

Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst – Hovedstadsprosessen – Høring

1. Utviklingsretning og styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen

Hovedstadsprosessen søker å gi svar på hvordan spesialisthelsetjenestens struktur og innhold bør utvikles i et langsiktig perspektiv. Hovedstadsprosessen har drøftet organiseringen av de kliniske tjenester, men har i for liten grad vært opptatt av hvordan forskning og undervisning skal organiseres og integreres i universitetssykehusene. Hensynet til forskning og undervisning må integreres på en mye tydeligere måte i den videre konkretiseringen av planene for omorganisering.

Det medisinske fakultetet er i hovedsak enig i utredningens premisser og de overordnede målene for omstillingsprosessen. Vi mener det er nødvendig å redusere antall sykehus innen sykehusområde Sentrum på sikt, og ser for oss to sykehus innen 20 år. Fakultetet mener at utredningen burde være mer konkret i form av delmål og mener den må følges av en forpliktende fremdriftsplan.

Hovedstadsprosessen vil gi langsiktige endringer i universitetssykehusstrukturen. Klinikk, undervisning og forskning henger sammen, og det er helt avgjørende for prosessen at universitetet blir trukket nærmere inn i omstillingsprogrammet.

2. Inndeling av sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse

Utredningen foreslår etablering av større opptaksområder/sykehusområder for å oppnå at flere tjenester kan ytes desentralt. Det medisinske fakultet har ingen innvendinger mot den foreslåtte inndeling av sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse. For Det medisinske fakultet er imidlertid det viktigste at hensynet til forskning og undervisning blir ivaretatt, både ved det foreslåtte region- og områdesykehuset og ved universitetssykehus med lokalsykehusfunksjon.

Dersom det opprettes ett region- og områdesykehus og ett forsterket lokalsykehus, som bl.a. må ha akutt kirurgi, vil det være en forutsetning at regions- og områdesykehusoppgaver samles i et sammenslått og mest mulig samlokalisert Ullevål universitetssykehus (UUS) og Rikshospitalet HF (RH), mens de nåværende og fremtidige lokalsykehusfunksjoner overføres til Aker universitetssykehus (AUS) (dvs. modell 1). Ved et sammenslått UUS og RH vil forholdene ligge til rette for økt samarbeid mellom en rekke av fakultetets sterkeste forskningsmiljøer. Dette kan skape større og mer slagkraftige forskergrupper med økt internasjonal konkurranseevne.

3. Valg av styringsmodell innenfor sykehusområdene

Lindahl-utvalgets mål var å bidra til etableringen av et koordinert forsknings- og undervisningssystem på høyt internasjonalt nivå i Helse Sør-Øst. Dette kan bare nås gjennom tett samhandling mellom helseregion og Det medisinske fakultet. Ved valg av styringsmodell må det derfor tas hensyn til dette omfattende samarbeidet med universitetet.

En forutsetning for dette er at UiO i sterkere grad tas med i de styrende organer, både styrer og sykehusledelser. Hovedstadsprosessen bør ha som ambisjon å etablere et forsknings- og undervisningssykehus-system av internasjonal klasse. Da må ledelsen ha forskningskompetanse på høyeste internasjonale nivå. Det medisinske fakultet kan tilføre dette.

For Det medisinske fakultet ville det forenkle samarbeidet omkring universitetsfunksjonene dersom man har ett felles styre og en felles ledelse ved universitetssykehusene i hovedstadsområdet (AUS, UUS og RH). Dersom man velger modell 1, må man i det minste ha et felles styre og felles ledelse for et sammenslått RH og UUS. I et slikt styre måtte universitetet være sterkt representert. Det kan imidlertid være en fordel for samarbeidet om forskning og undervisning at det blir et felles styre som også har ansvar for Aker Universitetssykehus (AUS). Dersom UUS ikke skal ha lokalsykehusfunksjon, vil en større del av undervisningen av medisinske studenter måtte foregå ved AUS. For å kunne gi forskningsbasert undervisning, er det en forutsetning fra fakultetets side at forholdene fortsatt legges til rette for god forskning ved AUS. Risikoen med en tidlig sammenslåing av flere sykehus med ulike kultur, ulike IT-støttesystemer og spredt lokalisasjon, er imidlertid at samhandlingen i en slik organisasjon kan bli komplisert. Erfaringen fra sammenslåing av de store universitetssykehusene i Stockholm-regionen og Rikshospitalet/Radiumhospitalet bør tas med i betraktningen. Fakultetet slutter seg til forslaget om at Akershus universitetssykehus (AHUS) vil være et områdesykehus uten regionfunksjoner. AHUS vil også i fremtiden ha viktige oppgaver innen utdanning og forskning.

Norges Forskningsråds evaluering av klinisk forskning i Norge i 2003-2004 påpekte at forskningen var for fragmentert på små miljøer og foreslo at man dannet større og mer slagkraftige forskningsgrupper. For å bli konkurransedyktig er det nødvendig å konsentrere forskningen og ikke spre tung, ressurskrevende forskning. Dette vil være enklere å oppnå med en felles strategisk og besluttsende forskningsorganisasjon for helseforetak og universitet.

Det er flere eksempler på forsøk på å etablere en mer integrert forskningsorganisasjon ved helseforetak og fakultet. Ved RH har det blitt etablert en struktur hvor klinikkjefene har forskningskompetanse/ universitetstilknytning gjennom tilsetting i professor II-stilling, og at de rapporterer til RHs direktør for sykehussaker og til fakultetsdivisjonsleder i universitetssaker. Dessuten har RH og UiO felles forskningsutvalg, og fakultetsdivisjonsleder ved RH sitter i sykehusets ledergruppe. Ved

AUS har det vært praktisert en ordning hvor lokal universitetsleder (Fakultetsdivisjonsleder) også er forskningsdirektør og sittet i direktørens ledergruppe. Dette er ordninger fakultetet har gode erfaringer med, og man ber om at det arbeides videre med bedre samhandlingsmodeller i hovedstadsprosessen. Dette vil kunne bøte på problemene som oppstår ved at det er to parallelle forskningsorganisasjoner ved universitetet og foretak. Foruten at dette er ressursødende, blir det komplisert for forskerne å daglig forholde seg til to ulike sett regelverk og administrativ infrastruktur.

4. Modeller for sykehusområde Sentrum

Det medisinske fakultet vil primært anbefale modell 1, altså en sammenslåing av RH og UUS og med AUS som et forsterket lokalsykehus. Vi vil imidlertid anbefale en nærmere vurdering før man beslutter at UUS ikke skal ha lokalsykehusfunksjoner. Risikoen ved et skarpt skille mellom høyspesialiserte sykehus og lokalsykehus er en komplisert pasientlogistikk med fare for økt transport av pasienter mellom ulike sykehus. Fakultetet vil derfor anbefale en analyse av de kvantitativt viktigste pasientkategoriene med vekt på pasientstrømmer og utvikling av diagnosebaserte team, som basis for funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Arbeidet med fordeling av oppgaver mellom sykehus og avdelinger som følger etter de overordnede vedtak i styret i Helse Sør-Øst vil få vidtrekkende konsekvenser for forskning og undervisning. Fakultetet vil derfor sterkt anmode om å få utnevne en egen representant for universitetet i alle fagutvalg og grupper som skal arbeide videre med å gjennomføre Hovedstadsprosessen. Selv om enkelte av fakultetets ansatte i kraft av sin faglige kompetanse vil bli deltagere i slike grupper og utvalg, vil de antagelig først og fremst ha sin egen avdeling og sitt eget fagmiljø som utgangspunkt. Det er derfor viktig for fakultetet å kunne oppnevne deltagere som primært skal ivareta universitetets interesser.

Organiseringen av psykiatrien og rusfeltet synes ikke å være tilstrekkelig utredet i prosessen. Fakultetet er enig i at det ikke vil være naturlig å skille lokal- og regionsfunksjoner i psykiatri og rusfeltet, selv om noe av forskningen innen psykiatri vil ha klare fordeler av å ligge nærmere de tunge nevro-grunnforskningsmiljøene ved Institutt for medisinske basalfag og organiseres som en del av RH-UUS systemet. Det vil likevel i alle tilfelle være fornuftig å organisere AUS som en del av et felles universitetssykehusystem, slik det er foreslått i fakultetets høringsuttalelse om universitetsfunksjonene i hovedstadsområdet. Som nevnt tidligere mener vi det er nødvendig med færre sykehus i Oslo, kanskje bare to på 20 års sikt og da et sammenslått RH og UUS, samt et AUS som et forsterket lokalsykehus. Hvis dette skal bli en realitet, kreves det betydelig investeringer i ny bygningsmasse og infrastruktur. For å sikre best ressursutnyttelse er en samlokalisering av RH og UUS nødvendig på noe lengre sikt. En lokalisering på det nåværende RH vil ha store fordeler, med sin nærhet til grunnforskningsmiljøer i Domus Medica og andre forskningsmiljøer i Gaustadbekkdalen

og på Blindern. Fakultetet ønsker imidlertid ikke å ta nærmere stilling til lokaliseringsspørsmålet på det nåværende tidspunkt.

**5. Hvilke tiltak vil best kunne styrke rehabiliteringstilbudet i regionen?
Synspunkter med å samle alle regionale funksjoner i ett
rehabiliteringsforetak.**

Rehabilitering er et viktig felt, og Det medisinske fakultet er enige i at de mest spesialiserte rehabiliteringsfunksjonene bør organiseres innen ett foretak. Vi vil derfor foreslå at rehabiliteringstilbudet blir organisert som en del av AUS. AUS vil i så fall kunne bli et forsterket lokalsykehus som også har regionfunksjoner innen psykiatri, rus og rehabilitering.

**6. Hvordan kan de ulike forslagene til endringer påvirke utvikling og
ivaretagelse av kompetanse, fagmiljø, medarbeidernes arbeidssituasjon og
arbeidet med å utvikle et godt arbeidsmiljø?**

Det er all grunn til å tro at en samlokalisering i to sykehus med to ulike fokus vil bety at man vil få flere forskningsmiljøer som når den nødvendige kritiske masse til å bli mer konkurransedyktige nasjonalt og internasjonalt. Dette gjør fagmiljøene bedre rustet til å konkurrere om nasjonale og internasjonale forskningsmidler, samt at de vil bli mer attraktive for de beste fagfolkene. Fakultetet vil også understreke viktigheten av at det også finnes tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i lokalsykehus, ikke minst for at undervisningen av leger skal være forskningsbasert. Det er viktig å påpeke at en stor del av den kliniske skolen i grunnutdannelsen vil ligge innenfor det som er lokalsykehusfunksjoner.

Risikoen med en lang omstillingsperiode med flytting og nybygging er at det kan gå ut over arbeidsmiljøet. Det er derfor meget viktig at et eventuelt vedtak om omorganisering raskt følges opp med en tydelig og mest mulig konkret framdriftsplan. Likeledes er det meget viktig at både sykehus- og universitetsansatte på alle nivåer blir involvert i denne prosessen. All erfaring viser at resultatet både for organisasjon og for de ansatte blir best ved en reell involvering av de ansatte. Dessuten er det viktig å ta inn over seg at en omstillingsprosess nesten alltid er meget ressurskrevende. Det er derfor nødvendig at det avsettes nødvendige midler til dette i omstillingsperioden.

Det er forventet at ressursene som frigjøres ved omstillingen, vil bli benyttet både til å skape et bedre helsetilbud og til å styrke forskning og undervisning.

**7. Forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke brukerperspektivet i
omstillingsprosessen**

Det er svært viktig at brukerperspektivet ivaretas i omstillingsprosessen. (Se pkt.6).

I den forestående funksjonsfordeling må man sikre at ikke helhetsperspektivet på pasienten rammes. I en tid med økende subspecialisering innen de medisinske fag, kan

man risikere at viktig kompetanse som er viktig for diagnostisering og behandling, mangler på enkelte avdelinger. Dette kan bli meget farlig for pasientene. Pasientenes kunnskaper og motivasjon for å ta vare på egen helse er sentralt. Derfor er det opprettet Lærings- og Mestringsentra (LMS) ved en del sykehus i Helse Sør-Øst med AUS som nasjonal koordinator. Dette arbeidet bør styrkes og forskningsmessig utvikles. Det bør også vurderes om LMS bør ha en rolle i forebygging av sykdom hos høyrisikoindivider.

8. God samhandling med kommunehelsetjenesten for sikring av et helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse.

Brukerne har behov for en "sømløs" helsetjeneste d.v.s. at tjenestene samarbeider friksjonsfritt om å skape et best mulig totalt helsetilbud for den enkelte. Fremtidens pasienter vil vanligvis ha flere kroniske sykdommer som i perioder krever spesialisthelsetjenester, men også kreve en førsteklasses primærhelsetjeneste.

God samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig og er et viktig element i legeutdanningen. Allmennmedisin er et av de tre hovedfagene i grunnutdanningen av leger, og ikke minst praksiselementet med en lengre utplasseringsperiode av studentene i sykehus og hos primærlege i Helseregion Sør Øst vil utfordre både sykehus og primærhelsetjeneste på kontinuitet og samspill til pasientens beste. Med utplassering av studentene i praksisperioder i sykehus (6 uker) og primærhelsetjenesten (6 uker) i samme nærområde koblet sammen i tid, ønsker fakultetet, i tillegg til klinisk erfaring og praksistrening, å gi studentene praktisk erfaring med hvordan helsetjenesteorganisering, helhetsperspektiv og logistikk mellom første- og annenlinjen i helsevesenet ivaretas.

Dette betyr også at hovedstadsprosessen må se overordnet på om noe av spesialisthelsetjenesten bør koordineres nærmere med allmennhelsetjenesten på nye måter for å skape best mulig samhandling. Det er generelt meget viktig å skape en fleksibel modell som tar opp i seg de endrete samfunnsmessige og teknologiske forutsetningene for en førsteklasses helsetjeneste

9. Andre forslag?

Kvalitetsindikatorer og kvalitetsoppfølging. Hovedstadsprosessen vil ha både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser. Det er viktig å etablere robuste kvalitetsindikatorer som raskt kan identifisere svakheter og styrker i den nye organiseringen for forskning og undervisning.

10. Høringsinstansene bes gis en kort beskrivelse av hvilken prosess som ligger bak høringsvaret.

Dekanus nedsatte en arbeidsgruppe bestående av seks institutt- og fakultetsdivisjonsledere for å utarbeide Det medisinske fakultets høringsvar.

Arbeidsgruppens høringsvar har vært diskutert i fakultetets lederforum og i fakultetsledelsen.. Videre ble høringsvaret behandlet i fakultetsstyret 17.oktober.

Konklusjoner

- **Det medisinske fakultet støtter modell 1 med et sammenslått og mest mulig samlokalisert UUS og RH**
- **Vi anbefaler felles administrasjon og styre for denne sammenslåtte enheten, helst også for AUS, for lettere å kunne gjennomføre den nødvendige samordning av oppgaver og funksjoner.**
- **Målet er å etablere et forsknings- og undervisningssykehus av høy internasjonal klasse. Universitetet bør derfor være sterkt representert i ledelsen og styret**
- **Et slikt tett samarbeid kan forebygge utvikling av to parallelle forskningsorganisasjoner ved universitet og foretak**
- **AUS vil også som forsterket lokalsykehus ha viktige oppgaver innen undervisning og forskning og opprettholde sin status som universitetssykehus.**
- **Fakultetet slutter seg til forslaget om at AHUS vil være et områdesykehus uten regionfunksjoner. AHUS også i fremtiden ha viktige oppgaver som universitetssykehus**
- **Fakultetet ber om å få oppnevne egne universitetsrepresentanter i de utvalg og arbeidsgrupper som skal implementere de overordnede vedtak i Hovedstadsprosessen.**