

INNHold

Innspill fra:

Kliniske enheter:

- Barneklubben v/Terje Rootwelt
- Hjerter- lungeklubben v/Otto Smiseth
- Kirurgisk klinikk v/Karl-Erik Giercksky
- Klubben for øre-nese-hals, plastikkirurgi og ortopedi (ØPO-klubben) v/Trine Sand Kaastad
- Kreftklubben v/Sigbjørn Smeland
- Kvinneklubben v/Thomas Åbyholm
- Medisinsk klinikk v/Kristian Bjørø
- Nevroklubben v/Geir Ketil Røste
- Spesialsykehuset for rehabilitering v/Jørn Jacobsen

Medisinske serviceenheter:

- Anestesi- og intensivklubben v/Øyvind Skraastad
- Bilde- og intervensjonsklubben v/Jarl Å. Jacobsen
- Klubben for klinisk service v/Kari Aursand
- Laboratorieklubben v/John Torgils Vaage
- Patologiklubben v/Jahn Nesland

Forskning

- Forskningsalliansen, ekskl. Sykepleieforskning v/Ansgar Aasen, Geir Gogstad og Håvard Danielsen
- Sykepleieforskning v/Cornelia Ruland
- Institutt for kreftforskning v/Erlend Smeland
- Intervensjonssenteret v/Erik Fosse
- Senter for komparativ medisin v/Dag R. Sørensen
- Felles forskningsutvalg v/Frode Vartdal

Vernetjenesten og tillitsvalgte:

- Vernetjenesten v/Alicia Altier og Gry Mæhlum
- LO v/Pål Berdahl
- Akademikerne v/Olaug Villanger og Andreas Stensvold
- NSF/UNIO, PARAT-YS, NITO/SAN v/Vibeke Kristiansen, Elisabeth Emilsen og Rita von der Fehr
- Tillegg fra NITO/SAN v/Brynhild Asperud og Rita von der Fehr

26.05.2008

HOVEDSTADSPROSESSEN

**Innspill fra
klinikker/enheter, felles forskningsutvalg RH/UiO,
tillitsvalgte og vernetjenesten
på Rikshospitalet HF**

Barneklubben (BKL)

Klinikkjef Terje Rootwelt

Konklusjon: En samling av pediatrien er nødvendig for å oppnå målene om bedre kvalitet i pasientbehandling og forskning og effektiv drift. BKL, RH støtter derfor modell 1 med ett samlet barnesenter med områdefunksjon for Oslo Sentrum, alle regionfunksjoner og alle landsfunksjoner/kompetansesentere.

Vi forutsetter i dette innspillet at områdefunksjonene i pediatri for Asker og Bærum flyttes fra RH til Hovedstad Vest og at tre bydeler i Oslo nord flyttes fra UUS til Hovedstad Øst. Dette medfører at ca 40% av de nåværende områdepasientene flyttes ut fra de to klinikkene.

1) Kvalitet i de fire lovpålagte oppgavene (pasientbeh., utdanning, forskning og opplæring)

a) Pasientbehandling.

Pediatri omfatter et stort antall subspecialiteter ("hele medisinen"), men foregår i et begrenset aldersintervall på 0-16 eller helst 0-18 år. Pasientvolumet som er nødvendig for å ha robuste fagmiljøer med spisskompetanse innen de ulike subspecialitetene, må derfor samles fra et større geografisk område dvs hele Helse Sør-Øst, og regionsfunksjonene må være koblet til "områdefunksjon" (dvs et lokalopptaksområde) for å få en tilstrekkelig kritisk masse.

Internasjonal inkl. nordisk erfaring og litteratur er entydige på dette.

Høyere kvalitet i pasientbehandling og forskning og mer effektiv ressursbruk kan kun oppnås ved å samle små enheter til robuste fagmiljøer og ved å unngå dublering av funksjoner på to nærliggende enheter.

Det er i høy grad hvor i behandlingsforløpet pasienten er, samt tilstandens alvorlighet, som bestemmer om en pasient er regions- eller områdesykehuspasient og ikke selve diagnosen. Mange pasienter vil således svinge mellom de to nivåene (kfr prematuritet og onkologi). En samlet avdeling vil gi bedre kontinuitet til disse pasientene. Hvis man lager en ren regionsavdeling i pediatri, vil den ikke få erfaring med viktige deler av pasientforløpene. Dette vil svekke kvaliteten, forskningen og samhandlingen med Helse Sør-Østs øvrige barneavdelinger. Som barneonkologene sier det: *"Vi må stadig rådgi andre samarbeidspartnere om slike problemstillinger og trenger erfaring selv!"*

En avdeling som ikke også driver med "vanlige sykdommer" vil ha svekket legitimitet overfor andre sykehus i Norge og overfor befolkningen. For resten av Norges barneavdelinger, er det enklere å forholde seg til en samlet barneavdeling i Oslo med alle funksjoner.

Sykepleie til barn omfatter, på samme måte som resten av barnemedisinen, et stort antall subspecialiteter som krever spisskompetanse. En ytterligere samordning og økt pasientvolum vil kunne gi oss enda bedre grunnlag for utvikling av spisskompetanse innenfor sykepleie til barn. Mange av barna er kronisk syke med livslange forløp fremfor seg. Kunnskapsbasert sykepleiepraksis krever fagutvikling på ulike nivå. En samordning av kompetansehevende tiltak vil være hensiktsmessig både faglig og økonomisk. Det innebærer nyansatt program, internundervisning, sykepleiere i videreutdanning, kliniske fagutviklingsprosjekter og sykepleiefaglige forskningsprosjekter. Tilsvarende fordeler med samling i ett senter i forhold til å øke spisskompetansen sees for øvrige faggrupper.

BKL, RH ønsker ikke modell 3 eller 4.

Modell 3 med to adskilte avdelinger som begge to har redusert størrelse i forhold til i dag vil være dårligere enn i dag både i forhold til kvalitet (kfr kritisk masse) og effektiv ressursbruk. Mange funksjoner må dubleres, og begge avdelinger må opprettholde fulle vaktssystemer tross redusert total pasientmasse.

Modell 4 med to adskilte "regionsykehus" hvor hovedfunksjonen for mor – barn ligger på UUS, men hvor en del pediatri fortsetter på RH (på grunn av landsfunksjoner/øvrige funksjoner), er en meget uheldig modell som BKL, RH fraråder på det sterkeste.

En god regionavdeling innen barnemedisin må ligge sammen med et høyspesialisert voksensykehus for å ha tilstrekkelig styrke innen små, høyspesialiserte områder. Pediatri omfatter mange subspecialiteter, og mange av disse er avhengige av et nært samarbeid med tilsvarende voksenavdeling. Dette er også viktig i forhold til livsløpsperspektivet fordi mange barn har kroniske sykdommer som skal følges opp videre i voksenalder. Pediatrien har også et tett samarbeid med mange spesialiserte kirurgiske "voksenfunksjoner" ut over landsfunksjoner som transplantasjon og hjertekirurgi. Dette inkluderer funksjonell nevrokirurgi og deler av tumorkirurgien og misdannelseskirurgien. Det vil være uheldig om disse etablerte forbindelsene svekkes.

Barneintensivmedisin er avhengig av samarbeid med voksenmedisin for å ha robuste, avanserte funksjoner for å ivareta pasienter med alvorlig organsvikt (avanserte former for respirasjons- og sirkulasjonsstøtte, dialyse og leverdialyse (MARS)).

Modell 4 innebærer fortsatt to adskilte "barneavdelinger" med alle ulempene det medfører (kfr vår støtte til modell 1), da noe pediatri må bevares på Rikshospitalet i forhold til landsfunksjoner og spesialfunksjoner fortsatt lokalisert på RH. Det betyr at flere pediatrike subspecialiteter må dubleres på de to sykehusene. Dette betyr også at støttefunksjoner som klinisk genetikk og andre småfag også må ha funksjon mot begge sykehus. Etablerte forbindelser mot støttefunksjoner som avansert billeddiagnostikk (inkl PET) og ulike spesiallaboratorier (inkl immunologi og diagnostikk av medfødte stoffskiftesykdommer) vil også svekkes for den delen som flyttes ut av Gaustad.

BKL, RH vil særlig fremheve betydningen av RHs mange landsfunksjoner hvor barn og pediatri spiller en meget viktig rolle: Behandling av store hemangiomer og vaskulære malformasjoner, transseksualisme (BUP ved BKL, RH har denne funksjonen for barn, den er også koblet den flerregionale intersex virksomheten), organtransplantasjon, revmakirurgi hos barn, nyfødtscreening og oppfølginga av PKU, elektiv bløderkirurgi, cochleaimplantat hos barn, kraniofacial kirurgi, epilepsikirurgi og utredning for dette, embolisering av cerebrale arteriovenøse malformasjoner, åpen hjertekirurgi hos barn, hypoplastisk venstre hjerte, utredning av epilepsi med store funksjonshemninger samt høyspesialisert habilitering av vanskelig epilepsi.

Å koble hoveddelen av pediatrien vekk fra alle disse funksjonene, er meget uheldig. Transplantasjonsmedisin og medfødte hjertefeil utgjør begge betydelige deler av dagens aktivitet ved BKL, RH. Medfødte hjertefeil utgjør en spesielt stor aktivitet (0,8 % av alle nyfødte har en medfødt hjertefeil), også utover selve den kirurgiske virksomheten (landsfunksjon på RH med ca 350 åpne hjerteoperasjoner per år) og hjertekateterisering (ca 350 per år). Barn med medfødte hjertefeil blir ofte livsløpspasienter. De krever spesiell ivaretagelse i forbindelse med øvrig sykdom og generell narkose. RH har stor erfaring med undersøkelse og behandling av barn med medfødte hjertefeil som krever narkose. Hvis disse barna skal opereres på RH, men for øvrig håndteres på UUS, må man dublere slike miljøer. Både transplantasjon og medfødte hjertefeil krever en svært bred og tverrfaglig tilnærming, og å skille disse fra resten av pediatrien vil være uheldig for den faglige kvaliteten.

b) Forskning og undervisning

Man trenger tilstrekkelig store miljøer for å drive god forskning. På den bakgrunnen er det en fordel om man kan få til mer avanserte og spesialiserte enheter hvor forskningen blir konsentrert. Det vil være en sløsing med ressurser å bygge opp parallelle store forskningsmiljøer ved nærliggende og konkurrerende sykehus. Hvis man lager et rent

høyspesialisert universitetssykehus, vil dette kunne svekke forskningen for de vanlige og viktige "folkesykdommene" som feberkramper, astma, bronkiolitt, hodepine etc. Oppdatert pasientbehandling på et høyt nivå er avhengig av aktiv forskning i feltet. Ved BKL, RH spiller Pediatrisk forskningsinstitutt en viktig rolle for forskningsmiljøet. Det er svært verdifullt å ha et institutt med stor og bred aktivitet forankret innen det kliniske miljøet. BKL, RH mener også at det er viktig at forskning og undervisning henger sammen. Undervisningen skal være forskningsbasert, men hvis RH ikke får mulighet til å drive undervisning pga mangel på "vanlige" pasienter og for stor del av undervisningen må "settes ut", kan det gi undervisningen et "B-stempel".

Også forskningsmessig mener vi modell 4 er uheldig. Rikshospitalet har et sterkt forskningspreg og -fokus. Mange miljøer ved BKL, RH samarbeider meget tett forskningsmessig med ulike voksen- og støtte-avdelinger. Å flytte hoveddelen av BKL til et annet helseforetak vil svekke denne forskningen.

c) Pasientopplæring

Flere av diagnosegruppene har et lite antall pasienter. Ved å samle pasientene på ett sted, får man et større volum innenfor de ulike pasientgruppene. Det gir større mulighet til å gjennomføre kvalitetssikret pasientopplæring og å legge forholdene best mulig til rette for at pasienter og familier kan lære av hverandres erfaring. Dette gjør pasientene bedre rustet til å mestre hverdagen.

2) Hva skal til for å realisere modell 1 på kort og lang sikt?

BKL, RH ser at det umiddelbart ikke er mulig å samle all aktivitet i en bygningsmasse. I en overgangsfase må det være aktivitet på to steder. Imidlertid kan man rimelig raskt samle en del av virksomheten. Når RH overfører pasientene fra Asker og Bærum til Drammen sykehus, er det mulig umiddelbart å samle all barnekreftbehandling og all behandling av barn med medfødte hjertefeil til Rikshospitalet. Også andre spesialiserte funksjoner kan trolig overføres uten ytterligere påbygninger på RH, men det må utredes nærmere. En full samling av alle sentrale funksjoner vil kreve nybygging. Størrelsen av dette er relatert til ytterligere overgang til dagbehandling (krever tilstrekkelig kapasitet på pasienthotell) og til etablering av "Avansert hjemmesykehus" som er et planlagt prosjekt ved BKL, UUS. En forutsetning for å lykkes med interimsløsninger er at klinikkene organiseres på en slik måte at man kan styre den samlede ressursbruken og utviklingen fremover best mulig og på en måte som ivaretar trykningen til ansatte på begge nåværende avdelinger best mulig.

3) Ressursutnyttelse

Se punkt 1. Samling i større enheter og å unngå dublering av funksjoner og vaktssystemer er sentrale.

4) Ansatte

For de ansatte vil både modell 3 og 4 innebære en uheldig splittelse av fagmiljøet som sammen har ønsket og jobbet iherdig for å få til en samling. BKL, RH ser det som viktig for de ansatte at avklaringer i forhold til tidsperspektiv og mål kommer så snart som det er praktisk mulig.

Hjerte-lungeklinikken

Klinikkssjef Otto Smiseth

Dagens posisjon og visjon:

Hjerte-lungeklinikken er i dag nasjonalt ledende innen utredning, behandling og forskning. Innen enkelte områder av forskningen er Hjerte-lungeklinikken internasjonalt ledende. Denne nasjonale og internasjonale posisjon ønsker man å videreutvikle i nettverk med andre sykehus i egen region, andre regionssykehus og internasjonale sentra. En slik utvikling forutsetter tilstrekkelig store pasientvolum, tydelig definert nasjonal og regional rolle og tilgang på investeringsmidler for å kunne tilby nye behandlinger. For hjertepasientene er det avgjørende at man ivaretar både øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling. Dette fordi øyeblikkelig hjelp og hastepasienter utgjør en økende andel, i dag mellom 20-40 %, og denne tendensen ser ut til å fortsette.

Valg av modell for sykehusorganisering

Ad modell 3: Man vurderer modell 3 som en funksjonell modell, som vil gjøre det mulig å ivareta de nasjonale og regionale oppgaver som RH har i dag, med en begrenset utbygging. Samtidig kan man styrke forskning og utvikling ved at denne konsentreres til Gaustadmiljøet sammen med Universitetet. I tillegg til multitraumatologi og skadekirurgi bør Ullevål videreføre dagens kapasitet innen PCI og hjerte- og lungekirurgi. Man bør samle kateterbasert hjerterytmehandling (RF-ablasjon) ved RH, og RH bør få regionalt (og nasjonalt) ansvar for medfødt hjertefeil hos voksne. En *begrensning ved modell 3* er behov for investeringer i bygg på Ullevål, som vil redusere omfanget av tiltrente nye investeringer på Gaustad. En begrensning av investeringer ved RH vil svekke sykehuset og vil gjøre det vanskelig for RH/HLKs å ivareta aktuelle nasjonale og regionale oppgaver innen høyspesialisert medisin

Konklusjon: Modell 3 vil i prinsippet kunne fungere godt, forutsatt tydeligere rollefordeling enn i dag. Den største begrensning ved denne modell er et større behov for investeringsmidler til rehabilitering av bygninger på Ullevål, noe som vil gi tilsvarende mindre investeringer på Gaustad.

Ad modell 1: Denne modellen vil kunne gi en god løsning nasjonalt og regionalt. Modellen medfører betydelig sentralisering og økning av akutfunksjoner og dette vil kreve reorganisering og investeringer i form av nye bygg på Gaustad. Dette er fullt mulig å gjennomføre, men man må i så fall skjerme den semi-elektive virksomheten (inkluderer all transplantasjon og en rekke andre virksomheter) for driftsforstyrrelser. En risiko ved denne modellen er at den kan gi et betydelig svekket tilbud til hjerte- og lungepasientene når det blir konkurranse om ressurser mellom multitraumatiserte andre pasienter. I tillegg til økt volum av multitraumatiserte pasienter, vil modell 1 medføre økt volumet av pasienter med mistanke om alvorlige skader (som kniv- og skuddskader), intoksikasjoner, akutte buktilstander og andre tilstander. Spesielt er dette en utfordring i forhold til transplantasjonsvirksomheten og det store volumet øyeblikkelig hjelp og et stort og økende volum av hastepasienter som trenger intervensjon og hjerte-operasjon innen 1-2 døgn. Modellen krever derfor etablering av et eget "akuttsenter" på Gaustad som kan håndtere multitraume-pasienter og andre akutte innleggelse. Dessuten forutsettes at man har lokalsykehus og storbylegevakt som foretar optimal pasient-triage og tar hånd om flest mulig pasienter på eget kompetansenivå.

Konklusjon: Modellen 1 kan være en god løsning forutsatt at man etablerer egen fysisk struktur for å ivareta et større volum av akutte tilstander inkludert multitraumer på Gaustad.

Ad modell 4. Denne modellen *anbefales ikke*, da det neppe foreligger et behov for to regionsykehus, gitt en utvikling med fem andre områdesykehus. Alternativet vil medføre både en fragmentering og betydelig grad av dublering av fagmiljøer, og er dermed det klart mest kostnadsdrivende.

Steg videre dersom man velger modell 1:

- a. Alternative løsninger for avanserte hjerte- og lungebehandlinger:
1. Ullevål viderefører PCI og elektiv hjerte- og lungekirurgi som satellitt til RH
 2. Ullevåls hjertekirurgi avvikles og deler av volumet overføres til Gaustad (300) og HiO (100). Det øvrige volum (200) kan overføres til Feiringklinikken. HiO representerer en ressurs ved at lokalene er helt nye (fra 2003) og denne overføring krever ingen investeringer. Det samme gjelder ved overføring av begrenset volum til Feiringklinikken. Ullevåls PCI-volum (ca 1800) kan ivaretas på Gaustad og HiO (1200 pasienter), Feiringklinikken og Sørlandet sykehus (omfordeling). Lungekirurgi fra Ullevål kan fordeles mellom RH og AHUS.
- b. Ullevål har spesialfunksjoner innen cystisk fibrose, allergologi og infeksjoner i lungene. RH kan ta over ansvaret for cystisk fibrose. Allergitretning kan ivaretas ved ØNH eller hudavdelingen ved RH. Infeksjonsutredning kan ivaretas ved Medisinsk klinikk.

Ad antall sykehus-nivåer:

Reorganiseringen av sykehusområdene forutsetter enten to eller tre forskjellige sykehusnivåer. Innenfor egen region fungerer HLK i dag i betydelig grad som 2. nivå sykehus, dvs slik oppgavedelingen vil bli med modell 1. Dette kan videreføres ved et utstrakt samarbeide og styring mellom RH og Ullevål som nevnt i alternativ 1 ovenfor, men også ved valg av modell 3 hvor store pasientgrupper og krav til kvalitet forutsetter høyvolumaktiviteter..

:-

Pasientvolumer og omfordeling:

Lungemedisin og kirurgi: Den samlede lungekirurgi ved RH bør ha et volum på minst 250-300 pasienter. Dersom man går for modell 1, kan lungekirurgi-volumet på Ullevål kan deles mellom RH og AHUS. Det er også mulig å ivareta hele volumet ved RH, men det forutsetter utvidet fysisk kapasitet og mer personale.

Kardiologi: RH bør ha minst 1800-2000 PCI for å holde kvalitet og utnytte vaktteam. RH bør ha ca 800 RF-ablasjoner. I dag er RF-ablasjonsvolumet ved Ullevål ca 200 og ved RH ca 300. Dette tilsier at funksjonen kan samles ved RH.

ICD/pacemakere kan fordeles på flere sykehus. RH bør ha ca 100 ICD (mot 170 i 2008)

Hjertekirurgi:

For å ivareta landsfunksjonene vil HLK måtte operere 400 pasienter for medfødt hjertefeil og utføre 70-100 thorakale transplantasjoner (ca 35 hjertetransplantasjoner). For å ha volum forenlig med kvalitet forutsettes minst 350 klaffeoperasjoner, minst 400 koronar operasjoner, 250 andre operasjoner på hjertet eller thorakal aorta . Det betyr at RH bør utføre ha omkring 1500 åpne hjertekirurgiske inngrep.

Karkirurgi

Det er helt nødvendig for et hjertekirurgisk senter med RHs pasientsammensetning å ha et fullverdig tilbud innen karkirurgi. Karkirurgien bør ha et volum på minst 250 åpne karkirurgiske inngrep (precerebrale- oa sentrale kar) samt minst 250 intervensjonelle inngrep

Det er behov for å styrke det karkirurgiske miljøet ved større pasientvolum enn i dag og ved flere legehjemler.

Tabellen nedenfor viser de måltall HLK mener er nødvendig for behandlinger (kirurgiske inngrep og kateterintervensjoner) ved en reorganisert kombinert thorax – og karkirurgisk avdeling med lands-, region- og i noen grad områdefunksjon):

- | | |
|--|----------|
| • Voksen hjertekirurgi (inkl thorakal aortakirurgi) | 1000 |
| • Transplantasjon (inkl.assistert sirkulasjon og ECMO) | 70 – 100 |
| • Kirurgi for medfødte hjertefeil (barn og GUCH) | 400 |
| • Kirurgi for Lungekreft, annen kreftsykdom oa thoraxkir | 350 |

- Karkirurgiske operasjoner (inkl precerebrale kar) 250
- Karkirurgiske intervensjoner inkl stentgraft i aorta 250

Kirurgisk klinikk

Klinikksjef Karl-Erik Giercksky

Inspillene er basert på:

1. Institusjonens strategiske plan.
2. Omforente region og landsfunksjoner.
3. Det forskningspotentialet som institusjonen representerer nasjonalt og internasjonalt.
4. Praktiske forhold med hensyn på pasientforløp og bygningsmasse.

Den model som dekker Rikshospitalets strategiske plan om et sykehus av internasjonal klasse innenfor nevrofag, hjerte-lungefag, kreft, barns sykdommer, transplantasjon og kvinnesykdommer kan best videreføres innenfor modell 1 i skissen fra HSØ. Denne modellen vil selvfølgelig føre til at den strategiske plan utvides til å omfatte traumatologi på lik linje med de andre vedtatte satsningsområder.

De omforente region og landsfunksjoner vil også falle naturlig på plass i denne modellen uten dubblinger og med populasjonstall som vil styrke kvalitet, effektivitet og forskning.

Den utvidete pasientpopulasjonen som Rikshospitalet ville måtte håndtere som både region og område sykehus vil gi nye pasientgrupper tilgang til institusjonens forskningspotentiale. Samtidig ville det kunstige skille mellom akutt og elektiv håndtering av disse pasientgrupper forsvinne. Kontinuerlig styring, videreutvikling og optimalisering av behandling gjennom pasientforløpet vil være en klar gevinst for store og viktige områder som hjertesykdommer, barns sykdommer og ikke minst kreftbehandling.

Modell 1 som omfatter Rikshospitalet som lands-regionsykehus og områdesykehus vil kreve utvidelse og påbygg på den moderne bygningsmasse som institusjonen i dag råder over. En slik utvidelse av bygningsmassen vil sikre den nødvendige plass for en øket pasientpopulasjon og sørge for at de nye pasientløp innenfor traumatologi og akutt behandling får den nødvendige prioritet og kvalitet uten at dette forringer eller vanskeliggjør pasientløpet for sykehusets lands og regionsfunksjoner. Planlagt og utført riktig representerer dette landets mulighet for å frembringe et sykehus av internasjonal klasse som er i stand til å ta inn over seg de medisinske nyvinninger vi vet vil komme i overskuelig fremtid.

Selv om modell 1 er den klart beste løsning både regionalt og nasjonalt vil implimenteringen kreve tid og investering. En rimelig tilfredstillende interimsløsning vil derfor være helt nødvendig og på flere områder måtte være kompromisser av optimale prinsipper. Modell 3 vil med enkelte modifikasjoner sansynligvis være den beste midlertidige løsning hvis man samtidig målrettet styrer mot modell 1. Fordi modell 1 løser pasientløpene på en overordnet og helhetlig måte vil modell 3 kreve modifikasjoner på klinikknivå og det resterende del av innspillet vil i hovedsak derfor nødvendigvis omhandle rollen til Kirurgisk klinikk og de nødvendige samarbeidene avdelinger og klinikker i denne modellen.

Det overordnede prinsipp er at man i overgangen mellom modell 1 og modell 3 ikke reduserer kvalitet og effektivitet på pasientbehandlingen samtidig som forskning og

utvikling får de nødvendige levekår. En nedbygging av forskning i påvente av bedre tider under modell 1 ville være katastrofalt og gi institusjonen en tilbakegang den kanskje aldri ville komme over. Likeledes ville en endring av pasienttilgangen basert kun på prinsipper og ikke faglige premisser være til liten nytte for pasienter eller økonomi.

For de 5 seksjoner ved Kirurgisk klinikk bør hovedlinjene i pasienttilbudet være:

Seksjon for transplantasjonskirurgi:

Organtransplantasjon er en landsfunksjon og berøres kun av at HOS har tatt grep for å øke organdonasjoner og derav følgende øket transplantasjonsvirksomhet. Seksjonen er også godkjent utdanneleses sted for karkirurgi og har spesialisert seg på visceral karkirurgi. Dette er en liten men livsviktig virksomhet for de pasienter det gjelder og bør videreutvikles i samarbeid med karvirksomheten på thoraxkirurgisk avdeling.

Seksjon for gastrokirurgi:

Seksjonens pasienttilbud vil alt vesentlig være hepatobiliær og pancreas kirurgi (HPB-kirurgi), håndtering av nevroendokrine svulster, øsofaguskirurgi og noe appell funksjon. HPB kirurgi samles internasjonalt til sentrale enheter. Den tekniske utvikling er i de mest avanserte tilfeller nært knyttet til teknikker utviklet for levertransplantasjon og utføres da som samarbeidsprosjekter. Samtidig utvikles fortløpende den minimale invasive kirurgi (MIV) hvor seksjonen i kontinuerlig samarbeid med Intervensjonsenteret har oppnådd en internasjonal posisjon. HPB-kirurgien i HSØ bør sentraliseres og kan utføres av en spesialistgruppe felles for Rikshospitalet og Ullevål. På den måten kan behovet for traume assistanse dekkes samtidig som det utvikles en høyspesialisert gruppe som i fremtiden er i stand til å dekke behovet uten dublisering. En slik samarbeidsgruppe vil på felles grunnlag kunne vurdere alle søknader om HPB-kirurgi, dekke traumebehov og fordele inngrep etter ressurser og behov. En praktisk skisse for et slikt samarbeid er allerede under utarbeidelse. For nevrendokrine tumors er allerede Rikshospitalet et kompetansesenter og dette arbeidet bør videreføres under noe strikere sentralisering. Øsofaguskirurgi er et samarbeidsprosjekt med seksjon for onkologisk kirurgi og Kreftklinikken for å utvikle MIV som operativ prosedyre og lokal profylaksebehandling for adenocarcinomer.

Barnekirurgi:

Rikshospitalets oppgaver innenfor barnekirurgi omfatter ikke all kirurgi på barn men er konsentrert om misdannelser, svulster og kirurgi på nyfødte og premature. Innenfor dette tilbudet ligger også transplantasjon av lever og nyre for spesielle sykdommer og misdannelser som utføres i samarbeid med transplantasjonsseksjonen. Reduksjon i tildelte midler har gjort det nødvendig å konsentrere seg om de ovenfornevnte funksjoner som ikke bør dubleres i regionen.

Urologi.

Den urologiske virksomhet på Rikshospitalet går langs to klare hovedakser. Nevrourologi, urethrarekonstruksjoner, avansert nyrecancer med cavatromber og urologiske implantater på Gaustad har lang tradisjon og er fremkommet som et behov som ikke finnes andre steder i regionen. En skjelden men viktig bivirksomhet er assistanse ved enkelte postoperative problemer hos nyretransplanterte. Behandling av urologisk cancer er den andre virksomhetsaksen og drives i hovedsak på Montebello i et avansert tverrfaglig samarbeid med Kreftklinikken, kreftgynekologer, avdeling for patologi og Forskningsinstituttet. Utviklingen av robotkirurgi har vært svært vellykket

og har overtatt rollen til tradisjonell åpen og laparoskopisk kirurgi for cancer prostata. Urologisk cancer er et tallmessig stort felt med prostatacancer som det overlegent største. Vi ser det som avgjørende at virksomheten er forankret i et tungt tverrfaglig miljø som kan tilby alle aktuelle behandlingsmodaliteter og diagnostiske prosedyrer, kombinert med både basal og klinisk forskning. Dette har ført til bedret preoperative staging av prostatacancer og prosjekter for genetisk klassifisering av tumores. Virksomheten har i Helse Sør vært fragmentert, men bør klart sentraliseres. Omfanget tilsier at man i denne fasen bør ha to sentre for urologisk cancer som samarbeider på lignende måte som beskrevet for HPB-kirurgi.

Seksjon for onkologisk kirurgi.

Seksjonen representerer i hovedsak den operative del av Kreftklinikken multimodale krefttilbud. De fleste behandlingstilbud er regionale evt. landsfunksjon (perfusjonskjemoterapi). Seksjonens kirurger representerer de typiske funksjoner som nå utvikler seg på de fleste internasjonale kreftsentra med mulighetene for å sette sammen umiddelbart de operative team som er nødvendige ved komplekse inngrep og rekonstruksjoner. Sarkomer og truende spinal kompresjon er regionale og flerregionale funksjoner (nasjonalt kompetansesenter). Abdominalkirurgi innbefatter kun kompleks bekkenkirurgi ved recidiv av rectumcancer, lokalavansert rectum, pseudomyxom og gynekologisk eller urinveiscancer. Bedre organisering av primær rectumcancer har redusert recidivfrekvensen, men behandlingen av slike recidiv er meget krevende med team av tarmkirurger, urologer og plastikkirurger (for å dekke defektene i bekkenbunnen). Behandlingen og den kliniske forskning rundt recidiv, lokalavanserte tumors og pseudomyxom har oppnådd internasjonal oppmerksomhet og er dimensjonert for å dekke hele regionens behov. Selv om bare den lokalavanserte del av mamma-kirurgien tidligere var klassifisert som regionalfunksjon er et moderat antall tidlig mammacancer nødvendig for den tunge internasjonale basale og kliniske forskning som Institusjonen står for. Dette er ikke til hinder for et utstrakt forskningssamarbeid med andre sykehus. På grunn av ny spesialitet mamma-endokrin kirurgi forsterkes dette ytterligere. Seksjonen håndterer klart det største antall thyreoideacancer i regionen og sammen med de uremiske parathyreoida hyperplasier og binyretumores dekker instusjonen alle aspekter av mamma-endokrin kirurgien slik det fremgår av Helse Øst sin utredning fra 2007. Seksjonen har nylig gjennomgått omfattende effektiviserings tiltak og all operativ virksomhet er nøye inkorporert i Kreftsenterets behandlingsopplegg og inspill til hovedstadsprosessen.

Klinikk for øre-nese-hals, plastikkirurgi og ortopedi (ØPO)

Klinikksjef Trine Sand Kaastad

ØPO har tre svært forskjellige fagområder å ivareta, men felles for alle er at de har utviklet seg over tid som typiske Rikshospitalavdelinger med høyspesialisert regions- og nasjonal virksomhet. Øre-nese-halsavdelingen (ØNH) har siden fusjonen med søsteravdelingen på Ullevål (UUS) i 2004 også vært en lokal avdeling med stort volum av øyeblikkelig hjelp. For alle tre avdelinger utgjør Hovedstadsprosessen en positiv utfordring for å kunne påvirke eget fags fremtidige utvikling i Norge i forhold til alle de sentrale aspektene – pasientbehandling, utdanning og forskning. For alle utgjør Hovedstadsprosessen samtidig en potensiell trussel for de små og spesielle pasientgrupper ØPO betjener som nå skjermes innen rammen av Rikshospitalet, men som kan bli ofret innenfor sykehus med stor pågang av akuttkirurgi, som i de planlagte områdesykehus. En skjerming av den spesialiserte aktiviteten må derfor sikres.

ØNH regnes som et områdefag innen den vedtatte strukturering av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst, men har også regionsfunksjoner. I Sentrum er det i dag to ØNH avdelinger og en rekke private aktører som også driver kirurgi. Også disse siste må tas med i det helhetlige bildet når den fremtidige strukturen planlegges og gjennomføres.

ØNH avdelingens innspill viser til at avdelingene ved UUS og Rikshospitalet ble fusjonert på Rikshospitalet i 2004. Regionsfunksjonene i Helse Sør og Øst ble samlet. Man fikk ansvar for ø-hjelp for Oslo og deler av Akershus. I område "sentrum" drives også en ren elektiv avdeling innen ØNH ved Lovisenberg. For enkelte deler av Oslo og Akershus Øst dekkes ø-hjelp av AHUS.

Samordning av kreftomsorgen i Helse Sør og Øst var av stor betydning da ansvaret for all ØNH kreft ble overført til Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Utredning og behandling av ØNH kreft skulle i prinsippet foregå ved Rikshospitalet (kirurgi ved ØNH, strålebehandling ved onkologisk avdeling). Dette er i samsvar med de overordnede føringer om "regionale funksjoner kun ett sted i regionen, faglige avhengigheter ivaretaes", og dette er godt integrert i Rikshospitalet, gode multidisiplinærsamarbeid er videre etablert for denne pasientgruppen ved Rikshospitalet.

Fortsatt opereres enkelte pasienter med ØNH kreft ved kjevekirurgisk avdeling UUS.

ØNH tilsyn for inneliggende pasienter ved UUS dekkes ved en frivillig vaktordning fra Rikshospitalet. Dette fungerer ikke optimalt, delvis p.g.a. manglende undersøkelsesutstyr og lokaliteter på UUS. Særlig barneavdelingen og infeksjonsmedisinsk avdeling ved UUS lider under dette, da de har mange pasienter med alvorlige tilstander som også omfatter øvre luftveier og øre (luftvegsproblemer hos små barn og otogene meningitter, multitraume). Det må opprettes en satellittfunksjon for at dette skal fungere som ønsket.

I forhold til foreslåtte løsninger medfører Modell 1 ikke endring for ØNH, forutsatt at region- og områdesykehus samles ved Rikshospitalet. Modell 3 fordrer ØNH satellitt eller varig bedre ordning for ØNH tilsyn / assistanse ved for multitraume / inneliggende pasienter. Modell 4 kan medføre at ØNH satellitt må etableres ved områdesykehuset, faglig avhengig av lokalisering av pediatri og infeksjonsmedisin. ØNH avdelingen ved AHUS må også tas med i bildet for det samlede tilbud for ØNH pasienter i hovedstadsområdet, og det kan være faglige grunner til å vurdere funksjonsfordeling av enkelte høyspesialisert regionale funksjoner innenfor ØNH faget. Undervisning i medinstudiet er delt 80/18 RH / AHUS.

Når det gjelder lokalsykehusfunksjon/spesialisthelsetjeneste for ØNH pasienter utføres en stor del av de enklere operasjoner, med tilhørende utredning og behandling hos avtalespesialister. Unntaket er ørekirurgi der lokalsykehusfunksjoner er henvist regionsavdelingen. De private

tar i liten grad ansvar for ø-hjelp og akutte komplikasjoner til egen kirurgi, noe som medfører en relativ stor andel ø-hjelp ved den regionale ØNH avdelingen. Dette er lite i samsvar med Rikshospitalets øvrige struktur i nåværende organisering. Dersom modell 2 velges er det ønskelig at områdefunksjon ivaretas av områdesykehuset. Det er uansett ønskelig å revurdere behandlingsansvaret for ø-hjelp som ikke trenger RHs faglige infrastruktur.

Kjevekirurgi er noe ukorrekt framstilt i oversiktene per i dag. Det er kjevekirurgiske seksjoner på UUS (under plastikkirurgi) med lokal- og regionsfunksjon. Ved Rikshospitalet ligger dette under ØNH avdelingen og er en regionsfunksjon. Ved behandling av ØNH kreft er vi helt avhengig av kjevekirurger. Kjevekirurger inngår som en viktig aktør for alle pasienter, ikke bare operativt, men også når det gjelder strålebehandling og rehabilitering, og inngår i livslang oppfølging av disse pasientene.

Uansett løsning 1, 3 eller 4 må regional kjevekirurgifunksjon finnes på samme sykehus som ØNH.

Plastikkirurgi er definert som et regionsfag og er tidligere utredet i forhold til sammenslåing av de to avdelingene ved UUS og Rikshospitalet. Det finnes også en avdeling i Skien. For dette faget er det derfor faglig sett nesten likegyldig hvilket scenario man velger for fremtidig organisering, men Modell 1 er den tryggeste i forhold til alle de avdelinger man samarbeider med og betjener som da vil samles optimalt.

Ortopedisk kirurgi er den største kirurgiske spesialiteten og inkluderer store volum akuttkirurgi for brudd og andre skader. Samtidig finnes det mindre volumer av høyt spesialisert virksomhet, som i vår avdeling. Innen ortopedi har man tidligere erfart at trusselen om tilsidesettelse av denne virksomheten kan være reell, og i styrevedtaket de nyopprettede Helse Sør og Helse Øst gjorde på nyåret 2002 for å oppløse det toårige prøveprosjektet Oslo Ortopediske Universitetssykehus (OOU), ble det bl.a. understreket at Rikshospitalets ortopediske virksomhet ble flyttet opp i nytt hospital for å sikre de pasientgruppene man betjente. Rikshospitalets ortopediske virksomhet har etter innflytting Gaustad blitt tungt integrert mot alle de samarbeidende avdelinger og har opprettholdt og videreutviklet de høyspesialiserte funksjonene med stadig større pågang utenfra.

I Ortopedisk avdelings (ORT) innspill anføres det at Modell 1 forutsetter at all akuttkirurgi skal drives ved regionsykehuset (Rikshospitalet). Akuttkirurgien i område sentrum utgjør i dag totalt ca 15000 pasientinnleggelser hvorav ca 3500 ved RH. Modell 1 ser altså for seg at aktiviteten ved RH skal økes med 10-12000 operasjoner årlig. ORT ser at dette forutsetter store bygningsmessige endringer. Det vil kreve bortimot en dobling av operasjonskapasiteten sammenlignet med dagens status, i tillegg en tilsvarende utbygging av kapasitet på sengeavdeling, postoperativ/intensiv, anestesi, akuttmottak osv.

Både modell 1 og 3 forutsetter at all ortopedi skal drives i ett sykehus. Rikshospitalets ortopediske avdeling tar hånd om et stort antall pasienter med sjeldne lidelser som krever avansert og ofte tverrfaglig behandling. Seksjon for hånd- og mikrokirurgi har landsfunksjon når det gjelder replantasjonskirurgi og regionfunksjon for avansert håndkirurgi ellers. Den operative aktiviteten er preget av langvarige operasjoner med samarbeid mellom en rekke kirurger. Nesten 100 operasjoner årlig for amputasjon eller sirkulasjonssvikt og innpå 150 spesielt alvorlige kvestelser må utføres hyperakutt og varer som regel langt utover nettene. Tre fjerdedeler av aktiviteten er imidlertid elektiv. De andre seksjonene har tilsvarende spesielle funksjoner som ortopedisk kirurgi til blødere, barnerevmakirurgi, nevroortopedi, dysmelibehandling. Dette er alle lands- og regionfunksjoner som er prioriterte og som passer godt inn i Rikshospitalets strategi. De innbefatter kompliserte og ressurskrevende og ofte langvarige operative prosedyrer.

ORT engster oss for at disse spesialiserte elektive funksjonene lett vil bli prioritert bort om de skal konkurrere med akutt (og til dels tung multi-)traumatologi om felles ressurser. Akuttpresset i modell 1 og 3 vil bli formidabelt. ORT advarer mot å inkludere nåværende lokalsykehusortopedi i en regionsavdeling til fortrenghet for avanserte rekonstruksjoner utelukkende fordi det dreier seg om akuttkirurgi. Det er nødvendig at den type virksomhet ORT nå sørger for kan skjermes fra den tunge og til dels livstruende traumatologien. Dette gjelder både fordi mange av traumepasientene er så hardt skadd at de i en akuttsituasjon selvfølgelig må prioriteres og fordi traumatologien representerer et så stort volum at den av den grunn lett vil kunne fortrenge mye av den elektive ortopedien. Faren for dette er større i de tilfellene der den elektive kirurgien dreier seg om kompliserte og langvarige prosedyrer.

Av disse grunner vil ORT, om vi må velge mellom modell 1, 3 og 4 slik de er presentert i innspillnotatet, gå inn for at man velger å organisere virksomheten i tråd med modell 4. Vi tror at det kun er denne modell som kan gi den nødvendige skjermingen av den sårbare virksomhet. Dette vil også være i samsvar med Helse Sør-Østs grunnleggende premisser: De akutte og elektive lands- og regionsfunksjonene i håndkirurgi og de elektive lands- og regionsfunksjoner ellers vil fortsatt være samlet og lokalisert til kun ett sted.

Konklusjon

Tross motforestillingene fra ORT, mener ØPO-klinikken at **modell 1** vil være den foretrukne på lang sikt. Denne modellen vil under gitte forutsetninger, som skjerming av høyspesialiserte funksjoner, sikre god fagutvikling og forskning innen alle tre fag. I trinnvis utvikling av modellen bør følgende moment inngå;

1. Behandlingen av barn innen ortopedi og plastikkirurgi flyttes fra UUS til RH. Høsten 2007 sendte et samlet fagmiljø innspill om en slik løsning til administrerende direktør ved UUS og RH. Tilsvarende sammenslåing er allerede gjennomført for hele ØNH.
2. Det foretas en funksjonsfordeling innen ØNH-faget mellom Hovedstad øst, vest, og sentrum, inkludert Lovisenberg sykehus og de private aktørene.
3. Samordning av plastikkirurgi i tråd med tidligere anbefalinger. Dette kan skje i RHs lokaler da dagens areal og øvrige rammer tillater slik samordning uten større vansker.
4. Gradvis implementering av resten av ortopedien etter avklaring av hva som er lokalsykehusfunksjoner ved UUS og flytte disse ut, avklare hvorvidt all bruddkirurgi skal være områdekirurgi og avklare avgrensingen mot legevaktkirurgi.
 - Samling av ryggkirurgi på område- og regionsnivå på RH
 - Håndkirurgi utover legevaktkirurgi samles RH
 - Protesekirurgien på område- og regionsnivå flyttes etter

Total samling innen område- og regionsoppgaver i ortopedi vil kreve endring i infrastruktur i forhold til skademottak og betydelig utvidelse av operasjonskapasitet på Gaustad.

For alle tre fagområder, uansett hvilken løsning som velges, må fokus være på å skjerme lands- og regionsfunksjoner.

Kreftklinikken

Klinikkensjef Sigbjørn Smeland

Overordnet: Kreftbehandling

1. Betydningen av multidisiplinær diagnostikk og behandling

Moderne kreftbehandling fordrer for nødvendig kvalitet i behandlingen tverrfaglig (multidisiplinær) tilnærning med koordinert oppmøte av flere spesialister i beslutningsprosessen rundt den enkelte pasient. Dette inkluderer som minimum spesialister i kirurgi, onkologi, radiologi og patologi. Bakgrunnen for dette er at stadig flere pasienter er kandidater for eller skal ha kombinasjonsbehandling av kirurgi, strålebehandling og/eller medikamentell behandling. I tillegg er det en markant utvikling mot mer differensiert og målrettet behandling som krever mer detaljert patologisk og radiologisk diagnostikk.

Sykehus som har primæransvar for kreftbehandling må derfor som minimum ha tilgang på disse fire basisspesialitetene. Det innebærer derfor at primæransvaret for kreftbehandling etter vår oppfatning er en område- og/eller en regionsfunksjon.

2. Ivaretagelse og styrking av Komplette kreftsenter modellen (Comprehensive cancer center)

Internasjonalt er det bred enighet om at den organisering som sterkest fremmer forskning og forskningsbasert utvikling av klinikken innen kreftområdet er et såkalt komplett kreftsenter. Det innebærer samling av forskningstunge miljøer innen klinisk forskning, basal forskning og epidemiologisk forskning i ett senter som også har omfattende pasientbehandling. Geografisk nærhet er avgjørende for at synergier skal oppstå. Kreftsentermodellen fremmer også den kliniske organiseringen i multidisiplinære team (se over). Et komplett kreftsenter vil også fungere som et regionalt og nasjonalt referansesenter og gjennom bredt internasjonalt kontaktnett sikre at viktige framskritt tidlig kommer norske pasienter til gode.

3. Betydning av Kreftregisteret

Kreftregisteret er i dag organisert under Rikshospitalet HF. Siste årene har KR etablert en rekke diagnosespesifikke og populasjonsbaserte kvalitetsregistre. Vi mener slike registre må systematisk etableres for alle diagnosegrupper. De vil være verdifulle verktøy for klinisk forskning og i tillegg være viktig for monitorering av kreftomsorgen. Ved hjelp av registrene kan en monitorere og sikre kvalitet av behandlingen og om likeverdig tilgjengelighet av helsetilbudet.

Vår oppfatning er at Kreftregisteret for å håndtere disse oppgavene effektivt, må være knyttet til og organiseres som en del av det komplette kreftsenter.

Vurdering av de foreslåtte modellene:

1. Kvaliteten i lovpålagte oppgaver:

Vi mener at pasientbehandling, forskning og undervisning best ivaretas og har best muligheter for å videreutvikles med **modell 1**. Dette samler virksomheten til et foretak og vil styrke den komplette kreftsenter modellen (se over). Deling av område- og regionsfunksjoner er uhensiktsmessig og kunstig da behandlingen spesielt innenfor de store tumorgruppene er en dominerende områdesykehusfunksjon (eksempel brystkreft). Regionsykehusfunksjonen bør derfor legges sammen med områdesykehusfunksjonen, alternativt må en dele i to likeverdige miljøer som ikke er et alternativ blant de mulige modellene (egentlig modell 5). I et folkehelseperspektiv er viktig at kreftsenteret har en godt definert aktivitet innen de vanligste kreftformene for å styrke forskning og fagutvikling innen disse diagnosegruppene. Modell 3 vil over tid ut fra det overstående resonnement medføre en risiko for overgang mot modell 5. Modell 3 anses også uheldig hvis den medfører at deler av kreftkirurgi legges til tramuesenteret. Det er ikke en fordel å samlokalisere avansert elektiv kreftkirurgi med mulittraume der de siste i en gitt situasjon alltid vil ha prioritet. Alternativ 4 anses som lite hensiktsmessig. Kreftbehandling vil kreve tilstedeværelse av alle kirurgiske spesialiteter inkludert gastro, mamma/endokrin, thorax, urologi, gynekologi, plastikk, ortopedi, ØNH og nevrokirurger og en hensikts oppdeling av den totale virksomheten fins derfor ikke.

En viktig mulighet som åpner seg ved modell 1 er at region- og områdesykehuset i samarbeid med UiO oppretter et Oslo Clinical Trial Center etter modell av Medical Research Center i London. Betydningen av et slikt senter er det bred enighet om, men det har ikke vært praktisk mulig innenfor eksisterende struktur. Et slikt senter vil ha stor betydning for klinisk forskning ikke bare innenfor kreft, men prinsipielt alle fagområder og bør også betjene andre sykehus i regionen.

Kreftsentermodellen (styrket av modell 1) gir også mulighet for å videreutvikle pasientmedvirkning og rehabilitering. Dette er viktig for kreftområdet da prevalensen er sterkt økende på grunn av økt innsidens og bedre behandlingsresultat. I tillegg er det flere trekk ved sykdommen og behandlingen som tilsier at dette er av stor betydning for kreftpasientene. Det er blant annet knyttet til sykdommens alvorlighetsgrad, risiko for tilbakefall og senskader etter behandling.

Konklusjon: Modell 1 er klart å foretrekke, dernest modell 3. Modell 4 kan ikke anbefales.

2. Forutsetninger for modell ene.

Modell 1, 3 og 4 forutsetter at en definerer lokalsykehusfunksjonene innen kreftomsorgen og at ansvar for denne behandlingen plasseres. Dette gjelder som eksempel ikke-tumorrettet behandling, komplikasjoner under behandling og deler av palliativ medikamentell behandling. I henhold til innledningen vil stråleterapi og primærkirurgi være definert som områdefunksjon eller regionsfunksjon.

Stråleterapien vil for nær framtid foregå på UUS og Radiumhospitalet. I dag har Radiumhospitalet 11 stråleterapimaskiner og 2 etterladningsapparat for brachyterapi mens UUS har 6 stråleterapimaskiner. For en effektiv total ressursutnyttelse og sikre nødvendig oppdatering og utskiftning av utstyr bør stråleterapi organisatorisk også innenfor modell 3 og 4 organiseres i en enhet. Totalt er innkjøpsprisverdien av MTU innen stråleterapi ca 500 MNOK og tilsvarer en årlig investering på ca 40 MNOK.

Modell 1 og 3 naturliggjør at Radiumhospitalet vil være senter for kreftbehandling og forskning i Oslo. Fagmiljøet er i dag det bredeste og klart ledende innen forskning og virksomheten er styrket gjennom nyinvestering i strålebygg og forskningsbygg på nærmere 2000 MNOK.

Alternativ 1 forutsetter at kreftkirurgien over tid og som en konsekvens av det også strålebehandlingen, samles til ett senter Oslo. Det vil kreve investeringer. Uansett vil alternativ 1,3 og 4 nødvendiggjøre oppgradering av den kliniske bygningsmassen på Radiumhospitalet og alternativ 1 vil i tillegg kreve økt kapasitet for kreftkirurgi ved Rikshospitalet HF. Vedrørende strålebehandling må en over tid vurdere størrelsen av senteret i Oslo i forhold til å bygge opp stråleterapikapasitet ved områdesykehusene.

Moderne kreftbehandling består ofte av langvarige behandlingsforløp der behandlingen kan deles mellom ulike sykehus. Ut fra en overordnet føring om at kreftbehandling esentlig vil være område og regionsfunksjon vil denne samhandlingen bli enklere. De nasjonale handlingsprogrammene med standardisert utredning, behandling og oppfølging bør legge klare føringer på hvordan slik samhandling mellom områdesykehus og regionssykehus bør praktiseres innenfor den enkelte diagnosegruppe. Vår oppfatning er også at det er en fordel for samarbeidende sykehus i regionen og nasjonalt å forholde seg til **ett** regionsykehus i forhold til pasientbehandlingen og at modell 1 derfor også best ivaretar pasientflyten.

Konklusjon: Modell 1 vil kreve økt kapasitet for kreftkirurgi ved Rikshospitalet HF. Alle alternativene vil nødvendiggjøre oppgradering av den kliniske bygningsmassen på Radiumhospitalet. Modell 3 bør innebære en organisatorisk sammenslåing av stråleterapien i Oslo

3. Ressursutnyttelse:

Model 1 gir best muligheter for samordning og balansert utvikling av den kliniske virksomheten spesielt viktig innen kirurgi og strålebehandling. Model 1 vil også tydelig definere regionssykehusansvaret i forhold til andre områdesykehus og styrke LEON prinsippet. Modell 1 vil sikre koordinert og balansert utvikling av den kliniske virksomheten. Alternativ 4 (og også modell 3) vil medføre dublering av en rekke tjenester både innenfor diagnostikk og behandling og vil vanskeliggjøre god koordinering og en balansert utvikling av virksomheten.

Konklusjon: Modell 1 gir et betydelig potensial for bedre ressursutnyttelse i enn i dag. Modell 4 gir ingen gevinster og øker risikoen for en mindre effektiv tjeneste.

4. Hensyn til de ansatte

Alle alternativene vil kreve omstilling. På sikt vil modell 1 som vi oppfatter det, gi mest forutsigbarhet for de ansatte.

Hovedkonklusjon:

Kreftklinikken anbefaler modell 1. Den gir på lang sikt de største gevinster innefor alle områder og vil styrke det komplette kreftsenter modellen (CCC). Modell 1 vil kreve overføring av betydelig virksomhet til regionssykehuset. Modellen vil også kreve investeringer og det vil ta tid å implementere. I påvente av modell 1 bør modell 3 midlertidig etableres med siktemål om framtidig overgang til modell 1. Samling av stråleterapien i en organisasjon bør etableres innenfor modell 3.

Kvinneklinikken (Fødselshjelp og kvinnesykdommer)

Klinikksjef Thomas Åbyholm

Det er fra helse Sør-Øst lagt frem 3 aktuelle modeller (Modell 1, 3 og 4) for organisering og lokalisering av region- og områdefunksjoner for Sentrum 2020.

Modell 4 virker uhensiktsmessig og lite fremtidsrettet. De fleste kompliserte sykdommer er avhengig av et nært tverrfaglig samarbeid. Innen vår spesialitet er samtlige seksjoner avhengig av andre fagområder, et eksempel er føde- og fostermedisin/ultralydseksjonene som er nær knyttet til nyfødtavdelingen (premature, syke barn), diagnostikk og behandling av misdannelser krever nært samarbeid med genetikere, barnehjertemedisinere, barnekirurger osv. Behandling av gravide med kroniske sykdommer (transplanterte, medfødt hjertesykdom, endokrinologiske sykdommer osv) er avhengig av et tett samarbeid med de ulike spesialister.

Modell 3 kan lett føre til to sterkt konkurrerende sykehus (klinikker) der det lett kan bli en kamp om de fleste ressurser, utbygging utstyr, forskningsmidler osv. Det kan også bli store utgifter på grunn av dobbelt bemanning.

Vi bør derfor på kort sikt bevege oss mer og mer i retning av modell 3, det vil si at regionsfunksjoner på Ullevål universitetssykehus (UUS) overflyttes til Rikshospitalet (RH), men utarbeider en langsiktig plan frem mot 2020 som ender opp i Modell 1. Resultatet av denne prosessen blir da at alle region/områdefunksjoner samt flerregionale og landsfunksjoner samles på et sted (RH).

Innefor vårt fag har vi hatt et samarbeidsprosjekt mellom Kvinneklinikken UUS og Kvinneklinikken RH. Klinikksjef Bjørn Busund UUS og Klinikksjef Thomas Åbyholm RH utarbeidet følgende mandat for arbeidsgruppen (13.09.2007):

Gynekologisk kreft: Hvorledes skal gjennomføringen av organiseringen utføres etter de føringer som er lagt i tidligere utredning.

Generell gynekologi, Infertilitet og assistert befruktning, Fostermedisin og ultralyd :

Det utarbeides forslag til etablering av hensiktsmessige tilknytningsformer mellom de nevnte seksjonene ved de to Kvinneklinikkene når det gjelder lokalisering og organisering (mulighet for sammenslåing av seksjoner, eventuelt virksomhet ved begge klinikker, eventuelt administreres fra en klinikk, eventuelt kun tettere samarbeid enn det som er i dag, eventuelt en bedre fordeling av arbeidsoppgaver og lignende.)

Når det gjelder alternative tilknytningsformer mellom de tre seksjonene ved de to klinikkene (organisering og lokalisering) skal det legges avgjørende vekt på den kliniske/faglige og vitenskaplige aktivitet og kvalitet. Fagområder som er bygget opp gjennom lengre tid og som er av meget høy kvalitet må bevares og styrkes slik at man kan videreutvikle og forbedre den faglig kvaliteten og tilbudet til pasientene.

Det ble utnevnt to overleger (seksjonsoverlegen som den ene) fra hver av Kvinneklinikkene for hvert spesialområde innenfor vår spesialitet.

Når det gjaldt fødsler mente vi at det ikke var nødvendig å utnevne fagrepresentanter for dette området da vi så behovet for å beholde to fødeavdelinger i Oslo.

Anbefalingene fra arbeidsgruppene gikk klart i retning av å overføre flere regionsfunksjoner/spesialfunksjoner fra Kvinneklinikken UUS til Kvinneklinikken RH dvs at vi for fagområdet Fødselshjelp og kvinnesykdommer beveger oss på kort sikt til ett regionssykehus Modell 3 og videre til Modell 1 (ett regions/områdesykehus) på litt lengre sikt.

Gynekologisk kreft (RH og UUS). I 2005 ble det satt ned en prosjektgruppe for prosjektet: Samordning av kreftomsorgen i Helse Øst og Helse Sør. – Arbeidsgruppen (faggruppen) for gynekologisk kreft anbefalte enstemmig ”at de to eksisterende gynekologiske seksjoner (UUS og RH) går sammen om å opprette ett felles regionalt gynekologisk senter for Helse Sør og Helse Øst lokalisert til et sted med en ledelse”. Hovedprosjektgruppen anbefalte ”at det etableres ett gynekologisk senter for pasienter fra Helse Øst og Sør og at dette senteret lokaliseres til RH”. Hvorledes dette skulle gjennomføres ble diskutert i gruppen av fagrepresentanter fra UUS og RH (desember 2007).

Reproduksjonsmedisin (UUS og RH). Reproduksjonsmedisin omfatter utredning og behandling (inkludert operativ behandling) av infertilitet, gynekologisk endokrinologi, assistert befruktning og genitale misdannelser. Konklusjon fra arbeidsgruppen: ”Reproduksjonsmedisin ved de to klinikkene (RH og UUS) slås sammen, dvs fysisk samlokalisering av dagens to seksjoner. Siden RH har den klart største aktiviteten, så vel klinisk som vitenskapelig, er det rimelig at en samlokalisering foretas til RH”. RH har flerregional og de facto landsfunksjoner innenfor sædbank og ovarialvevnedfrysning på kreftpasienter. Ved UUS har det vært minimal vitenskapelig aktivitet innenfor reproduksjonsmedisin, mens det ved RH har utgått en rekke doktorgradsavhandlinger og ca 200 internasjonale publiserte artikler i løpet av de siste 20 år. For tiden pågår og planlegges flere doktorgradsprosjekter i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse, som også er lokalisert på Rikshospitalet. Infertilitet og reproduktiv helse er av HOD bestemt å være hovedsatsningsområder for kvinnehelsesenteret.

Generell gynekologi (UUS og RH): I arbeidsgruppen mente man ”at det var riktig å opprettholde tilbud på Rikshospitalet for pasienter innen følgende fagområder : GID (kjønnskverteringer), samarbeid med plastisk kirurgiskavdeling og psykosomatisk avdeling – landsfunksjon, GA (medfødte misdannelser) i samarbeid med plastiskkirurg, urolog, barnekirurg, pediater, endokrinolog og barnepsykiater, vulvologi i samarbeid med hudavdelingen, seksuelle dysfunksjoner og kroniske underlivssmerter i samarbeid med psykosomatisk avdeling, utredning og behandling av komplikasjoner til sjeldne hematologiske og infeksjonsmedisinske tilstander”.

Ved en prosess der regionsfunksjonene flyttes til RH kan også følgende tilstander være aktuelle: Komplisert urogynekologiske tilstander og komplisert bekkenbunnskirurgi med protesekirurgi, spesielt pga nært samarbeid med urologisk og nevrologisk avdeling, og behandling av myomer med emoliseringssteknikker, evt fokusert ultralyd i samarbeid med radiologisk avdeling og intervensjonsenteret.

Fostermedisin/ultralyd (UUS og RH): I arbeidsgruppen konkluderte man med ” at det var behov for en fostermedisinsk seksjon ved begge kvinneklinikkene, dvs ingen umiddelbare strukturelle endringer, men utvikling av et praktisk samarbeid mellom de to fostermedisinske enhetene. Det kunne på sikt være et alternativ å flytte aktivitet som krever spisskompetanse til det ene sykehuset.”

Fostermedisin omfatter prenatal diagnostikk av fosteravvik (strukturelle avvik, kromosomavvik og monogenetiske arvede sykdommer, diagnostikk og behandling av

sykdommer hos fosteret (for eksempel rhesusimmunisering og hjerterytmier) og overlappende funksjoner til generell obstetrikk (for eksempel veksthemning).

Fosterdiagnostikk og fostermedisin er en tverrfaglig aktivitet. For den kliniske aktiviteten har seksjonen på Rikshospitalet et nært samarbeid med det barnemedisinske miljø ved RH. Dette gjelder først og fremst barnekirurgisk seksjon og barnekardiologisk seksjon. Rikshospitalet er et stort barnesykehus og det eneste sykehus i landet hvor alle aktuelle barnemedisinske/kirurgiske spesialiteter er representert. Rikshospitalet har landsfunksjon når det gjelder operasjoner innen barnehjertekirurgi og flerregionalfunksjon når det gjelder neonatalkirurgi. I tillegg til de pasientene som er diagnostisert ved seksjonen følger vi derfor opp pasienter som er ferdig diagnostisert ved andre universitetssykehus gjennom siste delen av svangerskapet fordi de skal føde ved Rikshospitalet. Invasiv diagnostikk (fostervannsprøver, morkakebiopsier, føtale blodprøver) utføres ved seks sentre i Norge og ca 40 % av alle disse prosedyrene utføres ved Kvinneklinikken, RH.

Obstetrikk og fostermedisin:

Obstetrikk og Fostermedisin på regionalt nivå krever i økende grad definerte team der også andre spesialiteter er involvert og der *alle* må inneha erfaring på aktuelle felter. Rikshospitalet har i dag vel fungerende nettverk av slike team. Offisiell statistikk viser at Rikshospitalet har høyere tetthet av alvorlig patologi innenfor obstetrikk og fostermedisin enn noe annet sykehus i landet (data fra Folkehelseinstituttet og Sosial- og Helsedirektoratet). Med tanke på fremtidig regionalisering utgjør derfor Rikshospitalets samlede kompetanse og struktur (bl a samlokalisering) innenfor disse fagfeltene et særlig godt grunnlag for videre utvikling.

Høyspesialisert obstetrikk: Stadig flere kvinner med kompliserte tilstander gjennomfører svangerskap. Det gjelder kvinner med kroniske sykdommer og kvinner som får alvorlige obstetriske komplikasjoner knyttet til preeklampsi, placentære dysfunksjoner, svært preterm fødsler og infeksjoner. Hver av tilstandene er ofte kombinert med komplekse hjertemedisinske, nyremedisinske, reumatiske, nevrologiske, endokrine, hematologiske sykdommer og andre ikke-obstetriske tilstander som krever behandlingsteam på tvers av spesialitetsgrensene. Transplanterte gravide utgjør en egen risikogruppe.

Forskning: Både ved Fødeseksjonen og Seksjon for fostermedisin foregår det betydelig forskningsaktivitet som fremgår av de årlige *publikasjonslistene fra Kvinneklinikken*. Det er også et nært forskningssamarbeid mellom de to seksjonene, med en rekke andre avdelinger og internasjonalt. Medisinsk fakultet har lagt et av de prioriterte forskningsområdene (tematisk område ”perinatal ernæring”) til Kvinneklinikken.

Rikshospitalet er i dag det sykehuset i landet med høyest tetthet av alvorlig patologi innenfor obstetrikk og fostermedisin. Sykdommer hos mor påvirker fosteret og tilstander i den føto-placentære enhet påvirker mor. Obstetrikk og fostermedisin kan ikke sees uavhengig av hverandre. Dette er nå ivarettatt ved at Rikshospitalet gjennom mange år målrettet har bygget opp en rekke vel fungerende tverrfaglige team bestående av ulike spesialiteter (sub-spesialiteter). Med tanke på den fremtidige regionalisering i Helse Sør-Øst utgjør dette et særlig godt grunnlag for videre utvikling.

Derfor bør komplisert obstetrikk (regionsfunksjoner) sammen med fostermedisin gradvis overføres fra UUS til Rikshospitalet slik at regionsfunksjonene også innenfor disse fagområdene blir beliggende på ett sted (RH), dvs via Modell 3 på kort sikt, til Modell 1 på lengre sikt.

Kvinneklubben, Rikshospitalet.

Kompetansesentre:

Nasjonalt kompetansesenter for Kvinnehelse.
Nasjonalt kompetansesenter for Gynekologisk kreft.
Nasjonalt kompetansesenter for Amming.

Lands- og flerregionale funksjoner:

Landsfunksjon for Bekkenbunnsseksentrasjon ved gynekologisk kreft.
Landsfunksjon for Behandling av choriocarcinom.
Landsfunksjon for GID (kjønnskonneksjon) – plastisk kirurgisk avdeling i samarbeid med KK.
Flerregional og de facto landsfunksjoner innenfor Sædbank og Ovarialvevbank på kreftpasienter.
Flerregional funksjon for nedfrysing av Donorsæd.

Medisinsk klinikk

Klinikksjef Kristian Bjørø

Bakgrunn

Medisinsk Klinikk omfatter fagfeltene; revmatologi, dermatologi samt de indremedisinske grenspesialitetene blodsykdommer, fordøyelsessykdommer, endokrinologi, infeksjonsmedisin og nyresykdommer dessuten Lipidklinikken og Medisinsk Poliklinikk.

Alle de aktuelle modeller som diskuteres (Modell 1, 3 og modell 4) vil innebære endringer for Medisinsk Klinikk, men modell 3 vil i minst grad endre klinikkens profil – fordi klinikken i dag har få lokalsykehusoppgaver totalt og bare meget begrenset områdesykehusoppgaver for Hovedstaden Sentrum. Modell 3 er den modellen som i størst grad vil gjøre det mulig for klinikken å ivareta de oppgaver innen høyspesialisert medisin som den er pålagt innen et relativt kort tidsperspektiv (1-5 år). Medisinsk Klinikk vil gjerne understreke viktigheten av at man satser på ny og funksjonell bygningsmasse – og at man tar seg tid til å planlegge en organisering av rammene rundt pasient behandlingen som muliggjør etablering av effektive og gode pasientforløp. Ikke minst vil det være viktig å få etablert store og gode dageshenter med tilhørende eksterne tilbud (hotell el.l. til de pasienter som er tilreisende og dermed ikke kan bo hjemme).

Vurdering av de ulike modeller

Modell 1 innebærer interessante muligheter og Medisinsk klinikk vil ikke uten videre avvise en slik modell. Avhengig av hvordan modellen evt implementeres vil den kunne medføre at deler av klinikken vil måtte påta seg pasientbehandling på områdesykehusnivå av relativt stort omfang i tillegg til de nasjonale og regionale oppgaver klinikken har i dag. Definerte lokalsykehusoppgaver kan bare i beskjeden grad avvikles (nefrologi) mens andre (revmatologi og dermatologi) sannsynligvis i liten grad kan overføres andre fordi dette vil medføre oppsplitting av små fagmiljøer (lokalsykehusoppgaver innen dermatologi, barnerevmatologi og systemiske bindevevssykdommer er begrensede og det er liten grunn til å tro at man vil bygge opp enheter som kan håndtere slike pasienter på lokalsykehusnivå).

Innen spesielt de indremedisinske fag vil kompetanse ved lokalsykehusene være av kritisk betydning for å hindre at for store pasientgrupper blir henvist, mottatt og behandlet på et for høyt omsorgsnivå. For flere fagfelt vil modell 1 – uten nødvendig kompetanse ved lokalsykehusene - kunne bety en klar økning av ø.hjelpfunksjoner, mange slike pasienter vil raskt måtte overflyttes til lokalsykehus for videre behandling/pleie.

Modell 1 vil innebære at klinikken med stor sannsynlighet få et markert økt behov for senger, dagbehandlingsenheter, undersøkelse-laboratorier, poliklinikk og støttearealer (kontorer med mer).

Hvis man velger modell 1, vil det videre tempoet med hvilket endringene skal implementeres, være kritisk. Ved en planlagt reorganisering innen de angitte fagfelt over en periode på minimum 5-7 år med tilrettelegging av lokaler, kan en slik modell være akseptabel og på en del områder formålstjenelig for flere deler av klinikken. En forsert implementering innen enkelte eller alle fagfelt, vil kunne få store og betydelige konsekvenser og vil representere en markert risiko for at en slik omstilling kan ha klare negative effekter på våre muligheter til å ivareta de regionale og ikke minst nasjonale oppgaver vi allerede er pålagt.

Det skal spesielt kommenteres at for enkelte fagfelt, vil noen av de skisserte sykehusområder ikke kunne ivareta sine pasienter på ”områdesykehusnivå”. Slike pasienter må da i mange tilfelle behandles på regionsnivå, dvs ved RH.

Klinikkledelsen ved Medisinsk Klinikk er av den oppfatning at **Modell 3** i størst grad vil gi klinikken mulighet til å ivareta forskning og fagutvikling knyttet til de mange og tunge spissfunksjoner som klinikken i dag har ansvar for. Fordi klinikken har lite lokalsykehusoppgaver og en svært stor andel av regionale, flerregionale og nasjonale oppgaver, er modell 3 den som ligger nærmest dagens situasjon. Innen de fagfelt som Medisinsk klinikk omfatter, er det allerede foretatt en uttalt grad av funksjonsfordeling med UUS og dublering av behandlingstilbud er sterkt begrenset.

Modell 4 representerer et ikke-ønsket alternativ. Medisinsk klinikk har nært samarbeid med svært mange av de øvrige avdelinger/klinikker på sykehuset. En funksjonsfordeling som anført, vil i stor grad påvirke seksjonenes muligheter til å ivareta pålagte oppgaver fordi sykehuset vil mangle kompetanse på en rekke områder – i realiteten er dette et meget inkomplett sykehus.. Det vil i en slik situasjon også være en risiko for oppsplitting av den del av indremedisin som i dag er organisert under Medisinsk klinikk.

Forskning

Det er stor vitenskapelig aktivitet i de fleste deler av Medisinsk Klinikk som er den av de ”kliniske” klinikker som har størst vitenskapelig produksjon. Forskningen er i hovedsak knyttet nær opp mot den høyspesialiserte pasientbehandling som dominerer klinikken. Modell 1 vil gi større og muligens på enkelte områder mer slagkraftige forskningsmiljøer. På den annen side vil det store pasientvolum, inklusive ø.hjelps funksjoner, som vil kunne dominere driften ved en slik modell, kunne ha klare negative konsekvenser mtp muligheter til å drive forskning på høyt internasjonalt nivå. Modell 1 vil, spesielt ved rask implementering, medføre omstillinger som i seg selv kan skade etablerte forskningsmiljøer. Vi er således av den oppfatning at modell 3 i størst grad vil gi Medisinsk Klinikk muligheter til å videreutvikle et godt forskningsmiljø.

Nevroklinikken

Klinikkjef Geir Ketil Røste

Det bør legges avgjørende vekt på modeller hvor resultater for kvalitet i pasientbehandling og forskning og kostnadseffektivitet kan oppnås på kort sikt (2009-perspektiv) kombinert med tilrettelegging for en langsiktig organisering (2020-perspektiv). Innen nevrofagene er disse perspektivene sammenfallende. **Modell 3** vil gi tydelige positive resultater på kort sikt. På lengre sikt vil **Modell 1** være den ønskede.

1. 2009-perspektiv

Med unntak av deler av nevrokirurgien er nå-situasjonen innen nevrofag nær opp til *Modell 3*: ”Regionsykehus og områdesykehus med multitraume”. Det anses svært hensiktsmessig å gjøre en tydeligere funksjonsfordeling innen nevrokirurgi nå og dessuten rendyrke denne modellen ytterligere i et 2009-perspektiv.

Kvalitet i lovpålagte oppgaver

NEVROKIRURGI

Nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet er i dag Nordens største, driftet i moderne lokaler og med viktig støtte innen avansert intensivmedisin, anestesi, billeddiagnostikk og intervensjonsradiologi, med tilgang på fagutvikling i intervensjonscenter. I 2007 utførte avdelingen 2550 operasjoner i tillegg til 200 intervensjonsprosedyrer. UUS utførte i størrelsesorden 1600 operasjoner i 2007.

Så vel hensyn til kvalitet i pasientbehandling og forskning og til kostnadseffektivitet tilsier at kompetanseoppbygging med et sterkt økende behov for subspecialisering kun bør finne sted ved en lokalisasjon i Oslo. Vårt forslag til 2009-tiltak er derfor å samle all intrakranial kirurgi (kirurgi på hjernen) ved RH og all spinal nevrokirurgi (degenerativ nakke og rygg og spinale svulster) ved UUS. Operasjonsvolumet ved RH vil øke med ca. 600 til om lag 3100-3200 operasjoner pr. år. Kun et mindretall av disse pasientene vil beslaglegge store intensivressurser. Denne aktivitetsøkning vil kunne gjennomføres innenfor de bygningsmessige løsninger som i dag finnes på Gaustad, og er i volum sammenlignbar med den kapasitet som frigjøres ved besluttede kutt i ØPO-klinikken.

En slik samling av den intrakranielle nevrokirurgien ved RH vil gi rom for økt subspecialisering og fagutvikling. Fra før utfører RH en meget høy andel av de spesialiserte prosedyrer i Norge, særlig innen barnenevrokirurgi, tumor-, vaskulær- og funksjonell nevrokirurgi. En samling av de nevrokirurgiske resurser i Oslo vil representere et nasjonalt tyngdepunkt i en slik utstrekning at institusjonen vil kunne framstå som en landsdekkende tilbyder innen avansert nevrokirurgi.

Ved UUS vil en samling av all spinal nevrokirurgi samt nevrokirurgi ved skader representere et operasjonsvolum på 1000 pr. år. Enheten blir så stor at det rettferdiggjør en egen vaktordning med for- og bakvakter. Spinale nevrokirurger vil på en svært god måte kunne ta seg av multitraumatiserte pasienter med hode- og nakke/rygg-skader understøttet av etablerte fagmiljøer innen ortopedisk kirurgi, kjevekirurgi og fysikalsk medisin og rehabilitering.

NEVROLOGI

Innen nevrologi er i dag de aller fleste regionsfunksjoner og alle de facto landsfunksjoner allerede samlet ved Rikshospitalet. Dette er i samsvar med Muusmann-rapporten (2004) og overensstemmende med anbefalingene i den danske ”Sygehusplanprosessen i Region Hovedstaden 2007”. RH har i dag kun et beskjedent antall elektive områdesykehuspasienter.

Nevrologiske regionsfunksjoner som nå er samlet ved RH omfatter:

- Behandling av kompliserte cerebrovaskulære sykdommer med behov for akutt og elektiv endovaskulær behandling og nevrokirurgisk intervensjon.

- Spesielt kompliserte bevegelsesforstyrrelser, bevegelsesforstyrrelser som skal vurderes for nevrokirurgisk behandling (Parkinsons sykdom, dystoni, tremor).
- Spesielt vanskelig epilepsi, epilepsipasienter som trenger kirurgisk behandling.
- Kompliserte nevro-muskulære sykdommer, smertefulle nevropatier og nevro-muskulære pasienter med spesielle krav til nevrofysiologisk utredning.
- Dårlige nevrologiske pasienter med spesielle krav til nevrointensiv overvåking og nevrokirurgisk beredskap.
- Second opinion av div. kompliserte og vanskelig diagnostiserbare/behandlingsbare nevrologiske tilstander som krever bred spesialkompetanse, fra sentralsykehus (og fra andre helseregioner)
- Vanskelige problemstillinger som krever nevropsykiatrisk og psykosomatisk spesialkompetanse
- Nevrologiske spesialfelt som for eksempel nevrourologi og nevrooftalmologi.

EPILEPSI – VOKSNE

Epilepsisenteret – SSE i Sandvika har i praksis kun pasienter tilknyttet sine landsfunksjoner. I tillegg driver senteret en rekke kompetansesentre innen kompleks epilepsi. I Oslo-regionen er det nå ønskelig å: 1) Samle det polikliniske tilbudet i en felles enhet som bedrer muligheten til å etablere nødvendige spesialtilbud til enkeltgrupper, og 2) Samlokalisere tilbudet til pasienter med status epilepticus (trenger betydelig intensivmedisin). Dette gjøres på regionsnivå.

Område-sykehuset vil som før håndtere akuttbehandling og oppfølging av alminnelig epilepsi.

EPILEPSI – BARN

Avdeling for barn og ungdom med epilepsi i Sandvika er den eneste spesialavdeling for barn med kompleks epilepsi i Norge og er organisert etter en comprehensive care modell hvor man arbeider i tverrfaglige team. Antall innleggelses økte fra 498 i 2004 til 1227 i 2007. Behandling av barn med enkel epilepsi bør som nå også i framtida bli behandlet ved lokale barneavdelinger. Områdesykehus bør kunne håndtere akutte kramper og utrede etiologi og differensialdiagnoser etter generelle retningslinjer.

NEVROPSYKIATRI OG PSYKOSOMATISK MEDISIN

Nevropsykiatri ved Rikshospitalet innebærer nevropsykiatriske, nevrokognitive, nevroendokrine og psykoimmunologiske problemstillinger ved nevrologiske, nevrokirurgiske, bipolart spektrum og komplisert psykosomatiske lidelser som må behandles på regionalt eller nasjonalt nivå. De facto utgjør disse oppgaver ikke bare regionale funksjoner, men også landsfunksjoner da det ikke finnes tilsvarende virksomhet ved noe annet sykehus i Norge inklusive Ullevål sykehus. Dessuten har virksomheten betydelig virksomhet knyttet til formelle landsfunksjoner ved Rikshospitalet inklusive kjønnsidentitetsforstyrrelser, transplantasjoner og landsfunksjoner innen nevrologi (inkl. epilepsi) og nevrokirurgi. Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin driver ikke med vanlig psykiatri og har derfor intet opptaksområde eller senger.

KLINISK NEVROFYSIOLOGI

En god løsning for Helse Sør-Øst vil være å styrke det klinisk nevrofysiologiske laboratorium ved RH som igjen kan serve de enkelte områdesykehus i regionen.

Utdanning/pasientopplæring

Opplæring er en forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom, inklusive innsikt i egen sykdom og dens risikofaktorer og kunnskap om forebyggende tiltak. Pasientopplæring og opplæring av eksternt helsepersonell har derfor vært et satsningsområde for Nevroklinikken. I 2007 ble det opprettet et eget lærings og mestringssenter i klinikken.

Forskning

Nevrovitenskap/hjerneforskning er et av de sterkeste områdene innen norsk forskning. Dette har lange tradisjoner som spesielt er knyttet til nevroanatomi, neurofysiologi og nevrokjemi, men også på enkelte områder i nevrologi, nevrokirurgi, psykiatri og psykologi.

1. Stortingsvedtaket om å legge Rikshospitalet på Gaustad var basert på ønsket om å knytte den kliniske virksomheten sammen med Institutt for basalmedisin (IMB) som allerede var lokalisert her. Denne tilknytningen har åpnet for en translasjonsforskning der problemer tas med fram og tilbake mellom dyrestudier og kliniske studier.
2. Gaustad Neuroscience Network (GNN) er bygget opp som et nettverk for å stimulere kontakten mellom basale og kliniske forskningsmiljøer innen hjerneforskning. Nevro-klinikken er med sin brede virksomhet er den sentrale samarbeidspartner på klinisk side.
3. Centre for Molecular Biology and Neuroscience (CMBN), det største norske senter for fremragende forskning (SFF), er lokalisert på Gaustad og med Rikshospitalet og Universitet i Oslo ved IMB som likeverdige partnere og med translasjonsforskning som en vesentlig komponent. CMBN inngår som en svært viktig del av GNN, og flere forskere har sitt arbeid både i CMBN og på Rikshospitalet.
4. For å utnytte teknologien bl.a. innen moderne hjerneforskning, ble det nasjonale PET-senteret med syklotron og human- og dyrescanner, plassert på Rikshospitalet.
5. Hjerneforskere i Nevroklinikken har et utstrakt samarbeid med grupper utenfor dette området. Dette gjelder internasjonalt, men også i Norge og spesielt innen Helse Sør-Øst. Prosjekter som angår Nevroklinikken omfatter i dag bl.a. forskning innen hjernetrykk, Parkinsons sykdom, hodepine, nevropatisk smerte, demens, epilepsi og psykiatriske lidelser, spesielt depresjoner. Dette er samarbeidsopplegg som fungerer godt og som kan utvides videre.
6. Hjerneforskning på Gaustad er den mest omfattende i Norge. Det foregår nå en utvikling av samarbeidet innen dette miljøet. Et tiltak er en aktiv deltagelse i "European Advanced Translational Research Network" (EATRIS), noe som forutsetter at basale og kliniske forskningsmiljøer er "under samme tak". En flytting av Nevroklinikken vil skade/ødelegge store deler av den virksomheten som er bygget opp av klinisk hjerneforskning på Gaustad.

2. 2020-perspektiv

Modell 1 "Region- og områdesykehus samlet" framstår som den ønskede modell på sikt. Det advares imidlertid mot å innføre denne modellen før lokal- og områdesykehusoppgaver ved UUS er vesentlig nedskalert. En samling av region- og områdefunksjoner uten en slik nedskalering vil uvergelig fortrenge høyspesialisert medisin.

Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR)

Direktør Jørn E. Jacobsen

Organisering av spesialisert rehabilitering er en egen prosess, og det vises derfor til denne for mer informasjon.

I SSR er det likevel en klar mening om at dersom modell 1 blir valgt for området sentrum, ville det være naturlig på sikt (2020) å knytte spesialisert rehabilitering til det framtidige lands, region- områdesykehuset. Det ville være naturlig med nærhet for de alvorligst traumatiserte pasientene. I tillegg er nevrologi, ortopedi og kreft tre store og økende områder for rehabilitering i framtiden.

For å heve et forskningssvakt fag er det derfor vår anbefaling at forskning på rehabilitering på sikt knyttes opp mot annen basal og klinisk forskning innen andre kliniske spesialiteter i et samlet sykehus i modell 1.

For modell tre finnes det flere alternativer som blir grundig redegjort for i den alternative prosessen.

Anestesi-og Intensivklinikken

Kliniksjeff Øyvind Skraastad

- 1 Valg av modell
- 2 Spesielle forhold - konsekvenser for Anestesi og Intensivklinikken

Viser til modellene beskrevet i innspillsnotatet for område Sentrum

Valg av modell

Diskusjoner i flere fora innen klinikken viser at det er enighet om at kun modell 3 og 1 er aktuelle. Klinikken går inn for modell 1 med begrunnelse som fremgår nedenfor.

Modell 3 gir et områdesykehus med multitraume og et regionsykehus, dvs opprettholde to sykehus innen samme område. Dette svarer til dagens situasjon og gir en modell med liten prinsipiell endring fra i dag. Multitraume med tilhørende nødvendige regionfunksjoner beholdes ved områdesykehuset. Sykehuset beholder sine akuttfunksjoner. Rikshospitalet har ansvar for sine definerte lands- og regionfunksjoner.

Alle er enige om at modell 3 innebærer en ulempe ved at man får konkurrerende virksomheter mellom sykehusene med følgende doble funksjoner innen mange fagfelt. Det er derfor ikke å foretrekke at den modellen blir varig. En modell 3 er labil fordi den også kan være utgangspunkt for en tilnærming til modell 4 (fullstendig funksjonsfordeling mellom sykehusene i rendyrkede sentermodeller).

Manglende økonomiske investeringer til utbygging av modell 1 vil kunne tvinge frem modell 4.

En annen usikkerhet er om dagens strategiske beslutninger følges opp i fremtiden. Da vil man også kunne ende i modell 4. et er derfor meget viktig at strategien mot modell 1 fastsettes og ikke fravikes.

Det legger et press om en snarlig investering og gjennomføring. Modell 3 som en kortsiktig overgangsmoell er sannsynlig fordi modell 1 krever en konsentrert planleggingsfase av integrering av områdefunksjoner, regionfunksjoner og landsfunksjoner innen et bygningskompleks.

Modell 1 er en kompakt konsentrasjon av medisinsk fag og innebærer samling av fagmiljøene på et sted. Driftsmessig representerer det en avvikling av doble vaktordninger og funksjoner. Modell 1 gir derfor potensiale for økonomisk innsparing innenfor Helse Sør-Øst.

Det representerer en gevinst innenfor forskning, fagutvikling og undervisning. Rikshospitalet har det tyngste forskningsmiljøet når det gjelder produksjon og investeringer i landet. Modell 1 vil ytterligere muliggjøre en positiv utvikling innen disse feltene. Dette gjelder også for også innen Anestesi- og Intensivklinikken.

Modell 1 gir sykehuset et spesielt tyngdepunkt i samarbeidet med de andre helseregionene.

Spesielle forhold – konsekvenser for Anestesi- og Intensivklinikken av modell 1

Modell 1 forutsetter samling av **akuttfunksjoner** i Rikshospitalet. Det er en spesiell utfordring å etablere hensiktsmessig struktur for alle disse. Akuttfunksjoner innen medisin og kirurgi i område sentrum har allerede et betydelig omfang. Akutt behandling av pasienter med hjerneslag medfører intervensjons- og intensivbehandling. Samlet vil dette øke behov for anestesitjeneste og intensivmedisinsk tilbud på Rikshospitalet.

Det er bekymring i klinikken for at disse funksjoner vil overstige den kapasiteten som det er hensiktsmessig å bygge ut i modell 1. Det bør derfor vurderes om en del av de generelle akuttbehandlinger skal organiseres til nivå under regionsykehus (områdesykehus eller lokalsykehus) etter definerte retningslinjer. En full samling av akutfunksjonene på Rikshospitalet alene er så omfattende og kan komme i konkurranse med kirurgiske spissfunksjoner ved Rikshospitalet (hjertekirurgi, transplantasjoner og nevrokirurgi). Dette vil også medføre betydelig økning i Anestesi- og Intensivklinikken drift og bemanning.

En annen utfordring er den **akutte traumatologien** som er den mest tungtveiende funksjon ved Ullevåls nåværende aktivitet. Ullevål har en betydelig kompetanse og har bygget opp hele kjeden fra prehospitalet medisin via akuttmottaket til avansert diagnostikk og behandling. Traumatologien representerer en stor virksomhet for Rikshospitalet i modell 1. Pasienter med multitraumer kommer ofte i forbindelse med helger, høytider eller ferier når sykehusets bemanning allerede er lav.

Det er en bekymring i klinikken for omfanget av traumatologien. Det er helt vesentlig å holde disse pasientene atskilt fra den øvrige virksomhet ved sykehuset, helst i et geografisk avgrenset område (egen etasje eller eget bygg), slik at denne uforutsigbare virksomheten ikke legger beslag på annen virksomhet innen Rikshospitalets strategiske satsning.

Traumatologien representerer en spesiell utfordring for Rikshospitalet og krever i begynnerfasen en målrettet integrering av kompetent personale fra Ullevål. Flyttingen av traumatologien i modell 1 sykehuset må komme når bygningene er slutført. Dette innebærer at det blir en lengre tidsperiode med doble akutfunksjoner og kirurgiske funksjoner ved de to sykehusene. Traumatologien krever en stor intensivavdeling med minst 15 senger (ca 4000 respiratordøgn) dersom dagens traumeantall holder seg stabilt. Fremtidig forbedring i behandling av traumene vil gi lengre behandlingstid i intensivene (som man ellers ser i intensivmedisin). Behovet for sengeantall vil bli langt større i en fremtidig enhet. Intermediærfunksjonene ved sykehuset må skaleres opp. Tilhørende bemanning til nye og forstørrede enheter vil gi en omstrukturering av vaktordning og intern organisasjon ved Anestesi- og Intensivklinikken.

Et stort nytt **akuttmottak** er nødvendig. Om man ønsker et separat traumemottak i eget bygg eller denne virksomheten integrert, er en beslutning som må tas i planleggingsfasen. Det avhenger av hvordan man totalt løser lokalisasjonen for traumepasientene, i eget hus eller innen nåværende bygning. Det ligger en utfordring i adkomst for pasienter til mottaket. Man må ha fasiliteter for å ta ned større helikoptre enn dagens helikopterlandingsplass tilbyr.

Konklusjon:

Klinikken går samlet inn for modell 1. Det er imidlertid en stor utfordring å sikre gjennomføringen av denne modellen. Spesielt understrekes belastningene for klinikken knyttet opp til eventuell samling av akutfunksjoner og overflytting av traumatologi til Rikshospitalet. Gjennomføring av modell 1 krever fast langsiktig strategi og vilje til investeringer.

Bilde- og intervensjonsklinikken

Klinikksjef Jarl Å. Jakobsen

Oppsummering fra Bilde- og intervensjonsklinikken (BIK)

Klinikken har vurdert forslagene, og kommet til at modell 1 er å foretrekke, av følgende grunner:

1. Kvaliteten i

1.1. Pasientbehandling:

Økt kvalitet som følge av større volum følger av modell 1 innenfor følgende områder: Karintervensjon, ikke vaskulær intervensjon, nevrintervensjon, radiologiske vurdering av uvanlige og komplekse tilstander inne ortopedi og barnesykdommer, kreft og PET.

1.2 Utdanning:

Flere samlede funksjoner gir bredere utdanning for leger i spesialisering

1.3. Forskning

Det akademiske miljø i radiologi er lite. Modell 1 gir større samlet miljø med økt bredde og økt veilederkompetanse/kapasitet. Forskingen blir mer robust.

2. Særskilte spørsmål

Forutsetninger for modell 1 til stede fordi det finnes store arealer inntil nåværende radiologi som er klargjort for avansert, høyteknologisk utstyr (Fysioterapi samt Medisinsk og Pediatrisk Forskning). Arealene må utstyres tilsvarende de behov som skal dekkes.

3. Ressursutnyttelse

Faren for å investere i unødig duplisering av utstyr minimeres. Gaustad har gode tekniske arealer for radiologisk utstyr. Administrasjonen forenkles, spesielt fordi man kan legge opp til samme radiologisk IT-systemer.

4. Arbeidsmiljø/utvikling

Våre erfaringer tilsier at fusjon fungerer best når funksjoner samlokaliseres.

MER DETALJER OM DE ENKELTE MODELLER

Modell 1 – region- og områdefunksjon samlet (RH+UUS) – konsekvenser for radiologi

Merk: Modell 1 innebærer samling av RH og UUS til samme fysiske lokalisasjon (Gaustad).

1. Vurdering av modell 1 i forhold til kvaliteten i:

- Pasientbehandling:

- Økt kvalitet på pasientbehandling som er avhengig av stort volum:
 - karintervensjon
 - ikke-vaskulær intervensjon
 - nevrintervensjon

- Større muligheter for tilgang til state-of-the-art utstyr når konkurransen mellom RH og UUS bortfaller.
-

- Utdanning
 - Samlet funksjon gir en bredere utdanning for leger i spesialisering. I motsetning til dagens situasjon vil LIS ved RH få erfaring med multitraumepasienter og annen akutt kirurgi.
- Forskning
 - Større samlet akademisk kompetanse og større bredde av spisskompetanse tilgjengelig innen samme klinikk vil styrke den samlede veilederkompetansen.

2. Særskilte spørsmål

- Forutsetninger for å realisere modell 1
 - Investeringer i nok areal og medisinsk teknisk utstyr.
 - Overføring av personellressurser.
- Pasientflyt i modell 1
 - Enklere pasientflyt fra sentral legevakt eller lokalsykehus til korrekt omsorgsnivå. Ingen uklarheter om region- vs. områdefunksjoner.
- Steg for å realisere modell 1
 - Frigjøring av arealer omkring Bilde- og intervensjonsklinikken, Gaustad, for å oppnå fysisk samlokalisering av radiologien
 - Bygge radiologisk enhet (CT til traumer, MR til slag) i traume- og akuttmottaket.
 - Nyanskaffelse, evt. overføring av radiologisk utstyr (MTU) fra UUS
 - Overføring av personell fra UUS

3. Ressursutnyttelse med modell 1

Mindre dublering av dyrt medisinsk teknisk utstyr, bedre utnyttelse av utstyret på døgnbasis. Mindre dublering av vaktordninger. Mindre dublering av administrasjon. Enklere pasient- og bildeadministrasjon med felles RIS/PACS. Bortfall av ressurskrevende tverrfaglige fellesmøter RH-UUS.

Administrative prosesser og valg med tanke på utvikling innen MTU og radiologisk IT blir enklere.

4. Ansatte og utvikling av godt arbeidsmiljø

Fusjon av to ulike kulturer som RH og UUS gjøres lettest dersom kulturene får felles fysisk tilholdssted. Erfaring med fusjon av RH og DnR viser at dette er mer utfordrende når den fysiske separasjonen opprettholdes. Fysisk samlokalisering med UUS oppfattes derfor som mye mer gunstig for arbeidsmiljøet enn en evt. administrativ fusjon med bibehold av begge fysiske lokalisasjoner.

Modell 3 – ett regionsykehus (RH) og ett områdesykehus (UUS) – konsekvenser for radiologi

Generell kommentar: Fortsatt meget uklart og sannsynligvis også relativ stor uenighet om hva som regnes som nødvendige regionsoppgaver i forhold til multitraumatologi.

1. Vurdering av modell 3 i forhold til kvaliteten i:

- Pasientbehandling
 - Modell 3 innebærer at flere fag ved RH mister områdefunksjon, men beholder regionfunksjon. Antall pasienter til radiologi i disse fagområdene på RH kan derved bli redusert. Tap av volum gir fare for redusert kvalitet.
 - Enkelte mindre radiologiske enheter hos oss kan nå kritisk masse, for eksempel ortopedisk radiologi.
- Utdanning
 - De fleste fagområdene vil fortsatt være tilstede på RH og UUS, og utdanningen for mange yrkesgrupper vil derved som tidligere være sikret. Delt funksjon gir imidlertid

mindre bredde i utdanningstilbudet enn modell 1. Dersom hele fagfelt forsvinner (f.eks. ortopedi fra RH), kan en rotasjonsordning mellom sykehusene bli nødvendig for å sikre et fullverdig tilbud.

- Forskning
 - En fortsatt delt løsning vil gi status quo i forskningssammenheng, ytterligere gevinster krever samordningsressurser.
- Pasientopplæring
 - Lite aktuelt innen radiologi

2. Særskilte spørsmål

- Forutsetninger for å realisere modell 3
 - Man må først bli enige om hvilke regionfunksjoner som skal være tilknyttet multitraume, samt akutte/elektive funksjoner.
 - Modellen vil sannsynligvis kreve nybygg på UUS med tilhørende utstyr.
- Pasientflyt i modell 3
 - Fortsatt nødvendig med en del overflytting av pasienter. Fare for fortsatt uklarhet om lokalisering av ulike regionfunksjoner.
- Steg for å realisere modell 3
 - Bli enige om funksjonsfordeling mellom RH og UUS (noe som har vist seg vanskelig tidligere)
 - Evt. flytting av personal og utstyr mellom sykehusene

3. Ressursutnyttelse med modell 3

Fare for fortsatt mye dublering av funksjoner, kompetanse og utstyr. Dette vil være ugunstig både for regionen og landet som helhet.

Større forbruk av administrative og ledelsesmessige ressurser i forhold til alternativ 1.

4. Ansatte og utvikling av godt arbeidsmiljø

Se kommentar til modell 1. En evt. fusjon av RH og UUS uten fysisk samlokalisering anses som en ugunstig modell for utvikling av godt arbeidsmiljø på tvers av sykehusene. Lokale kulturer og motsetninger mellom slike kulturer klarer å leve videre, og vanskeliggjør fruktbart samarbeid.

Klinikk for klinisk service.

Klinikksjef Kari Aursand

1. Kvaliteten i de fire lovpålagte oppgavene for sykehusene

Pasientbehandling:

Det å legge gode pasientforløp mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten; mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten og innenfor det enkelte foretak vil bli viktig i årene som kommer. Helhetlig tenkning, flerfaglige/tverrfaglige prosesser vil i denne sammenheng være nødvendig for å bygge kvalitativt gode pasientforløp samtidig som en tar nødvendig hensyn til ressursutnyttelse og produktivitet. I utviklingen av gode pasientforløp vil ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer være viktige bidragsytere og samarbeidspartnere da de hver i sær besitter en unik kunnskap om pasientenes behov.

Utdanning:

Ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjenester tilbyr i dag praksisplasser for Høgskolen i Oslo. Disse praksisplassene er viktige arenaer for det faglige samarbeid mellom høgskole og helseforetak. Indirekte er dette samarbeidet viktig for fagutviklingen i de tre fagene da de to institusjonene gjensidig utfordrer hverandre. I framtiden blir det nødvendig å opprettholde aktiviteten til disse fagene på regionalt- og landsdekkende nivå slik at fagutviklingen kan følge den medisinske utvikling.

Forskning:

Klinikk for klinisk service har i de siste årene gjennomført mange fagutviklings- og forskningsprosjekter. Denne aktiviteten er svært sårbar under store endringsprosesser og i et nasjonalt perspektiv blir det viktig at forskningen opprettholdes og videreutvikles. For at de tre fagene skal kunne følge med i den medisinske utviklingen på et nasjonalt nivå må de utvikle og gjennomføre forskningsprosjekter innen sykehusets spissede tjenester.

Pasientopplæring:

Per i dag foreligger det tre Lærings- og mestringssentre (LMS) ved Rikshospitalet. Et ved Nevroklinikken, Epilepsisenteret; et ved Barneklubben og et ved Klinikk for klinisk service (KLS). Alle disse sentrene er opprettet i løpet av de siste fem årene. De består av 3,2 stillinger og de samarbeider om de fleste oppgavene. I tillegg vil LMS, KLS starte opp aktivitet ved Radiumhospitalet i løpet av høsten 2008.

Aktiviteten ved disse tre sentrene er høy. Som eksempel kan nevnes: Høsten 2007 arrangerte de 7 kurs, 5 familie-samlinger og 1 samling for ungdom. Implementering av "Barn som pårørende" ble startet opp høsten 2007 og ferdigstilles i disse dager. Hver høst de siste tre årene har LMS arrangert en Torgdag i Glassgata hvor alle Brukerorganisasjonene har en "stand" hvor de kan presentere seg.

Kartlegging av tiltak ifm pasientopplæring:

Våren 2007 gjennomførte LMS, KLS en kartlegging for å få oversikt over hvordan sykehuset ivaretar pasientenes behov for opplæring.

Syv av åtte klinikker svarte. (Kvinneklubben svarte ikke). Opplæringsaktiviteten ble registrert i forhold til diagnose. Det er registrert aktivitet i forhold til 88 diagnoser, hvorav de fleste representerer sykehusets kjerneaktivitet og lands- og regionsfunksjon. Kartleggingen inneholder noen svakheter. Tallene som presenteres viser derfor en tendens og gir et bilde av pasient- og pårørende opplæringen ved helseforetaket.

Tallene er som følger :
88 diagnosegrupper totalt.

Av disse får:

- 24 tilbud på kurs
- 81 individuell samtale
- 40 får hjelp til praktiske øvelser
- 19 har tilbud på internett/elektronisk informasjon
- 58 informasjonsmateriell
- 27 samtale i gruppe
- 74 pårørendedeltagelse
- 49 samarbeider med brukerorganisasjonene i utviklingen av de forskjellige tilbudene - likemannsarbeid.

Dette viser at mange diagnosegrupper tilbys pasientopplæringstiltak. LMS vil benytte denne undersøkelsen i det videre arbeidet med å utvikle kurs i samarbeid med de respektive brukerorganisasjonene og kliniske avdelinger.

I denne sammenheng bør det nevnes at Senter for sjeldne diagnoser har som hovedoppgave å informere og undervise brukere og pårørende i et stort spekter av sjeldne diagnoser.

2. De særskilte spørsmålene knyttet til hver av modellene som ser på samordning av regionale og områdefunksjoner:

Representanter for ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjenester må delta i arbeidet med å definere nivåene og utvikle detaljene i den modellen som vil bli valgt. Sammen med sykepleierne besitter disse yrkesgruppene en unik kunnskap om dagens tilbud og svakhetene i logistikken mellom nivåene. Det må bli tydelig hva som utføres hvor og hvilke yrkesgrupper som innlemmes i de forskjellige tilbudene slik at pasienten får tilbud på riktig tjeneste til riktig tid på riktig nivå.

I dag stilles det krav til alle helsefag med treårig grunnutdanning at de skal tilby tjenester som er kunnskapsbasert. For at det skal kunne realiseres er det viktig å gjennomføre fagutviklings- og forskningsprosjekter som systematiserer kunnskap og erfaring slik at stadig flere av tilbudene utøves på bakgrunn av best tilgjengelig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. For å få utviklet og gjennomført realistiske prosjekter må tilfanget av pasienter favne både område, regionalt og landsdekkende nivå. Modell 1 vil kunne tilfredsstillende dette behovet. For å få gjennomført en smidig prosess fra dagens fordeling av oppgaver fram til modell 1 kan modell 3 fungere som et mellomsteg i denne prosessen.

3. Ressursutnyttelse (produktivitet og effektivitet)

Mange av diagnosegruppene som er tilknyttet RH er sjeldne diagnoser. Kunnskapen om disse tilstandene følger i dag den enkelte pasient til neste omsorgsnivå. Ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjenestene ved RH har utviklet fagmiljøer med spesialkunnskap om disse pasientene. Denne kunnskapen spres da til de respektive profesjonene i neste omsorgsnivå. Det er viktig at dette opprettholdes også i framtiden. Da det enkelte lokalsykehus og/eller primærhelsetjenesten ikke har anledning til å tilegne seg denne kunnskapen på vegne av de få pasientene de vil ha ansvar for.

Denne måten å spre erfaring og kunnskap på er både ressursbesparende og effektivt sett i et overordnet perspektiv samtidig som LEON-prinsippet kan etableres for den enkelte pasient etter at utredning og behandling er anbefalt av RH.

4. Ansatte og et godt arbeidsmiljø

Klinikk for klinisk service representerer tre viktige helsefag i tillegg til to sjeldne nasjonale kompetansesentre. For å ivareta de ansatte og et godt arbeidsmiljø blir det viktig at representanter fra klinikken kan høres i den videre dialog om strategier og organisering og delta aktivt i den videre utvikling av ansvarsfordeling mellom de forskjellige nivåene.

Innspill - Autisemeenheten og Senter for sjeldne diagnoser.

Autisemeenheten og Senter for sjeldne diagnoser har forskjellige mandater og derfor forskjellige oppgaver. Felles for de to er at de tilbyr tjenester/samarbeider med regioner, fylker og kommuner.

Begge sentrene er opptatt av at det må være lik tilgang for alle regionene på høyspesialiserte tjenester fra nasjonale kompetansesentre, og et overordnet prinsipp må være å tilstrebe en ”sømløs” helsetjeneste med rask videreføring i systemet.

Autisemeenheten er opptatt av at nasjonale og regionale funksjoner innenfor samme fagområde skal gi forskjellig type tjenester, og bør i en fremtidig organisering holdes klart fra hverandre. Det må være klart hvor brukerne skal henvende seg for å få rett bistand. Innenfor funksjonsområder der det i tillegg til nasjonale kompetansesentra skal bygges opp spisskompetanse i regionene vil det nettopp kunne virke forvirrende når disse ligger innenfor samme organisasjon.

Senter for sjeldne diagnoser er lokalisert til KLS – RH HF og er at av kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Overføringen av kompetanse om sjeldne diagnoser til pasienter, pårørende og lokalt hjelpeapparat, er avhengig av samarbeid med de medisinske miljøene/avdelingene som diagnostiserer og behandler personer med sjeldne diagnoser. Senteret samarbeider derfor med avdelinger både på UUS HF og RH HF i dag. En organisering i Sentrum der slike høyspesialiserte miljøer slås sammen, vil forenkle og styrke Senterets hovedoppgave som kompetanseoverfører av denne type kunnskap til pasienter og hjelpeapparat som trenger kunnskapen til å gjennomføre de rette tiltakene lokalt. Modell 1 og 3 vurderes derfor som en fordel for driften av Senter for sjeldne diagnoser.

Laboratorieklinikken

Klinikksjef John Torgils Vaage

Laboratorieklinikken har følgende tilbakemelding på Innspillsnotatet fra Helse Sør-Øst basert på diskusjon i ekstraordinært avdelingssjefmøte 19.05 samt annen tilbakemelding.

Laboratoriene er sentrale innen både rutine ("pasientbehandling") og forskning og har viktige undervisningsfunksjoner. Uavhengig av modell mener Laboratorieklinikken at det er meget viktig at sentrale laboratoriefunksjoner plasseres i direkte tilknytning til klinisk virksomhet, dvs. at det er fysisk samlokalisering av laboratorier og klinikk. Frontlinjeforskning er ofte konsentrert rundt avanserte kliniske funksjoner. Samlokalisering er viktig for å sikre at det store omfanget av basal- og translasjonsforskning i laboratorieavdelingene, har en solid forankring i de kliniske miljøene, samt at laboratoriene er en mest mulig aktiv bidragsyter til klinisk forskning. Laboratorieklinikken mener videre at undervisning av medisinsk og annet helsepersonell er best tjent med en samlokalisering, det samme gjelder for de avanserte servicefunksjonene som skal utvikles i takt med den internasjonale utviklingen innen en rekke fagfelt.

Det bør videre klargjøres hvilke laboratoriefunksjoner som skal anses som regionfunksjoner, og som derfor skal samles på ett sted i hele helseregionen. Det er antagelig et betydelig potensial for en slik samling av laboratorietjenester, både driftsmessig og rent faglig.

I valg mellom modell 1, 3 og 4, anser Laboratorieklinikken modell 1 som den beste. Modell 1 gir grunnlag for å samle medisinske og akademiske laboratorieressurser ved ett sykehus. En slik samling vil være gunstig ikke minst for laboratorieforskningen ved foretaket, som i dag er lokalisert på flere steder (Gaustad, Montebello og Kirkeveien). Det forutsettes at hovedaktiviteten til det nye sykehuset samles på ett sted og at det ikke legges opp til en virtuell løsning med betydelig virksomhet på flere steder. En utfordring ved modell 1 er at den vil kreve tilgang til utvidede laboratoriearealer som følge av en betydelig volumøkning og konsentrering av laboratorieanalyser til ett sykehus. Det vil antagelig være vanskelig å realisere en slik samling på kort sikt (2009), men det bør likevel være et klart langsiktig mål.

Dersom man går for modell 3 (eller 2), mener Laboratorieklinikken at det bør være mulig å samle sentrale laboratorieressurser ved regionssykehuset. Dette vil kunne sikre driftsgevinster og gi sterke og robuste fagmiljøer sentralt. En ulempe ved denne modellen, er at den vil kreve at en del laboratorievirksomhet beholdes i tilknytning til områdesykehuset, med tanke på effektive behandlingsforløp av pasientene. Laboratorievirksomheten ved område- og regionsykehuset bør samorganiseres for å hindre unødvendig dublisering.

Modell 4 vil innebære en betydelig dublisering av laboratorievirksomhet på to sentersykehus og anses ikke som en ønsket løsning. Denne modellen vil antagelig gi en mindre kostnadseffektiv drift, dårligere samordning på tvers og vil kunne medføre en uheldig fragmentering av fagmiljøene.

Patologiklinikken

Kliniksjeff Jahn M Nesland

Patologiklinikken mener Modell I best ivaretar befolkningens behov for spesialutredning og behandling. Faglig er det riktig og økonomisk er dette den mest gunstige modellen. Før en fusjon med Ullevål Universitetssykehus kan finne sted er det nødvendig av lokalsykehusfunksjoner er overført til andre helseforetak Modell I muliggjør samling av forskningsmiljøer og styrking av allerede velfungerende miljøer.

Patologifaget er i rask utvikling og en rekke tekniske fremskritt er gjort. I den kommende periode vil man se klassifikasjoner som baserer seg mer og mer på molekylærpatologiske kriterier som supplement til klassisk histopatologisk inndeling brukt av WHO. En økende bruk av skreddersydd behandling krever prediktive tester som kan si noe om nytten av slik behandling. Derfor må man samtidig med introduksjon av ny kostbar behandling alltid kunne vurdere både om behandlingen vil virke og effekten i den enkelte pasient. Dette gjøres ved spesialanalyser med immunhistokjemi, molekylærpatologi (Rt-PCR, FISH, CISH, mutasjonsanalyser, Ekspresjonsanalyser med arrays og annet), kjemoterapisensitivitetstesting, immunoflowcytometri, bildeanalyse og andre teknikker. Alt dette krever spesialkompetanse og utstyrsinvesteringer. Innen patologi som er en liten spesialitet er det nødvendig å funksjonsfordele og samarbeide om dette. Skal man ha en akseptabel kvalitet på de tjenester man yter er det viktig med et visst volum samt spesialkompetanse på feltet. Noen av disse områdene er det ikke behov for mer enn ett laboratorium, andre bør fordeles på flere, men likevel begrenses slik at en god kvalitet kan opprettholdes.

I Hovedstadsområdet er Ahus ikke blitt liggende i samme område som Aker, Ullevål og Rikshospitalet Hf. For en spesialitet som patologi er dette en utfordring. Vi trenger et godt samarbeid og en god funksjonsfordeling om alle de oppgaver som patologi står overfor for å yte en god pasientservice, slik at det ville være ønskelig med føringer for å sikre dette for patologi i Oslo-regionen.

I Oslo vest har Asker og Bærum sagt opp sin samarbeidsavtale med Patologiklinikken. Dette betyr at den service vi har bidratt med må overføres til andre fra februar 2009. Dette vil la seg gjøre innen de fleste områder, men vår punksjonscytologiske service for mammaløsninger for thyroidealøsninger og den samlede kompetanse som er bygget opp rundt denne virksomheten blir en utfordring for andre å dekke. Vår forskningsvirksomhet innen disse områder blir også skadelidende.

I Hovedstadsprosessen blir det for patologi også en mulighet for å vurdere samarbeid med private laboratorier. Lab for pat AS og Patologiklinikken, Rikshospitalet Hf har en velfungerende samarbeidsavtale, som også har vært godkjent av Legeforeningen i undervisningsøyemål for spesialistkandidater i patologi.

De private laboratorier har gjennom en årrekke kunnet bygge opp en effektiv drift og med en bedre logistikk enn det som har vært tilfelle i de offentlige laboratorier. Ullevål og Rikshospitalet HF utreder mulighetene for et samarbeid med Lab for pat AS og evt på sikt se på muligheter for felles drift for lettere patologivirksomhet. Dette vil kunne frigjøre ressurser til de tyngre oppgavene knyttet til patologiservice for de enkelte helseforetak.

Forskningsalliansen

Ansgar O. Aasen, Institutt for kirurgisk forskning

Geir Gogstad, Avdeling for forskningsstøtte

Håvard Danielsen, Medisinskinformatikk

Sett fra et FoU ståsted er langsiktige stabile betingelser og arbeidsro nøkkelfaktorer for forskning og nyvinninger, og det er således ikke produktivt på kort sikt å gjennomgå kontinuerlige omorganiseringsprosesser, slik vi har hatt det de siste 4 årene. Når omorganiseringen nå åpenbart skal fortsette er det desto viktigere at prosessen også har andre mål enn kun økonomisk gevinst, slik at en i det minste sikrer økt produktivitet og kvalitet innen FoU på lengre sikt.

Premissene for innspill til organisering av Område sentrum oppfattes slik at en skal ta stilling til de 3 gjenværende alternativene 1,3 og 4.

Om prosessen skal styrke forskning og andre universitetsfunksjoner (kfr s 10) syntes alternativ 1 å være det klart beste alternativet på lang sikt. I forhold til de øvrige alternativene syntes alternativ 1 å kunne gi en rekke fordeler, så som:

- Samling av overlappende forskningsområder i større og tyngre grupper
- Reduksjon i dagens dublering av tungt utstyr og dermed frigjøring av ressurser til nytt utstyr
- Nærhet til relevant klinisk virksomhet
- Økt størrelse og økt bredde på pasientgrupper, noe som vil gi bedre forskningsgrunnlag, samt gjøre forskningsgruppene mer attraktive for internasjonalt samarbeid
- Alternativ 1 er også det eneste alternativet som kan inkludere all kreftrelatert aktivitet i området i ett CCC
- Alternativ 3, og til dels også 4, syntes å være mellomstadier med påfølgende videre omorganisering til alternativ 1 når tiden er moden. Alternativ 1 fremstår som mer endelig og derfor det alternativet som sannsynligvis vil gi mest stabilitet og arbeidsro over tid.
- Alternativ 1 forutsetter større utbygginger som vil kreve, og gi, nødvendig tid til praktiske omstillinger og en naturlig tilnærming forskningsgruppene i mellom. Fusjonerte FoU grupper vil også være sikret samlokalisering i moderne og funksjonelle lokaler
- Man får 1 ledelse og 1 felles strategi og dermed potensielt bedre forskningsfokus
- En slik sentralisering vil være selvforsterkende og sannsynligvis få konsekvenser for forskningspolitikken i hele regionen. De til dels meget små forskningsgruppene ved de andre sykehusene vil i større grad søke seg til det nye "forskningssenteret" hvor de vil ha mye bedre forutsetninger for å drive forskning på topp internasjonalt nivå.

Alternativ 1 vil også kunne ha negative konsekvenser, som det vil være viktig å forebygge:

- Samling av forskningsgrupper "under tvang" vil kunne gi svært negative konsekvenser på kort og mellomlang sikt.
- Det lange tidsperspektivet kan skape vakuum og hindre positive og kreative prosesser i påvente av mer "endelige" løsninger.

- Prosessen blir svært omfattende og krevende på klinikk- og laboratoriesiden, og kan føre til fortregning av den viktige forskningsaktiviteten som pågår i disse enhetene.
- En fusjon av all aktivitet ved Rikshospitalet og Ullevål kan ikke være ønsket, og prosessen bør forutsette at en rekke aktiviteter avskalles før fusjonsforhandlinger iverksettes. Fra et FoU ståsted blir det da i tillegg viktig å passe på at ikke barnet kastes ut med badevannet.
- En selvforsterkende sentralisering av forskningsaktiviteten vil bli utfordrende for UiO i forhold til forskningsbasert undervisning ved andre HF.

I en prosess i retning alternativ 1 må en akseptere at ikke all aktivitet blir samlokalisert, og heller ha fokus på å samle aktivitet som av medisinske grunner bør ha samme lokalisasjon. Det er da naturlig å peke på mulighetene for å fortsette utbyggingen ved Radiumhospitalet og samle all kreftrelatert aktivitet her. Dette må da innebære vilje til å tenke nytt også i forhold til nåværende organisasjon. Det vil faglig sett være mer hensiktsmessig å organisere i forhold til enkelte sykdomsgrupper enn å ha felles ledelse for enkelte fag, altså at for eksempel all kreftdiagnostikk og kreftbehandling organiseres i et CCC sammen med kreftforskning og kreftregisteret, som et alternativ til dagens organisasjon rundt disiplinene kirurgi, patologi, radiologi osv. Det er ingen tvil om at en slik organisering vil gagne FoU.

Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning

Forskningsjef Cornelia Ruland

Jeg viser til innspillsnotat om utviklings- og omstillingsprosessen i hovedstaden. Det er gledelig at det vektlegges tydelig at forskning skal komme styrket ut av denne prosessen.

Helsefaglig forskning er et viktig prioritert helsepolitisk satsingsområde og flere høringer til Helse Sør-Østs forskningsstrategi har fremhevet at helsefaglig forskning skal få spesiell oppmerksomhet og styrkes i tiden framover. Hovedstadsprosessen gir en unik mulighet til dette.

Rikshospitalet har i dag landets sterkeste klinisk rettede helsefaglige forskningsmiljø som representerer en verdifull ressurs for å styrke helsefaglig forskning i hele regionen. Med sine 35 ansatte hvorav 3 har professorkompetanse, driver Senter for pasientmedvirkning og sykepleieforskning (SPS) betydelig forskning med omfattende internasjonalt og nasjonalt samarbeid og anerkjennelse, og hevder seg blant de beste.

SPS har også bygget opp vellykkede modeller for å styrke forskningskompetansen i klinikken med gode resultater: ingen annen helseinstitusjon i Norge har så mange sykepleiere / helsefaglige doktorgrader / stipendiater og mastergrader enn RH.

SPS har ifm hovedstadsprosessen startet en dialog med Ullevål sykehus om hvordan en kan koordinere tiltak og hente ut synergieffekter gjennom tettere samarbeid. Dette kan bl.a. skje gjennom en sterkere integrering av våre tilbud og modeller for forskningsbasert praksis, praksisnær forskning og kompetanseoppbygging og gjennom tettere forskningssamarbeid.

En kritisk suksessfaktor for helsefaglig forskning er å drive toppforskning med kritisk masse. Derfor er det viktig at denne forskningen foregår i et større samlet miljø med høyt kompetente personer som skaper legitimitet og gode læringsareaer. Like viktig er nærhet og tverrfaglig samarbeid med de beste medisinske forskningsmiljøene, slik at dette helsefaglige miljøet bør ligge på regionsnivå. RH har allerede bygget opp et slikt senter (SPS) med stor suksess. For å videreutvikle helsefaglig forskning vil derfor regionen være mest tjent med å bygge videre på og styrke ressursen RH's helsefaglige forskningssenter representerer, med Ullevål som en likeverdig samarbeidspartner. Her ser vi mange felles spennende utviklingsmuligheter som kan komme hele regionen til gode.

Styrking av helsefaglig forskning lar seg realisere både med forslag a) et samlet sykehus, og b) et regionssykehus og et områdesykehus. Med forslag c) to atskilte helsefaglige forskningsmiljøer på RH og Ullevål, vil det være vanskeligere å hente ut synergi effekter.

Institutt for kreftforskning Instituttchef Erlend Smeland

Instituttet mener det er helt kritisk, og i tråd med den foreslåtte forskningsstrategien, at Helse Sør-Øst ivaretar de sterkeste forskningsmiljøene i disse prosessene. Det er prisverdig at denne omorganiseringsprosessen har som et mål ”Å styrke forskning og andre universitetsfunksjoner”. **Instituttet er dog meget bekymret for at etablerte spissmiljøer kan bli skadelidende på kort sikt i en situasjon der økonomiske innsparinger og store omorganiseringer skjer parallelt.** Spesielt vil vi påpeke betydningen av langsiktig og stabil rammefinansiering. For de beste forskningsmiljøene er 60-70% av finansieringen hentet fra eksterne kilder, mens nøkkelpersonell og kjernefunksjoner i stor grad er finansiert gjennom stabile basisbevilgninger. En reduksjon i basisbevilgningene vil få dramatiske og langsiktige konsekvenser fordi sentrale personer og kunnskapsbærerne blir borte. Det vil ta mange år å gjenopprette sterke miljøer – hvis det overhodet er mulig.

Synspunkter på foreslåtte modeller

For instituttet er det avgjørende at det fortsatt blir betydelig klinisk virksomhet og medisinske støttefunksjoner i nærmiljøet på Montebello for å ivareta og videreutvikle CCC konseptet (Comprehensive Cancer Center). Fysisk nærhet og daglig interaksjon mellom klinikere, diagnostikere og laboratorieforskere er bærebjelken i et moderne kreftsentrum, og dette representerer en internasjonal trend. Med et slikt kraftsentrum på Montebello lar denne modellen seg godt videreutvikle i Oslo-regionen. Hoveddelen av den mer basale kreftforskningen skjer ved Instituttet og translasjonsforskningen utføres i samarbeid med kliniske miljøer og laboratoriemiljøer, både på Montebello, på Gaustad og ellers i regionen. Instituttet har allerede etablert samarbeidsrelasjoner med UUS innen bla brystkreftforskning og immunterapi og der det også er etablert forskningssamarbeid med andre sykehus, ikke minst AHUS. Instituttet vil se det som en fordel om Kreftregistret på sikt samlokaliseres på Montebello.

Etter en samlet vurdering går Instituttet primært inn for modell 1 som langsiktig mål (ett region- og områdesykehus i område Sentrum, som håndterer både landsfunksjoner, regionfunksjoner og områdefunksjoner. Dette sykehuset vil **ikke** ha lokalsykehusoppgaver). Her vil de sterkeste forskningsmiljøene ved RR/UUS samles organisatorisk, noe som muliggjør bedre samhandling og muligheter for fysisk konsentrasjon av virksomhet, utstyr og kjernekompetanse. I tillegg vil kontakten mellom basalmiljøene og de kliniske miljøene kunne styrkes ytterligere. Modellen vil også motvirke uhensiktsmessig dublering av funksjoner, og vil legge til rette for nettverksforskning inkludert forskning innen kreftområdet. Modellen vil dessuten kunne frigjøre betydelig med areal.

Et problem ved modell 1 er at den vil ta mange år å gjennomføre fullt ut, spesielt dersom man tar sikte på stor grad av samlokalisasjon til Gaustad+Montebello. Et alternativ er derfor modell 3. Modell 3 vil være mer krevende å opprettholde uten at den glir over i modell 4, som vi oppfatter å være den klar dårligste modellen med stor risiko for dublering og uhensiktsmessig konkurranse. Modell 3 er likevel mest naturlig på kort sikt og er det nærmeste dagens situasjon.

En annen mulig ulempe med modell 1 er at det vil være utfordrende med kulturforskjellene mellom UUS og RH, spesielt dersom det blir en fusjon mellom institusjonene som denne

modellen legger til rette for. En fusjon bør i så fall først gjennomføres etter at funksjonsfordelingen mellom region og lokalsykehusnivå er foretatt. Videre vil en slik modell kunne føre til store flytteprosesser som involverer både forskningsmiljøer og kliniske miljøer med de risikoforhold som dette medfører.

Ivaretagelse av spissmiljøer

Institutt for Kreftforskning er en ren forskningsenhet med ca 75 interne årsverk og ca 215 eksternt lønnede personer. Forskningen ved instituttet har fått meget god evaluering i NFRs evalueringer av biomedisinsk forskning og av klinisk forskning. Forskningsgruppene har et utstrakt internasjonalt og nasjonalt samarbeid og fokuserer både på grunnleggende forskning og translasjonsforskning i samarbeid med kliniske miljøer. Det er også en betydelig innovasjonsvirksomhet ved instituttet og flere vellykkede kommersialiseringer er gjennomført på basis av dette. Instituttet har tilknyttet et Senter for fremragende forskning (ca 90 personer, vil i stor grad samlokaliseres i det nye forskningsbygget) og et Senter for fremragende innovasjon (hovedaktiviteten utføres ved instituttet). Denne betydelige kompetansen gir muligheter som må bevares, og et sterkt kreftforskningsmiljø vil gi positive ringvirkninger innen forskning på flere andre fagområder.

Intervensjonssenteret

Erik Fosse

De ulike modellens konsekvenser for Intervensjonssenteret

Intervensjonssenteret ble etablert i 1996 som en verktøykasse for utvikling av nye metoder for alle deler av helsetjenesten. Senteret har følgende oppgaver:

- Etablere nye behandlingsmetoder
- Etablere nye behandlingsstrategier
- Sammenligne nye og etablerte behandlingsmetoder
- Studere sosiale, økonomiske og organisasjonsmessige konsekvenser av nye behandlingsmetoder

På basis av disse oppgaver leverer senteret følgende til samfunnet:

- Nye behandlingsmetoder
- Vitenskapelige publikasjoner
- Intellektuell eiendom/ næringsutvikling

Siden etableringen har Intervensjonssenteret samarbeidet nært med de fleste avdelinger ved Rikshospitalet, og med mange sykehus i østlandsområdet. Den viktigste partneren har vært Ullevål sykehus, men vi har hatt prosjekter med de fleste sentralsykehusene på Sør-Østlandet, samt med Aker sykehus.

Utviklingen de siste årene har gått mot en spesialisering av den kirurgiske virksomheten ved Rikshospitalet. Det er høyst sannsynlig at alle andre modeller enn modell 1 vil føre til en ytterligere fragmentering og spesialisering av klinikken ved sykehuset. For forskningen generelt er ikke denne utviklingen heldig og for Intervensjonssenteret representerer den et problem.

Forskningsområder

Intervensjonssenteret har samarbeidet med Ullevål sykehus om innføring av laparoskopiske prosedyrer i en årrekke. I 2007 ble det etablert et forskningssamarbeid om bruk av robot i nevrokirurgi ved nevrokirurgisk avd. Ullevål sykehus. En doktorgradsstipendiat veiledes fra både nevrokirurgisk avdeling og fra Intervensjonssenteret.

Vi har intensjon om å samarbeide om utvikling av bildeforskning med Ullevål sykehus i samarbeid med de kardiologiske forskningsmiljøene.

Det planlegges et større studium av behandling av myomer med alle gynekologiske avdelinger i Oslo regionen.

De kardiologiske og hjertekirurgiske miljøene ved Rikshospitalet og Ullevål utarbeider for tiden protokoller for innføring av kateterbaserte ventilimplantasjoner. Intervensjonssenteret er en sentral del av dette.

Når behandling av multitraumepasienter flyttes til Rikshospitalet, kan det være hensiktsmessig med hybridstuer der avansert diagnostikk kan utføres mens man starter klargjøring for operativ behandling.

Det har vært utfordrende å samarbeide om operasjoner og utvikling av operasjoner når pasientene tilhører et annet sykehus. Mange laparoskopiske prosedyrer som utvikles ved Intervensjonssenteret gjøres i større omfang ved Ullevål sykehus enn ved Rikshospitalet. En sammenslåing og etter hver samlokalisering av Ullevål sykehus og Rikshospitalet vil høyst sannsynlig styrke forskningsaktiviteten ved Intervensjonssenteret og øke bruken av senteret til utvikling av nye metoder. En sammenslåing vil også styrke sykehusets rolle som et senter for innovasjon og innføring av nye behandlingsmetoder i Norge.

Internasjonalisering

Det sammenslåtte sykehuset vil bli stort i forhold til de andre regionsykehusene i Norge, men det vil antagelig bli akkurat stort nok til å møte den økende internasjonale konkurransen både innen pasientbehandling og forskning.

Byggeprosjekter

Det siste året har antallet behandlede pasienter ved Intervensjonssenteret økt sterkt. Dette har sammenheng med at teknologien ved senteret blir mer aktuell i rutinebruk. For å svare på dette behovet, forsøker Intervensjonssenteret nå å inngå i et klinikk samarbeid med Operasjon 3. Samtidig har vi sørget for bygging av D7 avsnittet der det er planlagt utvidelse av Intervensjonssenteret/behandlingsarealet ved sykehuset. Dette tilskuddet til behandlingsareale må sees i sammenheng med utvidelse av virksomheten på Gaustad. Ferdigstillelse av byggeprosjektene i D5 og D7 vil derfor være en billig og enkel måte å starte prosessen med sammenslåing.

På sikt kan det være hensiktsmessig å organisere en samlet enhet for intervensjonsradiologi og operasjonsstuer i 4. etasje. Enheten bør drive behandlingsarealet og samtidig være ansvarlig for forskning og utvikling av behandlingsmetoder slik Intervensjonssenteret fungerer i dag.

Samarbeid med område- og lokalsykehus

Samarbeidet med de tre lokalsykehusene vil bli en spesiell utfordring som ikke løses ved sammenslåingen med Ullevål sykehus. Intervensjonssenteret vil utarbeide en egen strategi for innføring av nye behandlingsmetoder og forskning i samarbeid med lokalsykehusene i hovedstaden samt med de andre områdesykehusene. Et nært samarbeid med Ahus og områdesykehuset i Buskerud vil antagelig bli prioritert først.

Konklusjon

Samling av områdefunksjoner og regionfunksjoner som i dag utføres ved Rikshospitalet og Ullevål sykehus som skissert i modell 1, vil forenkle det brede samarbeidet som allerede eksisterer ved Intervensjonssenteret og vi må regne med at forskning og utvikling ved senteret vil øke. Samtidig vil vi forsøke å utvide samarbeidet med de andre område- og lokalsykehusene. De andre modellene kan fragmentere den kliniske virksomheten og vanskeliggjøre Intervensjonssenterets rolle. De vil heller ikke støtte behovet for et stort sykehus som kan konkurrere internasjonalt både i pasientbehandling og forskning.

Senter for komparativ medisin
Avdelingsleder Dag R. Sørensen

Har sett på dette og kommet til at initiativet om å utrede et regionalt senter for komparativ medisin i forbindelse med Helse Sør-Østs forskningsstrategi vil være en god begynnelse for dette arbeidet.

Arbeidsutvalget (AU) i Felles forskningsutvalg (FFU) for Rikshospitalet (RH)/UiO

Leder av felles forskningsutvalg Frode Vartdal, UiO

Det er prisverdig at denne omorganiseringsprosessen har som et mål ”Å styrke forskning og andre universitetsfunksjoner” (jf. side 9 i innspillsnotatet). Etter AUs oppfatning vil imidlertid en styrking av forskningen forutsette:

- At valg av modell (se anbefalinger nedenfor), støttes opp av en finansieringsmodell som sikrer langsiktighet og forutsigbarhet for forskningsgrupper som kan hevde seg internasjonalt
- At HSØ og UiOs prioriteringer i størst mulig grad samkjøres for dermed å oppnå en best mulig utnyttelse av felles ressurser
- At tilgangen til viktig infrastruktur for forskning ikke gjøres avhengig av valg av organisasjonsmodell. Dette gjelder for eksempel tilgang til humant biologisk materiale, helseregistre og kjernefasiliteter.

Etter en samlet vurdering går AU-FFU primært inn for modell 1 og subsidiært for modell 3 (jf. side 16 i innspillsnotat). Samling av de tyngste og sterkeste forskningsmiljøene ved sykehusene organisatorisk og geografisk (modell 1) nær de tunge basalforskningsmiljøene på Blindern, Forskningsparken/Gaustadbekkdalen, Montebello og Gaustad (IMB) vil

- styrke translasjonsforskningen, slik at nyvinninger kan implementeres raskere og mer effektivt nå frem til pasientene
- bidra til at flere fagmiljøer når den nødvendige kritiske masse til å oppnå et sterkt internasjonalt nivå
- gjøre flere forskningsmiljøer til mer attraktive samarbeidspartnere for sterke internasjonale forskningsgrupper
- gjøre forskningsmiljøene til sterkere innovasjonspartnere for næringslivet
- styrke muligheten for mer eksterne bevilgninger
- gjøre at det blir mindre behov for dublering av tungt utstyr og tung ekspertise (kjernefasiliteter), noe som betyr bedre service og bedre utnyttelse av knappe ressurser
- gjøre disse sentrale forskningsmiljøene til et sterkt nav for hele forskningsaktiviteten i Helse Sør-Øst

Den viktigste ulempen ved modell 1 er at det vil ta mange år å gjennomføre den fullt ut. Mens dette foregår, må forskningsmiljøene benytte mye tid og ressurser til å planlegge bygging og flytting. Dessuten er det ikke gitt at sammenslåing av forskningsmiljøer fra ulike kulturer gir god samhandling. Likeledes risikerer man at forskning blir en salderingspost under en presset omorganiserings- og utbyggingsprosess.

Ulempene ved modell 1 unngås ved modell 3. Samlet sett mener vi imidlertid modell 1 er best, da dette vil skape et forskningsmiljø som vil bli en sterk internasjonal aktør. Dessuten tror vi et samlet forskningsmiljø vil gi bedre pasientbehandling, spesielt i et regionsykehus som har mange landsfunksjoner og som skal være et ”referansesykehus for høyspesialisert medisin”. Likeledes tror vi det blir mer ressurseffektivt i det lange løp, fordi samling av ressursene gir mer forskning for pengene.

Vernetjenesten ved RH - HF.

Foretakshovedverneombud Alicia Altier og hovedverneombud Gry Mæhlum

Vernetjenesten er av den oppfatning om at modell 3 vil være den mest hensiktsmessige modell for Rikshospitalet HF. som er følgende:

Modell 3 – ett regionsykehus og ett områdesykehus med multitraume

Modell 3 innebærer at man anser det som hensiktsmessig på lang sikt å opprettholde to lokasjoner for område- og regionsoppgaver. I denne modellen blir Rikshospitalet regionsykehus med landsoppgaver og regionoppgaver. Regionoppgaver som ikke er knyttet til multitraume samles her. Eventuelt behov for kapasitetsutvidelse må derfor utredes.

Vi merker oss at det under beskrivelsen av modell 3 nevnes av eventuelt behov for kapasitetsutvidelse må utredes. Vi ønsker også å få synliggjort hva man legger i begrepet kapasitetsutvidelse. Erfaringmessig vet vi at den fysiske kapasitet i forhold til areal på RH er under enhver kritikk. Det er viktig for oss at RH ledelse er bevist på dette og tar hensyn til det dersom bla multitraume skal samlokalisere på RH samt vurdering av andre konsekvenser. Vernetjenesten er inneforstått om at denne prosessen er nødvendig for å avklare RHs funksjon. Vi er av den oppfatning at for å få til gode prosesser må alle bidra. Vernetjenesten har en positiv innstilling og ønsker å være en positiv bidragsyter under denne prosessen.

I denne sammenheng tillater vi å vise til de 12 prinsipper for medvirkning i omstillingsprosessen og forventer at vernetjenesten tas med i alle faser og på alle nivåer i organisasjonen.

LO på Riks-Radiumhospitalet Foretakstillitvalgt Pål Berdahl

Helse Sør – Øst sier de har en bred og åpen prosess. LO på foretaket mener at denne prosessen går uforsvarlig fort og at vi derfor i liten grad har kunnet medvirke til prosessen. Etablering av sykehusområde Sentrum er en stor og prinsipiell viktig sak som vil berøre svært mange mennesker. Derfor er det igjen nødvendig å peke på at tiden som har vært til rådighet til forankring og medvirkning ikke på noen måte samsvarer med sakens omfang og alvor.

Det er fortsatt nødvendig å stille spørsmål med holdbarheten i faktagrunnlaget som forslagene baserer seg på. Spesielt gjelder det forslag som innebærer en betydelig nedbygging av sengekapasiteten i hovedstadsområdet.

LO på foretaket er for en effektiv organisering av spesialisthelsetjenesten til beste for pasienten i hovedstaden.

Skal en stor endring i hovedstaden bli vellykket medfører dette betydelige investeringsmidler, noe som ikke er tilgjengelig i dag.

Samhandling og flytting av behandlingstilbud, ansatte og pasienter, krever investeringer og er viktig for å opprettholde kvaliteten på pasientbehandlingen.

Når det gjelder modell valg er det i første rekke å bevare den kompetansen og kvaliteten som dagens sykehus i området Sentrum har. Dette er ikke til hinder for at det foretas en grundig gjennomgang med sikte på en funksjons fordeling mellom sykehusene.

Ut fra dette kan modell 3 være det forslaget som dekker våre synspunkter best.

LO på foretaket mener det er mye å hente på en videre samordning mellom sykehusene, for å unngå en dublering av oppgaver. Dette arbeidet har pågått i flere år mellom Ullevål og Rikshospitalet. En mer langsiktig planlegging, sterkere fordeling av oppgaver og samhandling på tvers av dagens sykehus grenser er både mulig og nødvendig.

Akademikerne

Olaug Villanger, Foretakstillitsvalgt for Overlegene, Rikshospitalet HF

Andreas Stensvold, Hovedtillitsvalgt YLF

Helse Sør-Øst RHF har bedt om innspill med hensyn til organisering av sykehusene i Oslo basert på kvalitet, samordning, ressursutnyttelse og arbeidsmiljø som vil føre til utvikling av Sykehusområdet Sentrum i ønsket retning. Vi understreker at våre kommentarer både er knyttet til en modell for hvordan område- og regionnivåfunksjonen skal ivaretas i området Sentrum i et tidsperspektiv fra 2020 samt i tiden frem mot etableringen av en permanent løsning for hovedstadsprosessen. Kravet til konkretiseringsnivå til neste styremøte i Helse Sør-Øst må tones noe ned. Delvis skyldes dette at det kan synes vanskelig å tilrå modell innen Sentrum før områdefunksjonene er fordelt.

Hovedutfordringen ligger i at mye av behandlingen som tidligere kunne utføres av generelle spesialister på mindre enheter er nå overtatt av grenspesialister. Moderne kreftbehandling skjer i dag i høyspesialiserte team hvor en rekke fagmiljøer jobber tett sammen.

Modell 1 som innebærer en samlet region- og områdesykehus i ett funksjonelt bygg (best egnet på Rikshospitalet) anses som et visjonært forslag. Hvis man ser bort fra praktiske og økonomiske problemer for å kunne realisere et slikt kjempeprosjekt, ligger her et stort potensiale. Samlet vil Ullevål og Rikshospitalet kunne gi befolkningen et svært godt behandlingstilbud, være referansesykehus og kunne hevde seg internasjonalt innen forskning og utvikling. Et felles Ullevål/Rikshospitalet vil bli oppfattet av fagmiljøene ved de to sykehusene som en fremtidsrettet og fornuftig organisering og til beste for alle og vil løse pasientløpene på en overordnet og helhetlig måte. Man vil oppnå synergieffekt mellom flere fag, for eksempel traumekirurgi og transplantasjonskirurgi. Rask samhandling mellom flere akutt-kirurgiske fag vil styrke pasientbehandlingen og øke kompetansen. Man vil unngå dublering av funksjoner og få et meget sterkt fagmiljø med alle viktige medisinske funksjoner. Dette vil kunne være positivt for pasientbehandling, undervisning og forskning samt effektiv drift og besparelser på utstyrsfronten. Denne modellen vil gi den bredden fagene trenger og vil gi mest igjen innen forskning og utvikling. Denne modellen vil kreve mer areal til de ulike spesialiteter. Faglig tautrekking mellom de to stor-sykehusene vil bli eliminert. Denne modellen vil kreve utvidelse og påbygg på den moderne bygningsmassen som institusjonen i dag råder over. En slik utvidelse må sikre at de nye pasientløp innen traumatologi og akutt behandling får den nødvendige prioritet og kvalitet uten at dette forstyrrer pasientløpet for sykehusets lands- og regionsfunksjoner. I tillegg har Rikshospitalet og Ullevål bygget opp til dels parallelle funksjoner innen kreftbehandling (stråleterapi, kreftklinikk). Uten en avklaring vedrørende Montebellos fremtid (bygningssmasse, funksjoner) kan ikke samlokalisering på Gaustad vedtas.

Med en slik modell vil det være essensielt å opprettholde lokalsykehusene som utdannings-sykehus for at den undervisningen som gis ikke skal bli for spesialisert. Man kan tenke seg en ordning der lokalsykehusene i utdanningssammenheng opererer som satellitt-sykehus til den institusjonen som har hovedfunksjonen.

Innvendinger mot modell 1: Det samlede sykehus vil kunne bli u håndterlig stort. En stor transplantasjons- og traumevirksomhet under samme tak vil kunne være u håndterlig pga den store variasjonen i Øhjelp aktivitet innen begge områder. Rasjonell elektiv drift vil være vanskelig. Arbeidsmiljø kan bli skadelidende. Belastning og drift av intensivavsnitt vil bli enda større utfordring enn i dag. Legebemanningen på vakt vil måtte økes betydelig. Man vil trolig trenge parallelle vaktskikt og slik sett kanskje ikke oppnå noen gevinst i forhold til dagens situasjon. Fagene vil sannsynligvis måtte organiseres på en helt annen måte enn i dag. I tillegg vil komme en lang anleggsperiode preget av midlertidige løsninger og potensiell forvitring av fagmiljø.

Modell 3

Modellen med ett regionssykehus og ett område/traumesenter vil antageligvis ivareta Rikshospitalets rolle som sykehus med nasjonale oppgaver og stor transplantasjonsvirksomhet bedre. Innen noen fagfelt vil

kanskje denne modellen være best egnet. Denne modellen vil føre til at man må opprettholde mange spesialiserte funksjoner på flere steder. Dette vil gjelde både for kliniske fag og laboratoriefagene. Dermed blir den økonomiske gevinsten liten. Dersom man baserer seg på en slik modell vil man måtte ha fullverdig løsninger på begge sykehus inne mange områder.

Ved å spisse funksjon for mye er det fare for at utdannelsen av spesialister blir skadelidende. Alternativt må det lages en fullverdig spesialistplan i samråd med områdesykehusene som er planlagt fra starten av. Man vil også ta høyde for dette med å lage en rotasjonsordning for utdannelsen av spesialister.

Konklusjon: På kort sikt er en todelt løsning med a) ett regionssykehus med landsoppgaver og regionoppgaver og b) ett områdesykehus med multitraumemottak (modell 3) den mest realistiske. Dette må medføre at man må fordele regionsoppgaver og samles på det sted som er best egnet for å ivareta disse funksjoner. På lang sikt er imidlertid den todelte løsningen mindre egnet. Et områdesykehus bør i prinsippet være et tilnærmet komplett sykehus med tilgang til alle spesialiteter samt beredskaps- og vaktordninger for en rekke støttfunksjoner. I praksis medfører dette at det etableres to svært like sykehusmodeller og man får uklare grenser mellom det som i dag er regionsoppgaver og det som i fremtiden kan defineres som spesialfunksjoner tillagt et områdesykehus. Etableringen av en rekke parallelle funksjoner blir til forveksling lik løsningen med to parallelle sentra (modell 4) som etter vårt syn er uønsket.

Modell 3 vil være en rimelig og tilfredsstillende interimløsning hvis man samtidig målrettet styrer mot modell 1. I denne overgangen anses det som særst viktig at kvalitet og effektivitet på pasientbehandlingen ikke reduseres samtidig som forskning og utvikling ivaretas. En nedbygging av forskning i denne perioden strider mot Rikshospitalets grunnverdier og gi institusjonen en tilbakegang den kanskje aldri vil komme over. På lang sikt bør det derfor etableres ett sykehus som ivaretar både regionsfunksjoner og områdefunksjoner inklusive traumemottak (modell 1). Etableringen av ett stort sykehus med komplett tilbud og tilgang til alle spesialiteter vil kunne gi bedet pasientflyt, ensartet og forbedret behandling og mulighet for utvikling av solide fagmiljøer som er forankret i en gruppe spesialister fremfor enkeltindivider. I en slik stormodell må det legges til rette for at det kan drives skjermet, elektiv virksomhet parallelt med akuttfunksjoner. Modellen vil medføre betydelige investeringer og kan ikke finne sted innenfor dagens bygningsmasse på noen av de stedene som i dag har regionsoppgaver.

Olaug Villanger, Foretakstillitsvalgt for Overlegene, Rikshospitalet HF

Radiumhospitalet

Overordnet: Kreftbehandling

1. Betydningen av multidisiplinær diagnostikk og behandling

Moderne kreftbehandling fordrer for nødvendig kvalitet i behandlingen tverrfaglig (multidisiplinær) tilnærning med koordinert oppmøte av flere spesialister i beslutningsprosessen rundt den enkelte pasient. Dette inkluderer som minimum spesialister i kirurgi, onkologi, radiologi og patologi. Bakgrunnen for dette er at stadig flere pasienter er kandidater for eller skal ha kombinasjonsbehandling av kirurgi, strålebehandling og/eller medikamentell behandling. I tillegg er det en markant utvikling mot mer differensiert og målrettet behandling som krever mer detaljert patologisk og radiologisk diagnostikk.

2. Ivaretagelse og styrking av Komplette kreftsenters modellen (Comprehensive cancer center)

Internasjonalt er det bred enighet om at den organisering som sterkest fremmer forskning og forskningsbasert utvikling av klinikken innen kreftområdet er et såkalt komplett kreftsenters. Det innebærer samling av forskningstunge miljøer innen klinisk forskning, basal forskning og epidemiologisk forskning i ett senter som også har omfattende pasientbehandling. Geografisk nærhet er avgjørende for at synergi skal oppstå. Kreftsentersmodellen fremmer også den kliniske organiseringen i multidisiplinære team (se over).

Vurdering av de foreslåtte modellene:

Kvaliteten i lovpålagte oppgaver:

Jeg mener at pasientbehandling, forskning og undervisning best ivaretas og har best muligheter for å videreutvikles med **modell 1**. Dette samler virksomheten til et foretak og vil styrke den komplette kreftsenter modellen (se over). Deling av område- og regionsfunksjoner er uhensiktsmessig og kunstig da behandlingen spesielt innenfor de store tumorgruppene er en dominerende områdesykehusfunksjon (eksempel brystkreft). Modell 3 vil over tid ut fra det overstående resonnement medføre en risiko for overgang mot modell 5. Modell 3 anses også uheldig hvis den medfører at deler av kreftkirurgi legges til traumesenteret. Det er ikke en fordel å samlokalisere avansert elektiv kreftkirurgi med mulitraume der de siste i en gitt situasjon alltid vil ha prioritet. Alternativ 4 anses som lite hensiktsmessig. Kreftbehandling vil kreve tilstedeværelse av alle kirurgiske spesialiteter inkludert gastro, mamma/endokrin, thorax, urologi, gynekologi, plastikk, ortopedi, ØNH og nevrokirurger og en hensikts oppdeling av den totale virksomheten fins derfor ikke.

Kreftsentermodellen (styrket av modell 1) gir også mulighet for å videreutvikle pasientmedvirkning og rehabilitering. Dette er viktig for kreftområdet da prevalensen er sterkt økende på grunn av økt innsidens og bedre behandlingsresultat. I tillegg er det flere trekk ved sykdommen og behandlingen som tilsier at dette er av stor betydning for kreftpasientene. Det er blant annet knyttet til sykdommens alvorlighetsgrad, risiko for tilbakefall og senskader etter behandling.

Konklusjon: Modell 1 er klart å foretrekke, dernest modell 3. Modell 4 kan ikke anbefales.

1. Forutsetninger for modell ene.

Modell 1, 3 og 4 forutsetter at en definerer lokalsykehusfunksjonene innen kreftomsorgen og at ansvar for denne behandlingen plasseres. Dette gjelder som eksempel ikke-tumorrettet behandling, komplikasjoner under behandling og deler av palliativ medikamentell behandling. I henhold til innledningen vil stråleterapi og primærkirurgi være definert som områdefunksjon eller regionsfunksjon.

Stråleterapien vil for nær framtid foregå på UUS og Radiumhospitalet. I dag har Radiumhospitalet 11 stråleterapimaskiner og 2 etterladningsapparat for brachyterapi mens UUS har 6 stråleterapimaskiner. For en effektiv total ressursutnyttelse og sikre nødvendig oppdatering og utskiftning av utstyr bør stråleterapi organisatorisk også innenfor modell 3 og 4 organiseres i en enhet.

Alternativ 1 forutsetter at kreftkirurgien over tid og som en konsekvens av det også strålebehandlingen, samles til ett senter Oslo. Det vil kreve investeringer. Uansett vil alternativ 1,3 og 4 nødvendiggjøre oppgradering av den kliniske bygningsmassen på Radiumhospitalet og alternativ 1 vil i tillegg kreve økt kapasitet for kreftkirurgi ved Rikshospitalet HF. Vedrørende strålebehandling må en over tid vurdere størrelsen av senteret i Oslo i forhold til å bygge opp stråleterapikapasitet ved områdesykehusene.

2. Ressursutnyttelse:

Modell 1 gir best muligheter for samordning og balansert utvikling av den kliniske virksomheten spesielt viktig innen kirurgi og strålebehandling. Modell 1 vil også tydelig definere regionssykehusansvaret i forhold til andre områdesykehus og styrke LEON prinsippet. Modell 1 vil sikre koordinert og balansert utvikling av den kliniske virksomheten. Alternativ 4 (og også modell 3) vil medføre dublering av en rekke tjenester både innenfor diagnostikk og behandling og vil vanskeliggjøre god koordinering og en balansert utvikling av virksomheten.

3. Hensyn til de ansatte

Alle alternativene vil kreve omstilling. På sikt vil modell 1 som vi oppfatter det, gi mest forutsigbarhet for de ansatte.

Andreas Stensvold, Hovedtillitsvalgt YLF

Norsk sykepleierforbund/Unio, Parat/YS og NITO/SAN
Foretakstillitsvalgt Vibeke Kristiansen, Norsk Sykepleierforbund,
Elisabeth Emilsen, Parat/YS og Rita von der Fehr, NITO/SAN

Vi har mottatt invitasjonen til innspill for Hovedstadprosessen, område Sentrum. Med bakgrunn i utsendt invitasjon til innspill vil vi gi våre tilbakemeldinger. Vi gir disse ut i fra foreslåtte alternativer, med bakgrunn i de punktene som er trukket frem i brev fra Helse Sør-Øst av 15.05.08. På grunn av ønsket om en så kortfattet tilbakemelding som mulig vil dette begrense utdypningen av våre vurderinger og enkelte punkter vil bli fyldigere omtalt enn andre. Dersom dere ønsker konkretisering utover det som fremkommer av dette innspillet er det bare å ta kontakt. Ettersom vi er flere organisasjoner som har gått sammen om innspillet vil vi understreke at dersom det innhentes opplysninger utover dette notatet må det stå for den enkelte organisasjons regning da det kan forekomme avvikende vurderinger når vi kommer ned på detaljnivå i vurdering av løsningene.

1. Kvaliteten i de fire lovpålagte oppgavene for sykehusene:

- Pasientbehandling
- Utdanning
- Forskning
- Pasientopplæring

Dette er viktige faktorer som må gjenspeiles i tilbud og organisering av helsetjenestene i Sentrum. Vi synes imidlertid ikke foreløpig rapport sier noe særlig om hvordan foreslåtte modeller møter disse oppgavene. Det er brukt en del plass på å beskrive dagens situasjon og fremtidsscenarioer uten at foreslåtte modeller begrunnes tilstrekkelig opp mot dette. Av diskusjonene rund prosessen frem til nå ser vi også en tendens til noe ensidig fokus på konsekvenser for det medisinskfaglige tilbudet og miljøet. Det er viktig at et endelig høringsutkast også omtaler behov og konsekvenser modellene vurderes å ha for øvrige fagområder og grupper av ansatte. Samt hvordan dette påvirker organisering og pasienttilbud.

Mange yrkesgrupper, også ut over leger og sykepleiere, har sin utdanning knyttet til Oslo sykehusene. Det er avgjørende at det samarbeides med skoler og andre utdanningsinstitusjoner i tillegg til universitet og høgskoler for å sørge for at kvaliteten på utdanning ikke forringes. Målet burde være en kvalitetsheving ved at utdanningen kan samordnes sykehusene imellom.

2. De særskilte spørsmålene knyttet til hver av modellene som ser på samordning av regionale og områdefunksjoner, dvs:

- **Hvilke forutsetninger skal til for å realisere modellen?**
- **Pasientflyt?**
- **Hvilke steg må til for å realisere modellen? Hva må gjøres på kort og lang sikt?**

Vi støtter et scenario med en bevegelse fra modell 3 mot modell 1. Vi ser imidlertid noen utfordringer ved begge disse modellene som det er viktig å være bevisst i det videre arbeidet med omstilling i Sentrum. Modell 4 anser vi som uaktuell.

Modell 3: Dette er den modellen som tilsynelatende gir minst omstillingskostnad/omstillingsbelastning for de involverte ansatte. På den annen side vil man med denne modellen ha tilsvarende fagområder på sykehus med regionfunksjon og sykehus med områdefunksjon. Dette vil gi betydelige utfordringer til grenseoppgang i hvilke oppgaver som defineres til hvilket av disse to sykehusene. Vi risikerer dermed at dagens situasjon ikke forbedres vesentlig og at vi om kort tid igjen sitter i en situasjon med konkurrerende virksomhet på de to sykehusene og med en u hensiktsmessig dublering av funksjoner. Dette vil man unngå ved modell 1.

Modell1: Denne modellen løser utfordringen som vi omtaler for modell 3. På den annen side gir denne modellen noen utfordringer i et større bilde både for Sør-Øst som region og i et nasjonalt perspektiv som man bør være seg bevisst. Ved en samling til ett sykehus vil pasientene i Sentrum få tilbud om helsetjenester innen områdefunksjonen på et sykehus som også tilbyr helsetjenester på regionalt og nasjonalt nivå. Det vil utenfor Sentrum kunne vurderes som at LEON prinsippet ikke tilstrekkelig ivaretas og at pasientene i sentrum får helsetjenester på et for høyt nivå dersom de har en lidelse som kan behandles under områdefunksjon. Vi mener ikke at dette er så problematisk at det taler mot modell 1. Men ettersom LEON prinsippet har vært så sterkt fremhevet og det blir snakket om at Oslo pasientene får helsetjenester på et høyere nivå enn pasienter i øvrige region, og til dels også i øvrig Norge, må vi ha dette i bakhodet når vi planlegger videre organisering, dersom vi går for modell 1. Vi mener imidlertid det finnes tilstrekkelige faglige og ressursmessige argumenter til fordel for modell 1 til at vi kan gå for denne. Av faglige argumenter nevner vi kort behovet for et visst pasientvolum av ”generell” karakter for å kunne ivareta pasienter med lidelser av mer sjelden forekomst. Dette regner vi med er kjent og argumentert tilstrekkelig for i flere andre sammenhenger så vi går ikke nærmere inn på dette her.

Vi ser det ikke som reelt mulig å gå inn i modell 1 på kort sikt. Vi må derfor komme dit gjennom en gradvis prosess. Det er viktig at dette skjer over tid slik at omstillingen blir fullt forsvarlig både med hensyn til forskningen, det faglige tilbudet til pasienten og de ansattes arbeidsmiljøforhold. Arbeidsmiljø omtales senere. Hva angår de faglige hensyn er det viktig at man finner måter å løse dette på slik at man ikke underveis i prosessen risikerer å ødelegge per i dag godt fungerende og kvalitativt sterke fagmiljø fordi fokus blir for ensidig på økonomisk gevinst. Det betyr at en samling må gjøres over tid og man må tidlig starte arbeid med en forankring av dette i fagmiljøene som blir berørt. Målet må være å unngå uønsket forringing av fagmiljøer og begrense omstillingsbelastninger for de berørte ansatte til et minimum.

De mange gode forskningsmiljøene som i dag eksisterer ved de forskjellige sykehusene i Oslo er bygget opp over mange tiår. Forutsetning for at kvaliteten på forskningen skal opprettholdes er at miljøene i seg selv holdes samlet og ivaretas på en god måte, men også at det grunnleggende pasientgrunnlaget er tilstede sammen med støttefunksjonene slik at god tverrfaglighet skapes.

Dersom man ender opp med modell1 ser vi en utfordring i foretakets størrelse og derav kontroll og styringspenn. Vi er av den oppfatning at for store bedrifter kan få betydelige utfordringer i styringen fordi kontrollspennet blir for stort. Vi vurderer det likevel dit at det lar seg gjøre å bygge opp en styrbar løsning omkring modell 1. Det fordrer imidlertid grundige prosesser med hensyn til organisasjonsmodell og oppbygning for å gjøre størrelsen håndterbar. Vi er av den oppfatning at modell 1 ikke i praksis betyr et foretak som i størrelse er summen av dagens Rikshospitalet HF og Ullevål Universitetssykehus HF. Et slikt gigantsykehus anbefaler vi ikke. Men forutsatt at man trekker fra

lokalsykehusfunksjoner og funksjoner som skal ligge i andre sykehusområder tror vi størrelsen vil kunne bli stor, men håndterbar.

Prosesen så langt og innspillsnotatet har presentert oss for en del nye begreper slik som for eksempel sykehusområde. Det er viktig at man identifiserer hvilke begreper i prosessen som må anses for å være nye og jobber med en felles begrepsforståelse omkring disse. Det er avgjørende for at vi videre kan ha en felles forståelse av vedtakene som etter hvert vil komme og konsekvensene som forstås av disse.

3. Ressursutnyttelse i tjenestene totalt sett i sykehusområdet og evt. i regionen.

Dersom man går for en gradvis bevegelse mot modell 1 er det viktig at dette blir presisert tidlig i prosessen. En løsning hvor man går for modell 3 og på sikt tenker en bevegelse mot modell 1, men ikke eksplisitt presiserer dette i vedtaket mener vi er ugunstig. For ressursutnyttelsen og langsiktige økonomiske prioriteringer er det viktig å vite hva vi beveger oss mot og at vi i størst mulig grad sikrer bevegelse mot et felles mål. For eksempel for fremtidige investeringer vil dette være avgjørende.

I område Sentrum skal man løse utfordringen med pasienttilbud til en befolkningsmasse på om lag 450 000 fordelt på i dag 5 sykehus/foretak. Tilsvarende befolkningsmasse i andre regioner får dette tilbudet innenfor rammen av ett sykehus/foretak. Dersom pengene skal følge pasientene er det viktig at det likevel gjøres en vurdering av de økonomiske utfordringene som ligger i spredt bygningsmasse og flere sykehus i Oslo slik at ikke pasientene i Sentrum får et dårligere tilbud enn øvrige befolkning fordi endringer over tid har gjort at Sentrum sitter på en infrastruktur i helsetilbudet sitt som ikke nødvendigvis er den mest kostnadseffektive. Det blir også viktig at man tar hensyn til økt ressursbehov med bakgrunn i regionsfunksjoner, landsfunksjoner og forskning som håndteres i Sentrum, slik at dette ikke blir et hinder for at det er ressurser til å tilby befolkningen i Sentrum likeverdige tjenester som resten av befolkningen.

Det er mye mer som kunne vært sagt om ressurser og ressursfordeling. Vi går ikke videre inn på en kommentering av inntektsmodell og den betydning det vil ha da vi opplever det å ligge utenfor intensjonen i dette innspillsnotatet. Vi ønsker imidlertid gjerne å komme med innspill når dette siden behandles som egen sak.

4. Ansatte og utvikling av godt arbeidsmiljø.

Vi mener det er viktig at løsningen man lander på må få et klart definert mål både på kort og lang sikt. Det er viktig at de ansatte i Sentrum får en forutsigbarhet i hvor bevegelsen går både strategisk og geografisk for deres arbeidsplass og fagfelt. I videre prosess med eventuelle omstillinger må man tilstrebe en åpen kommunikasjon hvor partene håndteres som likeverdige. En åpenbar bekymring ved å gå mot modell 1 er den belastning det vil være for de ansatte. Mange må fysisk flyttes til nye steder og eller miljøer og dermed forholde seg til nye kolleger og kulturer. Med for eksempel fusjonsprosessen mellom Rikshospitalet og Radiumhospitalet friskt i minne må det legges opp til vesentlig bedre rutiner for å ivareta alle involverte parter slik at det skapes et godt arbeidsmiljø med respekt for og forståelse for at alle yrkesgrupper er viktige - til beste for pasientene. I den grad det blir en flytting eller sammenslåing av arbeidsmiljøer fra i dag separate foretak må det gjøres et godt forarbeide i vurderingen av arbeidsmiljøutfordringer, deriblant utfordringen i forskjellige kulturer. Vernetjenesten og de ansattes organisasjoner må inkluderes i en slik prosess.

Vi ser frem til videre samarbeid om prosessen. Ta gjerne kontakt dersom noe skulle være uklart.

SAN/NITO - tillegg

SAN/NITO Foretakstillitsvalgt Rita von der Fehr og nestleder NITO Brynhild

Asperud

Hovedstadsprosessen er igangsatt og Sentrum utgjør en av de 7 områdene i Helse Sørøst, hvor vi nå er over i fase to i planleggingen av funksjonsfordeling og organisering.

Det er i utgangspunktet utarbeidet 6 modeller hvor de to siste alternativene allerede er strøket.

Det er ønskelig med innspill i forhold til synspunkter på de foreslåtte alternativene. Nito støtter i utgangspunktet NSF sitt innspill på de fire punktene som det er bedt om tilbakemelding på.

Vi ønsker allikevel å gi en presisering om at vi ser helt klart modell 3 – **Ett regionsykehus og et områdesykehus med multitraume**, som det beste alternativet. Modell 3 innebærer at vi opprettholder to lokalisasjoner og har forskjellige ansvarsområder, når lokalsykehusfunksjonene flyttes ut fra både Ullevål Universitetssykehus HF og områdefunksjoner fra Rikshospitalet HF vil det frigjøres nødvendige arealer.

Modell 3 som løsning utløser to viktige faktorer, behovet for overordnet styring i forhold til funksjonsfordelingen og tilførsel av investeringsmidler for å tilpasse de to nåværende lokalisasjoner til å møte morgendagens medisin og utvikling uten konkurrerende mål.