå redusert kvalitet i behandlingen av disse pasientgruppene. I motsatt fall vil man i en sårbar periode tilby en fragmentert pasientomsorg som kan få fatale konsekvenser. Det vil også bli svært kostnadskrevenende fordi en rekke støttefunksjoner for den gjenværende

virksomheten på Ullevål (generell kirurgi, anestesi, intensivmedisin, radiologi, intervensjonsradiologi) må forbli på Ullevål, dvs. en vesentlig utvidelse av vaktfunksjonene.

### **3.4.3 Den planlagte etappe 2 er faglig uforsvarlig**

De funksjonene som er tenkt lagt igjen på Ullevål etter etappe 1, preges av manglende service- og tilsynsfunksjoner fra fagfelt de samarbeider med i det daglige. Dette gjelder ikke minst gynekologi, føde, barn.

Andre funksjoner er et nytt Gaustad utvidet med landets største regionale akutt-, traume- og beredskapssenter helt avhengig av, som høysmitteisolater, trykktank og blodbank.

Det er absurd å planlegge disse funksjonene flyttet senere enn etappe 1. Det er heller ikke bærekraftig å bytte ut funksjonene som skal bli igjen, da disse vil enten være uforsvarlig drevet eller i hvert fall dyrt og dårlig.

## **3.5 Beredskap**

Beredskap for store hendelser forutsetter at det bak et triagerende akuttmottak finnes tilstrekkelig kompetanse innen en rekke fagfelt. Videre må tilstrekkelig kapasitet sikres i tillegg til muligheter for kapasitetsøkning på samme lokalisasjon. Disse tjenestene må være samtrent iht. felles planverk. Nær sagt alle masseskadehendelser både nasjonalt og internasjonalt tilsier at ryggraden innen beredskap er et velfungerende system som jobber mest mulig likt det man gjør i hverdagen.

OUS ved Ullevål er i dag et unikt beredskapssenter hvor vi har stor kapasitet, tilstrekkelige funksjoner side-om-side, inklusive landsfunksjoner som CBRNE-senteret. Ved en fragmentering /spredning av disse miljøene vil man kunne oppleve at man er dårligere stilt enn de fleste andre norske sykehus i håndtering av store hendelser, blant annet siden de to store blokkene «akutt indremedisin» og «akutt kirurgi / traumatologi» kan ende opp på ulike lokalisasjoner, og dimensjonering og driftsdesign kan gjøre kapasitetsøkning vanskelig. Dette ble spilt inn under arbeidet med idefaserapporten hvor det heter at «...god beredskapshåndtering er nærmere knyttet til kompetanse enn til bygningsmasse». I hvilken grad nåværende fremtidsplaner gjør at denne kompetansen vil kunne opprettholdes, er uklart.

Et nybygg som skal huse regional akutt bakvakts-funksjon/traumesenter/beredskapssenter kan ikke dimensjoneres slik at det blir sprengt fra dag én. En slik funksjon forutsetter en alltid åpen dør, det er en dyr funksjon, men helt nødvendig om man skal sikre pasientene optimal behandling. OUS som landets største akutt sykehus med til dels nasjonale funksjoner kan ikke å kompromisse for å tilfredsstille begrensede budsjetter.

### **Oppsummering**

- For hverdagsberedskapen fremstår en trinnvis utbygging som meget krevende for lokalisasjonen som det flyttes fra, og dette bør unngås. For lokalisasjoner som det flyttes til er det primært tilgang på plass/resurser (type og antall) som er avgjørende.
- Så å si alle beredskapsplaner må skrives om. Dette utgjør en betydelig jobb, men lar seg gjøre og vil kunne gi et øket fokus på beredskap i sykehuset. Det bør gjøres avtaler om/legges planer for ekstraordinær funksjonsfordeling internt i OUS. Nytt planverk bør testes og

kvalitetssikres i tabletop øvelser før man gjennomfører reell fullskalaøvelse på begge sykehus.

- Beredskap for store hendelser må i fremtidens OUS primært ivaretas ved ett definert akutt-, traume- og beredskapssenter på Gaustad. Årsaken er at man trenger ett sykehus hvor alle «usorterte» pasienter får nødvendig helsehjelp.
- Avhengig av omfang og type «hverdagsdrift» som planlegges på Gaustad, kan lokaler og personell som kreves for hverdagsdrift være tilstrekkelig for å håndtere ekstraordinære situasjoner eller ikke.
- Det er tilstrekkelig personell med rett kompetanse som er viktigste faktor ved store hendelser. Det er nødvendig at normal sykehusdrift planlegges slik at man ved ekstraordinære hendelser har tilstrekkelig med personell som både er kompetent for det aktuelle og kjent på lokalisasjonen.
- Aker vil i en massetilstrømning utgjøre en betydelig beredskapsressurs ved å avlaste Gaustad for «andre pasienter» eller i verste fall være et sted å evakuere Gaustads drift til dersom bygninger på Gaustad må evakueres. En uttalt dublering av funksjoner og tjenester mellom sykehusene vil gjøre en slik bufferløsning mer realistisk.
- Et hovedsatsingsområde i beredskapsarbeidet har de seneste årene vært beredskap for kombinerte hendelser. I dette ligger at det er nødvendig med betydelig kapasitet innen akuttmedisinske fag (eks. toksikologi, CBRNE, infeksjon / høysmitte) i tillegg til blant annet traumatologi, intervensjonsrøntgen, blodbank og stor operasjons- og intensivkapasitet på Gaustad.
- Med tanke på å binde opp kapasitet på Ullevål som vanskelig kan nyttiggjøres ved ekstraordinære situasjoner på Gaustad eller Aker, må eksisterende forslag om restfunksjoner på Ullevål selv i en begrenset overgangsfase, sterkt frarådes - også av hensyn til beredskap for store hendelser.
- Det bør foreligge ekspansjonsplaner for kritiske funksjoner på både Aker og Gaustad, eksempelvis alternative areal som kan tas i bruk for kohortisolering, overvåking og intensivbehandling. Slike areal bør oppfylle basale bygningstekniske krav for slik virksomhet.
- Gruppen viser til tidligere innsendt notat som anbefaler høysmitteisolat, trykktank og beredskapsfasiliteter / CBRNE senter på Gaustad og tilstrekkelige rensefasiliteter på både Aker og Gaustad. Vi tar til etterretning at dette kun delvis er hensyntatt i nåværende tegninger.
- Vurderinger av beredskap krever innsikt i endelige beslutninger om dimensjonering av areal, drift og personell ved de to sykehusene. Dette foreligger ikke på nåværende tidspunkt, og gruppen er evt. villig til å se på dette igjen senere i prosessen dersom det er ønskelig.

### 3.6 Relevante utredninger

Bekymringene som fremkommer i denne rapporten er påpekt konsistent gjennom hele OUS-prosessen. Dokumentene kan oversendes på forespørsel.

- Rapport Traume – Akutt (Flytting Traume til Gaustad) (2009)
- Studietur til Rigshospitalet, København og Royal London Hospital, betraktninger rundt traumatologisk organisering (2010)

- En rekke utredninger av flytting av traume-involverte fag (barnekirurgi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, karkirurgi). Gjennomførte flyttinger har hatt negative konsekvenser for behandlingskvalitet.
- Idefaseutredning lokalsykehus (2015)
- Bekymringsmeldinger oversendt til AD fra Fagråd traume (sist 2017/2018)
- Strategiplan Traume 2035 (2017)
- Policydokument OUS som traumesenter (2012)
- Traumeplan Norge 2017
- Utredning redesign - traumekirurgisk sengepost (2010)
- Utredning TKS – traumekirurgisk sengepost (2017)
- NICE guidelines 2017 – Major Trauma Centers (United Kingdom)

UTKAST