

**Størst siden Gardermobanen:  
Prosjekt nye St. Olavs Hospital**

**Journalister: Mari K. By Rise og Lajla Ellingsen**

**Publisert i Adresseavisen fra 14.04.2007 tom 30.05.2007  
Oppspill i UkeAdressa 24.06.2006**

**Lajla Ellingsen  
Adresseavisen  
Industriveien 13  
7003 Trondheim  
Tlf: 951 98 717**

**Mari K. By Rise  
Industriveien 13  
7003 Trondheim  
Tlf: 951 98 779**

## **Bakteppet:**

- *Den hvite adelen*, fnøste en kilde. Vi nikket forståelsesfullt. Vi hadde blitt utsatt for dem vi også. Legene. Noen av dem rene primadonnaer – sykehusenes Carl Lagerfeldter. Andre smånerdete rotekopper, men med presis intuisjon for skalpell. Eller de høyt respekterte, nesten adelige, med en urørlig integritet. Og så resten av gjengen da: Firebarnsmødrene i trippelfella som springer beina av seg i rent faglig engasjement. Til sammen en sykt mektig gruppe i det norske samfunnet. Så mistroen var stor da de første bekymringsmeldingene tikket inn på mailboksen.

Det er i ferd med å reise seg et sykehus på Øya i Trondheim til 12 milliarder kroner – det største utbyggingsprosjektet i Norge siden Gardermobanen. Tre sentre står allerede fiks ferdige til den nette sum av vel fem milliarder.

- *Det er så vakkert og stilrent. Det er luftig, lyst og moderne. Men det er dårlig egnet til å drive sykehus*, framholdt en kilde.

- *Herregud*, tenkte vi.

- *Her har de fått et sykehus til 12 milliarder, men klage gjør de uansett. Det får være grenser for primadonnanykker.*

Men samtidig var det en del av oss som motstrebende ble trigget. Vi lagret tipsene – for det kom flere av samme type. Vi ba dem konkretisere – og vi tvilte sterkt på om de ville være i stand til det. Vi tok feil, de viste seg å være svært konkrete. Så konkrete at vi de neste månedene måtte lære oss en god del om hva sykehusdrift innebærer.

## **Vi samler muntlige kilder:**

- *De høyteknologiske IP-telefonene. De virker ikke. Når vi slår alarm og det står om livet, kommer det ingen.*

Kvinnen på andre siden av bordet er ikke alene. Vi har bedt om å få møte flere fra ulike avdelinger for å høre om deres erfaringer med det nye sykehuset. Fra ulikt ståsted forteller de om ulike, men også samsvarende erfaringer. De forteller alle om at deres arbeidshverdag i det nye sykehuset er vanskelig. De har aldri før vært så utrygge som nå. De mener estetikk har gått foran funksjon og rasjonell drift. Og de mener avstandene til dels er uforsvarlige. Og ikke minst – de mener at det nye sykehuset blir langt dyrere å drive enn det gamle. Bygningene og løsningene krever rett og slett flere folk. Og det har man ikke pga den anstrengte økonomien. Vi får spor og ledetråder om alvorlige mangler ved dagens sykehus, om fagfolk som ikke har blitt hørt gjennom hele prosessen og om kritiske røster som ikke fikk nye oppdrag.

De muntlige kildene mente de visste en del, men de vil også vite mer om hvordan og hvorfor ting ble som det ble.

Møtet på restauranten i Trondheim ga oss ikke stort valg: Det brukes 12 milliarder på Øya, og oppegående fagfolk sier at det ikke fungerer. Vi forsto vi hadde en historie å fortelle. Vi forsto nok også at den ville bli fryktelig lang.

## **Problemstillinger:**

Det var flere problemstillinger som etter hvert utkrystalliserte seg:

Hvilke mangler er det ved de tre nye byggene? Hvorfor er det slike mangler? Hvilke konsekvenser kan disse få?

Hvordan fungerer egentlig det nye, prestisjefylte IKT-systemet? Og hvilke konsekvenser kan det få hvis det ikke fungerer?

Er det slik at store og viktige faggrupper ved sykehuset har blitt overhørt gjennom mange år? Og hva har de i tilfellet advart om? Hva sier det om Rit 2000/Helsebyggs (utbyggingsorganisasjonen) sin rolle?

Hvilke konsekvenser har valget av den desentraliserte sykehusmodellen (sentermodellen) fått for dagens drift?

Det nye sykehuset skulle bli atskillig billigere å drive enn det gamle, men hvilke beregninger har blitt gjort for å dokumentere dette?

Og ikke minst:

Hvis arbeidshypotesene våre stemmer, hvorfor ble det fattet slike beslutninger, av hvem, på hvilket grunnlag og på hvilke tidspunkt i de over tjue årene utbyggingsprosjektet har vart?

### **Vi samler andre kilder:**

Vi følte vi hadde nok muntlige kilder på dette tidspunktet. Nå måtte vi gå bredt ut i forhold til skriftlige kilder. Vi vurderte det slik at det ikke ville holde å bare dokumentere tingenes tilstand i dag, men vi måtte gå langt tilbake i historien (begynnelsen av -90tallet) for å forklare hva som hadde skjedd.

Vi ba om det vi visste eksisterte av rapporter, styrereferater, brev, møtereferat og regnskaper i Helsebygg, Helse Midt-Norge, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Trondheim kommune og St. Olavs Hospital (tidligere Regionsykehuset i Trondheim).

Helsedepartementet var åpenbart også en viktig instans – både i forhold til skriftlige og muntlige kilder. Men der møtte vi veggen med en gang. Mannen som hadde hatt ansvaret for prosjektet alle disse årene, Vidar Oma Stene, nektet å snakke med oss, uansett hvor pent vi ba og hvor sterkt vi understreket at henvendelsen dreide seg om det rent faglige – ikke det politiske. Vi mente dette rett og slett var uhørt. Adresseavisen skulle forsøke å gå etter hva som hadde skjedd i den viktigste saken for Midt-Norge de siste tiårene, og så nektet bare departementet å bidra til å opplyse befolkningen. Vi mener det rett og slett er et demokratisk problem at en slik sentral kilde ikke under noen omstendighet var villig til å bidra til saken. Vi ble vist til politisk ledelse. Den har som kjent vært skiftende og to av de tidligere statsrådene ville heller ikke snakke med oss.

*- Nei takk. Jeg er ikke politiker lenger og jeg ser det som mitt privilegium å slippe, sa tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen blant annet.*

Vi måtte dermed skaffe oss en oversikt over tidligere og nåværende ansatte og politisk ledelse i departementet de siste ti årene – og på den måten opparbeidet vi et uoffisielt kildenett. Vi forsøkte også å presse embetsverket ytterligere da vi i et møte med dagens politiske ledelse ba dem om å få sentrale folk i embetsverket til å snakke med oss. Det samme gjorde vi da vi møtte politikere fra trønderbenken. Det hjalp bare sånn måtelig.

Skriftlige kilder var heller ikke veldig lett tilgjengelige. I og med at den elektroniske postjournalen bare gikk tilbake til 2002, ba vi om å få resten av journalen manuelt. Det var

ikke mulig, fikk vi vite. Vi måtte finne aktuelle søkeord, så ville de finne fram dokumentene, vurdere offentlighet, og så kunne vi komme til Oslo og hente det. Hvordan de papirene vi eventuelt ikke fikk innsyn i, var blitt vurdert (begrunnelsen for å nekte innsyn), ville vi da ikke få tilgang til.

Uansett hvordan vi gjorde det, ville det bli litt som å lete etter nåla i høystakken. Men vi bestemte oss for å dra ned for å sjekke ut departementets arkiver. Hyggelige mennesker i departementet ga oss et tomt kontor hvor vi kunne studere papirene de hadde funnet, basert på våre søkeord. Men til tross for at haugen var stor, fant vi ut etter noen timers jobbing at her måtte det mangle en del. Men vi var i en tidsskvis og praktisk skvis. Vi lette etter stadig nye søkeord til for så vidt velvillige arkivarer for å finne de interessante dokumentene. Vi lyktes nok bare delvis. Uten den komplette oversikten, ble det vi som måtte gjette oss til det som manglet ut fra de dokumentene vi satt med. Det ble bedre enn ingenting, men ikke godt nok. Det å få tilgang til i utgangspunktet uoffisielle dokumenter, ble en viktig del av arbeidet i tiden som kom. Problemet var at vi tidvis ikke helt visste hva vi lette etter.

### **Dette fant vi i offentlige arkiver:**

- \* Kritiske rapporter fra eksterne evaluere og konsulenter.
- \* Brev fra fagfolk som hadde vært involvert i prosjektet og som advarte departementet mot utviklingen.
- \* Håndskrevet brev fra en statssekretær til en lokal politiker hvor han uttrykte bekymring for prosjektet.
- \* Enkeltbrev fra leger som advarte.
- \* Enkeltbrev fra professorer som advarte.
- \* Brev fra 1998 hvor sjefen på medisinsk avdeling advarer mot alvorlige følger på grunn av oppsplitting av fagmiljø og fordyrende løsninger - brevet viser seg å ikke være besvart fra byggorganisasjonen.
- \* Brev fra så sent som 2005 underskrevet av samtlige avdelingssjefer som skal flytte inn akutt/hjerte/lungebygget (som ennå ikke er bygget) hvor de ber om en revurdering av hele konseptet.
- \* Dokumenter knyttet til prosessen i forhold til godkjenning av de ulike sentrene som viste at det var sterke faglige innsigelser.
- \* Alternative forslag til fase to, med tegninger, hvor man beholdt dagens høyblokk.
- \* Godkjenningen av fase 1 – hvilke premisser den ble gitt på – og hvor kritisk faginstansene hadde vært.
- \* Godkjenning av fase 2 fra Helse og sosialdirektoratet – som vi ble nektet innsyn i. Begrunnelsen var at dette var forberedende saksbehandling... På et tidspunkt hvor byggene faktisk reiser seg på Øya! Etter klage fikk vi et sladdet dokument, hvor alt det interessante var svart.
- \* Utlysningsteksten for arkitektkonkurransen (premissene for hele prosjektet).
- \* De seks finalistenes bidrag.
- \* Saksdokumentene fra fylkeskommunen da vedtaket ble fattet.
- \* To kritiske rapporter fra fylkesrevisjonen der det blant annet kom fram at kritiske spørsmål til problematiske løsninger ble overhørt av byggorganisasjonen, og at kommunikasjonen mellom de som skulle bygge og de som skulle bruke sykehuset, var langt fra tilfredsstillende.
- \* Den heftige dialogen mellom departement og Helse Midt knyttet til igangsetting av fase 2. Der kom det fram at departementet et halvt års tid før valgkampen hadde sagt definitivt nei til å finansiere fase 2 (og at formuleringene i statsbudsjettet kunne tolkes slik, men at helsekomiteen i Stortinget hadde sagt noe annet)

- \* Hovedfunksjonsprogram 1999 (slik man så for seg sykehuset den gang). Eget kapittel om driftsøkonomi hvor man konkluderer med å spare 100 millioner uten at man på noen måte viser hvordan det skal skje
- \* Hovedfunksjonsprogram 2003 (det man jobba for å få godkjent, men hvor departementet sa nei).
- \* Agenda-rapporten (hvor det ble foretatt beregninger om at sentermodellen var dyrere).
- \* Østensvigutredningen (lokalisering, kalkyler for investeringer gitt ulike valg, forslag til modifiseringer av sentermodellen).
- \* Tegninger av det nye sykehuset fra ulike perioder helt fram til i dag.
- \* Rapporten – Rit 2000 overordnet styringsstruktur; beskrev manglende forankring, ansattemedvirkning og et alt for høyt tempo i prosessen som store risikofaktorer i prosjektet.
- \* Riksrevisjonens rapport fra 2006.
- \* Pricewaterhouse Coopers rapport fra 2005.

### **Men vi fant ikke:**

- \* Driftsøkonomiske kalkyler
- \* Bemanningskalkyler
- \* Anestesilege Svein Erik Gisvolds brev til den ansvarlige byråkraten der han advarte mot prosjektet
- \* Svar fra statsrådene til Gisvold. Ble nok aldri skrevet.

### **Arbeidet med muntlige kilder:**

Så startet en prosess som handlet om å tilegne seg informasjon – uansett hvor den måtte befinne seg. Det er problematisk å være på jakt etter "alt" – selve forklaringen på ting. Det innebar at vi spurte alle muntlige kilder om mulige skriftlige og muntlige kilder og alle skriftlige kilder ble trålet med øye for evt. nye interessante muntlige og skriftlige kilder. Prosessen videre handlet i grove trekk om å systematisere informasjonen slik at vi visste hvilke historier vi hadde grunnlag for å fortelle. Vi var nedlesset med informasjon, men var hele tida redd for at vi ikke hadde fått tak i DEN eller DET mest avgjørende.

Da den første saken sto på trykk hadde vi snakket med 112 kilder i og rundt sykehusmiljøet. Før serien var ferdig var tallet minst 150. Heller ikke på dette prosjektet var det slik at kildene sto i kø for å få uttale seg on the record om det kontroversielle temaet. Derfor måtte tilliten bygges hos hver enkelt. Vi lovt sitatkontroll til alle som ønsket det – og muligheten for å vite sammenhengen og innretningen på saken. Vi hadde nok også en bedre tilgang på muntlige kilder enn andre ville hatt, fordi mange hadde et forhold til navnene våre fordi vi dekker helsepolitikk i det daglige.

### **Sak 1: 12 milliarder, men legene ville ikke ha det**

I den første saken viser vi at 90 prosent av overlegene hele tida har vært imot milliardprosjektet. Flere går så langt at de sier at de heller ville vært igjen i den nedslitte, gamle høyblokka fordi fagligheten i arbeidet deres der vil bli bedre ivaretatt. Vi viser at alle sjefene i det som skal bli fase 2 så sent som i 2005 forsøkte å stanse prosjektet (brev).

Overlege Brynjulf Ystgaard, som har vært sentral i planleggingsfasen, tar selvkritikk på at fagmiljøene stort sett har holdt munn i offentligheten (med unntak av Svein Erik Gisvold).

Han beskriver det som en katastrofal unnlattelsessynd. Dyr drift, splitting av fagmiljø og for få senger er hovedkritikken.

Overlege på gastrokirurgi, Morten Svinsås, anskueliggjør en av problemstillingene på en lettfattelig måte:

- Det blir som å innrede et fly med fem seter og resten trimrom og barer. Store foajeer med masse luft. Jeg kaller det en forferdelig sløsing.

Sykehusdirektør Bovim innrømmer her at sentermodellen var "en vill idé."

## **Sak 2: Hjerterkirurgien taperen i nytt sykehus**

Hjerteklinikken St. Elisabeth har vært regnet som en av landets fremste klinikker på hjerterkirurgi. Klinikksjef Asbjørn Karevold slår alarm og sier at løsningen i det nye sykehuset vil få dramatiske følger for hjerterkirurgien i Midt-Norge og at det vil gå ut over pasientene. Man vil få flere strykninger og større og til dels uforsvarlige avstander. Tilbudet til pasienter fra Sør-Helgeland til Sunnmøre vil raseres. 200 færre pasienter vil bli operert.

Karevold og hans kolleger satt i en bygning fra 1880 og telte ned til et dårligere tilbud. Karevold får støtte fra kolleger i sør i oppfølging dagen etterpå.

## **Sak 3: Prestisjeprosjekt med alvorlige feil: IKT-systemet kan sette liv i fare**

Her avdekket vi at Helsebyggs prestisjeprosjekt på IKT til én milliard kroner hadde alvorlige mangler. IKT-leveransen er så oppskrytt at fagfolk fra flere verdenshjørner valfarter trønderhovedstaden for å bivåne det teknologiske vidunderet.

Utbyggingsorganisasjonen lovpriser IKT-leveransen ved enhver anledning – også i media. Men på sykehuset fant vi ikke en eneste en fornøyd bruker! Tvert imot. Samtlige av de vi snakket med fortalte at verken de nye IP-telefonene, eller systemet for tilgang på pc og dører fungerte. Dette gjorde at legene må gå rundt med hele fem ulike telefoner/søkere for å være sikre på at de kunne nås. Dette var de hverdagslige irritasjonsmomentene.

Langt verre var det at det også viste seg at det mangelfulle systemet satte liv og helse i fare. Etter å ha snakket med muntlige kilder, fikk vi vite at det eksisterte en logg for alle avvik på varslingsystemet. Vi ønsket å få innsyn i alle disse rapporterte hendelsene og ba derfor om dette i tråd med i tråd med prinsippet om meroffentlighet. Fra Helse Midt-Norge IT (Hemit) var svaret i begynnelsen at det ikke fantes noen slik logg. Men ved sykehuset visste de hva vi viste til. Etter en lengre dialog fikk vi til slutt komme ned på sykehuset og gå gjennom avvikene. Dermed kunne vi dokumentere at 22 hendelser knyttet til varslingsanlegget de siste åtte månedene kan ha truet liv og helse. Vi gikk konkret inn i en dramatisk tvillingfødsel, og her kan vi være svært detaljerte pga kombinasjonen avviksrapport og muntlige kilder. Vi kunne også fortelle at Hemit var klar over feilen – og at den skulle rettes om en uke. Beredskapslederen sa rett ut at de risikerte å være uheldige med enkeltpasienter, og at det som gjorde det vanskelig var at det hele tiden var forskjellige ting som sviktet.

IP-telefonene alene var en stor fiasko. Det var ALLE enige om. Vi visste hva IKT-leveransen kostet totalt. Men vi ønsket å få vite hva de ulike produktene hadde kostet Helse Midt i og med at de rett og slett ikke fungerte slik de skulle. Dermed ba vi om innsyn i kontrakten med Telenor. Det fikk vi avslag på. Saken ble anket til Helsedepartementet som til slutt innvilget

delvis innsyn. Vi kunne da fortelle at kommunikasjonssystemer og datanett totalt beløp seg til 96 millioner. Vi omtalte også en rapport fra Cap Gemini som viste at risiko og sårbarhet ved datanettet ikke ble godt nok vurdert og ivaretatt før det ble tatt i bruk.

#### **Sak 4 , 5 og 6: Laboratoriesenteret må bygge om etter ett år, Milliardfeilgrepet og Nevro kom best ut:**

I disse sakene går vi inn i hvordan de enkelte sentrene fungerer. Vi vektla sterkt å være mest mulig konkrete. Vi måtte så langt som råd var forstå hvordan pasientflyten i et sykehus går for å kunne si noe om hva og hvorfor det ikke fungerer. Derfor var vi fysisk til stede i alle sentrene hvor vi fikk kyndig omvisning av fagfolk som viste oss hva som skjedde hvor og hvorfor. Men både før vi hadde vært på omvisning og etter, var et viktig arbeidsverktøy de to hovedfunksjonsprogrammene og tegninger fra ulike perioder i planleggingen. Slik kunne vi komme lenger i forstå hva et sykehus er. Hovedfunksjonsprogrammene og tegningene er svært detaljerte – og selv om vi ikke forsto alt – forsto vi langt mer enn det som var utgangspunktet vårt. Å gå grundig inn i hovedfunksjonsprogrammet var også en måte å få terminologien på plass og få en viss forståelse for de ulike fagområdene og sammenhengen mellom dem.

Tegningene var også viktige for å se avstandene, etter hvert som vi forsto hvilke avstander som er viktige i akutte situasjoner. Vi fikk foretatt én type utregning på dette i meter og minutter, men forbeholdene ble så store og så vanskelig å forklare, at vi droppa det. Tegningene var uansett viktige for å forstå hva folk snakka om til enhver tid.

**Først ut var laboratoriesenteret.** Her viste vi til et internt dokument der det framgikk at en konsulenttabbe førte til at senteret ble altfor lite der selve kjernevirksomheten skulle pågå - noe som igjen førte til at man måtte bygge om allerede etter ett år. Det nye, vakre bygget fungerte heller ikke slik det skulle på mange områder.

Det viste seg at den mye omtalte og oppskrytte rørposten ("verdens største og mest avanserte") heller ikke var til å stole på, og at man derfor måtte springe med livsviktige prøver når pasienten ligger på operasjonsbordet.

Vi kunne fortelle at øyeblikkelig hjelp-prøver flere ganger hadde blitt borte i opptil tre timer. Når slike prøver blir borte kan det få dramatiske konsekvenser, forklarte ingeniør på medisinsk biokjemi, Ragnhild Mjøen. Vi ba om innsyn i rørpostloggen, men fikk avslag.

Deretter kom saken om **Milliardfeilgrepet – det nye kvinne-barn-senteret som fagfolkene fortviler over.** Klinikksjef Anne-Björg Nyseter sier hun ville bygd et helt nytt kvinne-barn-senter, hvis det hadde vært mulig. Den største tabben med senteret er at føden er bygd så langt unna akuttmottaket, at man må ha gående et eget anestesiteam for akutte keisersnitt døgnet rundt. Dette svekker også beredskapen generelt i sykehuset fordi det smitter over på de andre avdelingene.

De to fødeavdelingene er også bygd så langt fra hverandre at det innebærer større risiko og høyere bemanning.

Åpent landskap og åpne arbeidsstasjoner fører til at sensitiv pasientinformasjon tilflyter utenforstående. Et av de råeste eksemplene var voldtektsjournalene som lå fritt tilgjengelig i

legenes åpne kontorfellesskap. De viste oss hvor enkelt det ville vært å nappe en med seg. Vi vurderte å opptre som tyv selv, for å teste det ut, men fant ut at det ikke var viktig nok.

Den fine, nye barneintensiven står tom. Ungene må ligge på voksenintensiven fordi de ikke har råd til å bruke den.

Så prøver vi å lage en **gladsak fra nevrosenteret** – det foreløpig siste i rekken. Det senteret kom utvilsomt best ut og vi forteller hvorfor. Men selv om vi forsøkte hardt, ble heller ikke dette noen jubelartikkel. Avstand til akuttmottaket, er en sentral problemstilling her.

Nevrosenteret er det senteret som i størst mulig grad har fått fungere som et selvstendig senter, slik tanken i utgangspunktet var. Men også nevrosenteret sliter med at de ikke har råd til å drive slik det opprinnelig var planlagt. De har blant annet ikke tilgang på røntgentjenester på ubekvem tid, og hardt skadde pasienter må da trilles den lange veien til akuttmottaket. De sliter også med for dårlig tilgang på anestesipersonell.

### **Sak 7: Siste slag om sentermodellen og dyrere røntgentjenester:**

Her ville vi fortelle om selve slaget om sentermodellen, og hvordan man i siste sekund måtte forandre den opprinnelige modellen og planlegge en mye mer konsentrert sykehusmodell i fase 2 fordi driftskostnadene ville eksplodert.

*- Tankegodset om mange små, egne sykehus er håpløs. En sentermodell slik den opprinnelig var tenkt, innebærer vaktpersonale i bølger og spenn på ubekvem tid. Det sier seg selv – det går ikke. Ikke er det nok mennesker og ikke nok penger, sa tidligere sykehusdirektør Roar Arntzen i artikkelen.*

Fase 1 var det imidlertid for sent å gjøre noe med; da ville investeringskostnadene eksplodert (det blir billigere å bygge om etterpå, forklarte teknologen Arntzen). I redningsplanen – som egentlig ble initiert av tidligere helseminister Tore Tønne - måtte man derfor konsentrere seg om å redde sykehuset i fase 2 gjennom å konsentrere sentrene og lage ett eget akuttmottak – ikke seks som opprinnelig tenkt. Tidligere sykehusdirektør Roar Arntzen fortalte åpent at tankegodset om mange små egne sykehus er håpløs. Men Arntzen mente at man nå hadde berget sykehuset fordi fase 2 var blitt mer konsentrert.

På en konferanse i Trondheim hadde Sintef-forsker Tarald Rhode holdt et innlegg vi fikk tips om. Han var ikke enig med Arntzen. Han sier at ingen med hånda på hjertet kan si at dette ikke blir et dyrere sykehus å drive til tross for modifiseringen, og han forklarer hvorfor. Rhode hadde også jobbet i departementet i viktige år.

Vi forteller om fagmiljøenes frykt for oppsplitting og hva det innebærer, vi forteller om det brennbare spørsmålet det ennå ikke er tatt stilling til: Hvor mange steder det skal drives operativ virksomhet på ubekvem tid.

Mannen, som tidligere har vært stort sett alene om å kritisere prosjektet i offentligheten, Svein Erik Gisvold, sier at St. Olavs er i ferd med å grunnstøte. Hans yngre kolleger støtter han, med ett unntak: Pål Klepstad, som i motsetning til sine kolleger ikke tror det blir bare elendighet. Det vil bli bra, men det nye sykehuset vil kreve større bemanning.



Vi skriver også om røntgenavdelingen som vil få økte driftskostnader, lite breddekompetanse og dyre maskiner i hvert senter som man ikke har råd å bruke.

### **Sak 8: Trengte dokumentasjon: Ble supereffektive - på papiret:**

Driftskostnader var et ord vi måtte forholde oss til gjennom hele prosjektet. Da fylkeskommunen i 1996 forhandlet fram en avtale med staten, lovte de at de skulle spare 100 millioner hvert år på drift. Dette var en forutsetning for hele prosjektet. Vi lette etter dokumentasjon på dette, vi lette etter sannsynliggjøring av dette – og vi fant ingenting tilbake i tid. Dette ble bekreftet av tidligere sykehusdirektør Roar Arntzen, som hadde kommet til samme konklusjon. Han fant det hårreisende. Men Helse Midt- sjef Paul Hellandsvik hadde uttalt til internavisa på St. Olavs at to uavhengige rapporter sier de ville spare mellom 125 og 175 millioner årlig. Han mente også å vite at sentermodellen som sådan ville gi store besparelser.

- *Hvilke rapporter sikter Hellandsvik til*, spurte vi. Det var de svært usikre på i Helse Midt, men til slutt fikk vi svaret; Ernst & Youngs rapport fra 2003 og Bård Skogstad i IDEAs rapport fra 2005.

Vi bestemte oss for å gå grundig inn i rapportene. Det gjorde vi sammen med vår egen regnskapsekspert Espen Rasmussen, og sammen fant vi konklusjoner vi ut fra egne hoder stilte store spørsmålstegn ved. Men vi trengte noen som kunne dette bedre enn oss. Helseøkonomi er et eget fag, svært komplekst. Dessuten endres rammebetingelsene fra det ene halvåret til det andre.

I departementets arkiver hadde vi funnet flere navn på sykehusplanleggere. En av dem sa seg villig til å gå gjennom rapportene; Nils Ebbesen – en av Norges mest erfarne sykehusplanleggere. Vi dro til Oslo og møtte han, og han ble en unik kilde – som pga sin alder ikke må ta alle de hensyn hans noe yngre kolleger tok (bad for business å si hva de mener – off the record derimot...). Ebbesen gikk gjennom beregningene og slaktet Ernst & Young. Vi la hans rapport på nettet og viste bare til hans hovedkonklusjoner i selve saken av plasshensyn. Espen fikk også tak i en annen sykehusøkonomieksperter, forsker Kari Nyland, som også stilte seg skeptisk til konklusjonene vedrørende de påstått store innsparingene på IKT.

Vi kontaktet alle som hadde vært med i styringsgruppen i Ernst & Young-rapporten. Sjefen for Felles utviklingsenhet (samarbeidsorganet mellom St. Olav, NTNU og Helsebygg), Brynjulf Ystgaard, turte si på trykk det han mente:

- *Når den største bedriften i Midt-Norge trenger en konklusjon, skal det mye til å levere noe annet. Det måtte se bra ut! Departementets skepsis var stor, vi fryktet det aldri skulle bli noen fase 2. Det var et enda mer skremmende scenario enn sentermodellen*, sa Ystgaard med navns nevning på i avisa.

Men hvorfor var disse rapportene så viktige? Det er det Ystgaard forteller om. Rapportene ble laget på en tid hvor departementet hadde satt alle bremsene på i forbindelse med godkjenningen av nytt hovedfunksjonsprogram. Frykten for at hele prosjektet skulle falle, var stor. Departementet måtte overbevises om at dette ville bli billigere:

I denne saken kan vi fortelle at en konsulentrapport fastslo at det nye sykehuset ville bli 180 millioner billigere å drive med 562 færre årsverk. På samme tid ble det laget to hemmelige

notat ved St. Olavs om viste det motsatte: En kommende kostnadsbombe på over 400 stillinger.

Disse interne notatene fantes tilsynelatende ikke i St. Olavs arkiver. De fantes selvfølgelig heller ikke i Helsedepartementets arkiver. Vi lyktes heldigvis likevel å få tak i dem. Og da vi fikk tak i dem, viste det seg at de var arkivert likevel (hadde arkivnummer).

I denne saken synliggjør vi et rått politisk spill mellom Helsedepartement, Helse Midt og politikere. Departementet hadde sagt klart ifra at det ikke kom en krone ekstra til bygging av fase 2. Likevel går styret i Helse Midt videre og vedtar byggestart og baserer blant annet vedtaket på de to "uavhengige rapportene", som viser at man vil spare 125-175 millioner årlig hvis man får nytt sykehus. Dette forplikter, når man inngår kontrakter er det ingen vei tilbake. Likevel gjør man det.

Vi dokumenterer også at rapportene så langt fra er uavhengige. Det viser seg at IDEA rapporten bygger på dataene fra Ernst & Young-rapporten. Det viser seg også at det er samme mann som var sjef for begge. Men Bård Skogstad jobbet ikke lenger i Ernst & Young, men i sitt eget firma, IDEA. På en sommermåned, (grunnet ferieavvikling har mulighetene for bred involvering vært begrenset, skriver Skogstad) konkluderer han med 170 millioner i besparelser. Dette var altså "de to uavhengige rapportene". Like etter vedtar styret å gå videre med fase 2. Uten lovnad om en eneste krone fra departementet.

### **Sak 9: Sykehuset som ble Norges største, dyreste og vanskeligste - hele historien:**

Her viser vi at mange av kortene var lagt før politikerne fikk sagt sitt, at de bare fikk ett alternativ på bordet og at høringen var i sommerferien (derfor i ettertid omtalt som sommerkuppet).

Vi viser fram Helsedepartementets manglende evne til å styre prosjektet.

Vi viser en byggorganisasjon som vokste seg svært stor, men som i stor grad levde sitt eget liv på siden av det sykehusmiljøet de skulle bygge for.

Vi viser at lovnadene om at sykehuset skulle bli billigere å drive aldri en gang ble forsøkt beregnet – det var kun ord.

Vi dokumenterer at prosjektet aldri har vært styrt – av noen: Historien om sykehusutbyggingen på Øya er på mange måter historien om toget som sjelden sto på stasjonen (Vi siterer oss selv): *I starten var det så travelt at beslutningen som ble tatt ikke ble tilstrekkelig kvalitetssikret. Og når man så behovet for å revurdere sentrale avgjørelser påberopte de viktigste aktørene seg at det var for sent. Det toget har gått, har i følge mange vært en gjennomgangsmelodi. Det toget har ikke kommet, er en annen. Det er også historien der ingen – og alle – skulle styre. To ulike departementer satte med pengesekkene, men fylkespolitikere i Trøndelag "eide" prosjektet. De som skulle drive sykehuset satt på sidelinja, mens RiT 2000 (Helsebygg) lenge var de som bestemte. Helsereformen skulle rydde opp i de uklare ansvarsforholdene, i stedet ble rotet komplett. Hvordan sykehuset skulle finansieres var plutselig tusenkronersspørsmålet. Byråkratene sa en ting, stortingspolitikere noe annet og det regionale helseforetaket tok en sjanse – uten å vite hva det endelige resultatet for helseregionen til slutt ville bli.*

## Spesielle erfaringer:

Vi ble skremt over hvor vanskelig det skulle være å få ut ren faktainformasjon fra muntlige kilder i departementet. Så lenge politikere byttes ut minimum ved hvert valg blir det desto viktigere at kontinuiteten og kunnskapen som fagfolkene representerer er tilgjengelig for offentligheten. Vi har merket oss at Aftenposten i en serie har grepet fatt i denne problemstillingen og vi applauderer.

En av de viktigste skyteskivene for fagfolkenes kritikk var sjefsarkitekt Ragnhild Aslaksen. Hun var sykemeldt da vi skrev denne serien. Vi intervjuet henne, men hun trakk intervjuet. Vi var usikker på bakgrunnen for sykemeldingen. Det gjorde at vi valgte å ikke vise hvilke kritiske spørsmål vi hadde til henne som vi ikke fikk svar på. Vi skrev heller ikke at hun trakk intervjuet. Til tross for at hun villig har stilt opp i andre medier der fokuset har vært på de vakre byggene og den flotte arkitekturen. I ettertid angrer vi. Vi skulle synliggjort hennes rolle bedre. Når sjefsarkitekten i ettertid har glitret med sin tilstedeværelse når viktige arkitektpriser er blitt delt ut, er vi enda mer sikker på at det var en feilvurdering fra vår side.

I det hele tatt var kommunikasjonen med utbyggerorganisasjonen Helsebygg noe spesiell. Nesten alle fagfolkene vi ville snakke med, viste til informasjonssjefen Arve Olav Solumsmo. Det ble nesten komisk, men det står respekt av innsatsen til den etter hvert mangelde informasjonssjefen. Han måtte kunne veldig mye. Som han selv mot slutten lakonisk uttrykte det:

*- Det blir visst jeg som skal svare på dette også.*

Vi jobber i det daglige nyhetsarbeidet med helsepolitiske spørsmål. Derfor ble det også spesielt for oss å skulle lage så massiv kritikk over så lang tid som våre kilder i det daglige ville bli sterkt berørt av. Dette ville bli en stor belastning for enkeltpersoner som ikke nødvendigvis hadde hatt avgjørende innflytelse på prosjektet. Måten vi prøvde å løse dette på var blant annet at vi var unormalt åpne omkring hva som skulle komme. Sykehusdirektør Gunnar Bovim fikk en oversikt over sakene før første sak hadde stått på trykk. Vi gjorde også en avtale om et lengre intervju da serien var slutt. Dermed kunne Bovim informere hele organisasjonen i forkant, noe han også gjorde. Også styret ved St. Olav ble informert i forkant og de kunne legge en strategi i forhold til dette. Det skal helsetoppene i Midt-Norge ha: Mer profesjonelle kilder enn dem fins ikke i vår nærhet. Og da handler det om profesjonalitet i forhold til å forstå hvilke roller de og vi har.

Det var heller ikke helt enkelt å skulle være såpass kritiske til prosjektet som i vår region har blitt beskrevet som "det største siden Nidarosdomen". Å være kritisk, betyr i manges øyne at vi svikter regionen – og at det blir vanskeligere å få finansiert prosjektet. Den nye sykehuset omtales med stolthet i mange midt-norske kretser, og vi ble flere ganger beskyldt for å være negative "brønnpissere" i vår journalistikk. Dette, kombinert med den pedagogiske utfordringen det er å være kritisk til flunkende nye bygg med enerom, følte faktisk etter hvert som en belastning.

Vi bestemte oss for tidlig for at alle on the record-kilder skulle få sjekke sine sitater og sammenhengen de ble satt i. Vi har aldri tidligere gjort dette systematisk. Men vi ønsket ikke å risikere leserinnleggene hvor kilder skulle kunne fortelle at de var "misbrukt" – og dermed svekke troverdigheten vår. Dette handlet også om tillit. Vi må forholde oss til disse kildene i mange år framover. Det er ingen vits å brenne dem unødige. Vi lyktes heldigvis med dette: Ingen av kildene har klaget på måten de har blitt framstilt. Det er vi godt fornøyde med.

Da vi var kommet et stykke ut i serien, ble det tungt å skulle være så massivt negative. Så vi bestemte oss for å forsøke å lage en positiv inngang på nevrosenteret som hadde kommet best ut. Når vi leser saken i dag, ser vi at vi har forsøkt hardt. I fjerde avsnitt får vi for eksempel vite fra nevrokirurg Tømm Müller at *"lang transport av alvorlige syke pasienter fra nevrointensiv, for røntgenundersøkelser i hovedblokk på kveldstid er slett ikke ideelt, men farlig for pasientene"*.

Vårt forsøk på å være positive, hjalp uansett ikke. Vi var ekstremt ubalanserte uansett, fikk vi høre fra Helsebygg og noen avislesere.

Vi mister perspektivet. I dag ser vi at klare oppslagssaker på en normal nyhetsdag, ble et par setninger i vår sak (eks labsenteret, nevro). Gode tips underveis nådde ikke opp i DEN STORE sammenheng. Men mistet vi perspektivet? Kanskje er det egentlig slik at vi fikk et riktigere perspektiv? Vi sliter fortsatt med å lage skandaleoppslag etter styremøter nå. Vi vet hva virkelig skandale er. Så vi burde sikkert kasseres som helsejournalister...

Et annet problem vi slet med var at Adresseavisen tidligere hadde vært en sterk motstander av at sykehuset skulle bygges på Øya (lokalisering) – Adressa ville ha sykehuset på Dragvoll. Dette var relativt uinteressant i forbindelse med vår serie nå. Men vi ble tillagt motiver i forhold til kampen som pågikk den gangen, og paranoiaen var merkbar for å si det slik.

Vi var bare helt ferdig med én sak da vi startet balletten. Og vi hadde selvsagt undervurdert hvor mye arbeid som gjensto på artiklene som skulle følge. Det betydde at vi i praksis hadde nok med å sjekke ut stadig nye momenter, få godkjenning fra kilder og skrive artiklene underveis. Vi hadde også andre oppgaver midt i dette (blant annet de politiske landsmøtene). Det er ingen tvil om at dette gikk ut over vår mulighet til å følge opp våre egne saker og tips som kom inn fortløpende. Alle pasientorganisasjonene som banket på døra og var enige og engstelige, ble det for eksempel aldri tid og rom til. Hvis vi hadde hatt mulighet til å vektlegge oppfølgingsbiten sterkere, ville vi nok også fått langt sterkere reaksjoner og flere markeringshungrige politikere. Men vår kapasitet strakk ikke til. I dag ville vi nok ha gjort unna flere saker før vi trykket den første.

Og for å si det slik: Frykten for at dette ville bli en lang historie viste seg å slå til.

### **Tidsbruk:**

Vi satte i gang arbeidet med serien i januar 2007, og det ble avsluttet i mai samme år. Vi jobbet selvsagt ikke full tid med kun dette prosjektet hele denne perioden, men vi følte vi fikk veldig gode rammebetingelser fra sjefene. Det var forståelse for at vi jobbet med til dels komplekse årsakssammenhenger, og at dette prosjektet ville ta mer tid enn det meste annet vi ellers har gjort. I om lag tre uker før første sak stod på trykk, jobbet vi intensivt med nye St. Olavs Hospital, og perioden som fulgte i mai ble kun avbrutt av noe landsmøtejobbing.

### **Konsekvenser:**

Oppspillet til serien var i UkeAdressa året før. Her går vi blant annet inn i julegaven fra den rødgrønne regjeringen til Helse Midt - stort oppslått i egen avis. For i motsetning til den blågule regjeringen, så hadde de rødgrønne lovet å finansiere også fase 2. Da vi gikk nærmere inn i protokollen viste det seg at investeringsmidlene på 140 millioner årlig skulle komme til fratrukk på driftsbudsjettene hvert år – og at det derfor var monopolpenger. Dette hadde

sentrale aktører i regionen vært klar over hele tida. Men da vi begynte å spørre departementet konkret om dette, garanterte de nå at det skulle komme utenom økningen på driftsbudsjettet. Dermed fikk vi takk for den ordentlige julegaven fra de regionale helseaktørene.

IT-saken førte til full ny gjennomgang av IKT-systemet og nye rutiner. Saken følges nøye av eierne. Men det skal mye til å reversere noe som helst. IP-telefon-leveransen er per dato en reklamasjonssak. Forhåpentligvis fører saken til at andre sykehus som skal investere tenker to ganger før de investerer i den mest avanserte teknologien som ennå ikke er helt utprøvd.

Hva serien har ført til internt i sykehuset, vet vi jo ikke helt. Vi kan ikke vite om det som er brakt til torgs får betydning etter hvert som nye beslutninger skal tas.

Per nå er det ikke fullstendig avklart hva som blir hjertekirurgenes rammebetingelser. Vi vet ikke hvor mange steder man velger å operere kveldstid og vi vet ikke om det noensinne blir åpnet en barneintensiv igjen. Sannsynligvis vil det skje en ombygging også på kvinnebarn for å lette driften.

Vi vet at sykehusdirektør Bovim inntil videre har latt i bero å organisere sykehus etter sentre. Dermed er fagmiljøene fortsatt hele.

Vi vet mange ansatte har kontaktet oss og fortalt at det er godt at vi endelig har satt hull på verkebyllen, og at det etter serien er blitt høyere under taket. De mener at det har blitt lettere å gå videre på grunn av det vi har skrevet (andre ansatte syntes serien var en tung belastning, men de kontaktet oss svært sjelden direkte). Sykehusdirektør Gunnar Bovim som på mange måter måtte bære den største belastningen mens serien pågikk, har i ettertid vært tydelig på at artiklene har beskrevet situasjonen på sykehuset slik den var.

Vi skulle ønske at en konsekvens hadde vært at arkitektpriser ikke deles ut av kun estetiske årsaker, men hvor egnet byggene er til bruken. Det ble med ønsket, viste det seg... (Aslaksen ble tildelt pris av Norsk Form i fjor)

Departementet avkrevde Helse Midt umiddelbart svar etter saken "Supereffektivt - på papiret". Mistanken fra departementshold er at informasjonsplikten ikke er overholdt, noe som kunne satt statsråden i forlegenhet overfor Stortinget.

Frp og RV krever granskning. Alle de andre er så dypt involvert i beslutningene at de stort sett holdt kjeft. Prosjektet ble rett og slett aldri en vintersak for noen politikere; verken for Gunhild Øyangen, Børge Brende, Øystein Djupedal eller Trond Giske. Tidligere fylkesordfører Frøseth er åpen på at dette var den vanskeligste saken han hadde med å gjøre. Det eksisterer nok en stor frykt den dag i dag hos samtlige politikere, om at alt kritisk søkelys mot regionens største sykehus kan slå tilbake i form av dårligere rammevilkår – og at de selv til slutt blir skyteskive.

I folkeopplysningens navn har vi forsøkt å beskrive en prosess på høyeste politiske og administrative nivå gjennom en periode på snart 20 år. Vi håper vi har fortalt noe viktig om hvordan demokratiet vårt fungerer, og hvilke svakheter systemet har. Om dette får noen konsekvenser, vil kanskje være å håpe på for mye. Men vi vet at det som er skrevet er nøye studert i Helsedepartementet. Vi ser derfor ikke bort fra at serien kan få konsekvenser for måten sykehusutbygginger blir fulgt opp i framtida.

Trondheim 21.01.2008

Mari K. By Rise

Lajla Ellingsen