

Omstillingsprogrammet - Innsatsområde 1

Hovedstadsprosessen

Høringsnotat

Hamar 20.06.2008

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Visjon og mål for Helse Sør-Øst.....	4
3	Hovedstadsprosessen.....	5
3.1	Utfordringsbildet.....	5
3.2	Ønsket utviklingsretning	5
3.3	Arbeid i tre faser	6
4	Tema for høringen.....	7
4.1	Utviklingslinjer for hele Helse Sør-Øst.....	7
4.1.1	Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder	7
4.1.2	Forpliktende samhandling med kommunene	10
4.1.3	Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene	10
4.1.4	Prinsipper for pasientopplæring og læring- og mestringstilbud.....	11
4.1.5	Prinsipper for organisering av akuttfunksjoner	11
4.1.6	Prinsipper for organisering av spesialiserte funksjoner.....	12
4.1.7	Prinsipper for organisering av regionale funksjoner	12
4.1.8	Rikshospitalets rolle.....	13
4.1.9	Prinsipper for organisering av rehabilitering.....	13
4.1.10	Prinsipper for rus og psykisk helsevern.....	13
4.1.11	Overkapasitet må reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning	14
4.1.12	Forutsigbare relasjoner til de private aktørene.....	14
4.1.13	Gevinstrealisering.....	14
4.2	Utviklingslinjer for sykehusområde Sentrum	16
4.2.1	Utfordringene i Oslo.....	16
4.2.2	To ulike modeller for organisering i sykehusområde Sentrum	16
4.2.3	Felles for modellene	17
4.2.4	Modell 1:	17
4.2.5	Modell 2:	17
4.3	Øvrige sykehusområder	18
5	Konkrete spørsmål til høringsinstansene	19

1 Innledning

Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som bor i regionen. I Helse Sør-Øst er det 69 000 helsearbeidere som hver dag gjør sitt ytterste for at pasientene skal få god behandling.

Virksomheten til Helse Sør-Øst er tuftet på lovverket, med særlig vekt på helseforetaksloven og loven om spesialisthelsetjenester. Rammene for virksomheten er bl.a. nærmere definert i vedtekter, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Hovedintensjonene bak sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er bl.a. formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer.”

I protokollen fra foretaksmøte 30. mai 2007 konkluderes det med at det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst sitt framtidige handlingsrom og økonomiske stilling at resultatkrav nås, og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Det blir samtidig uttrykt at eier er innforstått med at det vil kunne innebære betydelige omstillinger.

På bakgrunn av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst RHF iverksatt et omstillingsprogram for langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen bestående av fem satsingsområder:

Innsatsområder i omstillingsprogrammet



Dette høringsdokumentet og de underliggende rapporter omhandler Hovedstadsprosessen. Som det vil fremgå berører arbeidet likevel hele regionen, men med et særskilt fokus på hovedstadsområdet. Omstillingene angår således 2,6 millioner mennesker fra Flekkefjord til Tynset. Det er derfor viktig at alle meninger kommer frem. Gjennom et bredt tilfang av synspunkter på den framtidige utviklingen og organiseringen av sykehustjenestene ønsker Helse Sør-Øst RHF å treffe de beste beslutningene for pasientene.

2 Visjon og mål for Helse Sør-Øst

Formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er å sikre en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen. Programmet skal bidra til å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, og sikre kvalitet i tjenestene.

Arbeidet skal som helhet bidra til en bedre helsetjeneste, ved å gjennomføre nasjonal politikk, uttrykt blant annet i Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan 2007-2010 og i Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Dette er fanget opp i Helse Sør-Øst sin visjon om:

Slettet: e

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

Målene for utviklings og – omstillingsarbeidet er at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

For arbeidet med omstillingsarbeidet og videreutviklingen av tjenestetilbudet legges det til grunn at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.

Det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet. For å sikre trygghet og forutsigbarhet er det utarbeidet en omstillingsavtale for alle ansatte i Helse Sør-Øst. Det er et mål å sikre de ansattes kompetanse og at arbeidsplassene utvikles som en konsekvens av omstillingsprosessen.

Det må gjennomføres betydelige omstillinger av dagens tjenestetilbud i Helse Sør-Øst. Ressurser som frigjøres ved omstrukturering og omstilling skal brukes til å utvikle tjenestetilbudet videre med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet i forhold til å løse prioriterte oppgaver og møte behovene skapt av endringer i demografi og medisinsk teknologi i årene fremover.

Virksomheten planlegges med utgangspunkt i dagens inntektsnivå. Det legges opp til en langsiktig strategi med omstillinger som gjennomføres på kort og lengre sikt.

Omstillingene skal sikre en helhetlig utvikling for befolkningen i hele regionen i tråd med god kvalitet og god ressursutnyttelse. Dette innebærer at det planlegges et sett av strategiske hovedgrep.

1. Sykehusområder som robuste planleggingsenheter vil styrke kvalitet og helhetlig desentralisert tilbud for befolkningen.
2. Vi samler det vi må og desentraliserer det vi kan. Dette for å sikre en fortsatt desentralisert spesialisthelsetjeneste av god kvalitet.
3. Faglig myndiggjøring ved å sikre faglig koordinering både innad i sykehusområdene og regionalt.

3 Hovedstadsprosessen

3.1 Utfordringsbildet

Til tross for at de aller fleste pasienter er fornøyd med behandlingen de får i norske sykehus, er det behov for å gjøre omstillinger for å møte morgendagens behov. Det blir flere eldre, og selv om flertallet av de eldre er friske, bidrar flere eldre til at blir flere syke totalt sett. Det blir blant annet flere med kroniske og sammensatte lidelser og flere får kreft. Mange eldre har behov for helsepersonell og tjenester med en bred tilnærming, slik at helheten i deres lidelser og livssituasjon ivaretas. Samtidig utvikles det nye behandlingsmetoder som øker behovet for spesialisering innenfor flere medisinske fagområder.

Dette kommer i tillegg til at dagens sykehusstruktur og oppgavefordelingen mellom sykehusene ble utviklet i en tid hvor kunnskap og infrastruktur, herunder både veier og informasjonsteknologi, var svært annerledes enn den er i dag. Dette medfører utfordringer både i forhold til likeverdighet og tilgjengelighet i dagens tjenestetilbud.

Alt i alt står helsetjenesten overfor store utfordringer. En er i en situasjon der det er et økende gap mellom behovene og tilgjengelige ressurser. Behovet for omstilling og klare prioriteringer understrekes av et betydelig ressursbehov, både når det gjelder drift og investering, *for å kunne ivareta pasientenes behov både med et økende antall eldre og med et bredt tilbud av nye behandlingsmetoder.* Det blir derfor i årene fremover svært viktig å gjøre de riktige tingene, slik at en kan prioritere ressursene i samsvar med pasientenes behov, til psykisk helsevern, rus, kronikerbehandling og helsetjenesten for eldre, forebygging, nye behandlingsmetoder o.a. Dette krever gode ledere med vilje til å prioritere. I tillegg er det viktig at ansatte er med på og aksepterer behovet for endringer.

En omprioritering av ressursene vil kreve betydelige omstillinger og et godt forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig i forhold til mottak og vurdering av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp både i legevakt, akuttmottak og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Kompetansen må kunne nyttegjøres og deles i form av ambulante team (tjenester der spesialisthelsetjenesten reiser ut for å ivareta oppfølging av pasientene), mobile røntgenundersøkelser, opplæring og utveksling av helsepersonell, intermedisæravdelinger og "hospital at home" løsninger og annet. Det er nødvendig med samordnet planlegging og enighet om arbeidsdeling, samt varsomhet i omstillingsfaser, slik at ingen tilbud tas ned før andre bygges opp.

3.2 Ønsket utviklingsretning

Morgendagens tjenester må innrettes slik at den enkelte pasient får et trygt og faglig godt tilbud uten unødig venting, enten det gjelder akutte tilstander, oppfølging av kroniske lidelser, eller diagnostikk, behandling og oppfølging av mer sjeldne og komplekse sykdomstilstander. Samtidig må det være kvalitet i alle ledd i tjenesten. For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som er tjenesteleverandør, men pasienten har behov for at alle arbeider sammen for å dekke pasientens behov. Dette betyr at det ikke er nok at den enkelte tjenesteyter eller enhet er god på sine oppgaver. Kvaliteten viser seg gjennom hvordan helheten av tjenester innen somatikk, rus og psykisk helsevern, fra kommunehelsetjenesten, lokalsykehus og spesialiserte sykehus med regions- og landsfunksjoner, evner å trekke samme vei og levere et helhetlig tilbud til pasientene. Helse Sør-Øst har gjennom det pågående arbeidet satt fokus på hvordan sykehusstrukturen, funksjons- og oppgavefordeling, samt koordinering på tvers, skal tilrettelegge for den enkelte tjenesteutøver, slik at tilbudet oppleves som helhetlig for brukeren.

Å etablere en hensiktsmessig struktur og oppgavedeling, som sikrer faglig kvalitet og likeverdig tilgjengelighet, krever endringer i arbeidsdelingen mellom de sykehusene som i

dag eksisterer. Samtidig må en vurdere nye strukturer, både i form av å etablere spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, og i form av endringer innenfor dagens sykehusstruktur. Det er i tillegg behov for mer *forpliktende samarbeid* både mellom sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Hovedstadsprosessen, som i stor grad omhandler hele regionen, søker å gi svar på hvordan en bør utvikle spesialisthelsetjenestens struktur og innhold i et langsiktig perspektiv. Det fremgår her at for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen og møte de fremtidige behov, skal omstillingene bidra til:

- En forståelig og oversiktlig helsetjeneste for brukere og samarbeidspartnere
- Nærhet til og kontinuitet i tjenestene for pasienter med vanlige og kroniske lidelser
- Breddekompetanse tilpasset behovene til pasienter med sammensatte lidelser
- God samhandling som gir helhetlige og koordinerte pasientforløp/behandlingskjeder
- Samling av høyspesialiserte tjenester
- Et styrket tilbud innenfor rus og psykisk helsevern
- Bedre samlet ressursutnyttelse

For omstillingsarbeidet og videreutviklingen av tjenestetilbudet legges det til grunn at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene. Dette innebærer bl.a. å ivareta de lovfestede pasientrettigheter, herunder pasientenes rett fritt sykehusvalg og rett til nødvendig helsehjelp mv.

Trygghet, forutsigbarhet, økt pasientsikkerhet og samhandling er nødvendig for at befolkningen skal ha fortsatt tillitt til spesialisthelsetjenesten. Gjennom å arbeide med å tilrettelegge og beskrive tilbudet til pasienten i hele pasientforløpet, fra henvisning fra kommunehelsetjenesten til lokalsykehus og mer spesialiserte tjenester, vil det skapes trygghet for pasienten og pårørende. En kan også unngå unødig ventetid og bruke ressursene bedre. Det må samtidig gis trygghet for at tjenestene er utviklet ved bruk av beste tilgjengelige kunnskap.

Ved å samle både regionale funksjoner og funksjoner innen sykehusområder vil det kunne sikres bedre faglig kvalitet og skapes grunnlag for fagutvikling, forskning og rekruttering. Det å samle ulike fagområder som er gjensidig avhengig av hverandre, skaper i tillegg større sikkerhet for pasienten, mindre ventetid og bedre ressursutnyttelse.

Ny medisinsk teknologi og informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir nye muligheter for behandling, men krever også nye måter å jobbe på, og derfor behov for endringer i/nye bygg. Ny teknologi gjør at tilbud som i dag bare finnes sentralt kan gjøres tilgjengelig nært der pasienten bor. Flere funksjoner kan i sin helhet ivaretas innen et sykehusområde.

Ny teknologi gir også etiske og ressursmessige utfordringer, blant annet fordi mange av de nye metodene er dyre. Fokus på kunnskapsbasert praksis vil gjøre det lettere å ta i bruk nye metoder og ta ut gamle metoder som ikke virker.

Det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet. For å sikre trygghet og forutsigbarhet er det utarbeidet en omstillingsavtale for alle ansatte i Helse Sør-Øst. Det er et mål å sikre de ansattes kompetanse og at arbeidsplassene utvikles som en konsekvens av omstillingsprosessen.

3.3 Arbeid i tre faser

Hovedstadsprosessen er delt i tre hovedfaser, med sentrale styrevedtak i april og juni 2008. Frem til april 2008 har en særlig sett på prinsipper for sykehusområder og helseforetaks-

struktur, samhandling, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akuttfunksjoner, spesialisert tjenester, regiontilbud mv. Prinsippene er utviklet med utgangspunkt i brede prosesser. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører) deltok i arbeidsgrupper. Dette arbeidet ledet frem til prinsippene som ble vedtatt av styret i sak 038/2008. Nærmere redegjørelse om begrunnelsen for prinsippene finnes i delrapportene fra fase I.

I fasen frem til juni 2008 er dette grunnlaget videreutviklet ved at de syv sykehusområdene har gitt sine innspill til regional strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. I innspillene er lagt til grunn vedtatte rammer og prinsipper, samt supplerende vurderinger i perioden fram til juni. Innspillet fra sykehusområde Sentrum er utarbeidet med utgangspunkt i en prosess ledet av Helse Sør-Øst.

I tillegg har tre arbeidsgrupper levert sine rapporter i denne fasen. En arbeidsgruppe har utredet samlet organisering av spesialisert rehabilitering. Arbeidsgruppa nedsatt for å utrede lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene har levert sin delrapport II om tiltak knyttet til utdanning, kompetanse, fagutvikling og forskning for å understøtte ønsket omstilling, og arbeidsgruppa nedsatt for å utrede universitetsstruktur og universitetsfunksjoner har levert sin sluttrapport.

Med utgangspunkt i innspillene fra de syv sykehusområdene, inklusive arbeidet med omstrukturering av tjenestetilbudet i sykehusområde Sentrum, som er dokumentert i en egen rapport, samt øvrige rapporter og innspill i fase II, er det utarbeidet en samlet sluttrapport fra Hovedstadsprosessen hvor utfordringer, mål og mulige løsninger for hele regionen beskrives. Denne rapporten danner, sammen med styresak 038/2008, utgangspunktet for høringsnotatet.

Omstilling krever fokus på ansatte, bred medvirkning, godt organiserte stab- og støttefunksjoner og god ledelse. Det er derfor samtidig lagt fram saker for styret om HR strategi og 12 prinsipper for medvirkning samt saker om IKT, eiendom og innkjøp.

På bakgrunn av høringen og den videre oppfølgingen i fase III vil Helse Sør-Øst legge frem en samlet regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst for styret i novembermøtet 2008.

4 Tema for høringen

4.1 Utviklingslinjer for hele Helse Sør-Øst

4.1.1 Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Begrunnelse for organisering i større sykehusområder:

Organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder/sykehusområder har som formål at flere tjenester skal kunne ytes desentralt. Ved å differensiere tjenestene innenfor større opptaksområder i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester, kan en sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, både lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester av høy faglig kvalitet og god samlet ressursutnyttelse. Med lokalbaserte spesialisthelsetjenester forstås tjenester for vanlige og sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. Med spesialiserte tjenester forstås tjenester for sjeldnere lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig dybdekompetanse. En stor andel av pasientene vil kunne ferdigbehandles på lokalsykehusnivå (laveste effektive omsorgsnivå – LEON-prinsippet), og de fleste pasientene vil kunne ferdigbehandles innenfor opptaksområdet/sykehusområdet.

Organiseringen og fordelingen av tjenestene skal gi bedre oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne. Det vil også legges til rette for mer helhetlige behandlingsskjeder, samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket samarbeid mellom små og store sykehus (om vaktordninger, ambulerende mv) gode pasientforløp og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene.

Det etableres følgende sykehusområder:

Område	HF	Opptaksområder/kommentarer
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde. Jevnaker kommunes sykehusstilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag. Nes kommunes sykehusstilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag.
Østfold	Sykehuset Østfold HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
Øst	Akershus universitetssykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum. Nes kommunes sykehusstilhørighet til Sykehuset innlandet opprettholdes som i dag. Innfasing av bydel 12 (Alna), som er forutsatt å inngå fra 2010, samt evt. andre grensejusteringer, vurderes i det videre arbeidet. Dekning av kapasitetsbehov innen psykisk helse og rus vurderes i det videre arbeid. Ski sykehus og Folloklinikken inngår som en del av AHUS
Sentrum	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)
Vest	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres. Jevnaker kommunes sykehusstilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.
Telemark/Vestfold	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres.
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
I tillegg kommer Sunnaas sykehus HF, som ikke inngår i noen av de syv sykehusområdene		

Som alternativ til deler av denne inndelingen er det kommet to forslag til alternative løsninger:

- Dele Blefjell sykehus HF, slik at sykehuset i Kongsberg blir en del av sykehusområde Vest, mens Notodden og Rjukan blir en del av sykehusområde Telemark og Vestfold. Dette innebærer at befolkningen hjemmehørende i Telemark får sitt samlede sykehusstilbud i eget fylke.

- Endre opptaksområdet til AHUS, ved at Aker får bydelene i Groruddalen i sitt opptaksområde. Dette skaper imidlertid en utfordring i forhold til en full utnyttelse av kapasiteten på nye AHUS, og som derfor forutsetter utvidelse av opptaksområdet i andre retninger.

Dette er nærmere drøftet i vedlagte rapporter.

For videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder og i Helse Sør-Øst samlet, legges følgende til grunn:

- ✓ Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON).
- ✓ Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.

For å styrke samhandlingen mellom virksomheter/helseforetak innenfor et sykehusområde legges følgende prinsipper til grunn:

- ✓ Sykehus innenfor et sykehusområde skal etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette.
- ✓ For å sikre et bredt og faglig godt lokalbasert tilbud i sykehusområdet og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulerende av spesialister, gjensidig hospitering mellom "søsteravdelinger", og legges til rette for at spesialister kan inngå i vaktordninger ved annet sykehus enn det som er spesialistens hovedtjenestested.

For å sikre koordinering, samarbeid og bedre pasientflyt innad i sykehusområdene kan følgende virkemidler og styringsmodeller benyttes. Disse legger i ulik grad til rette for den ønskede koordinering av rutiner og faglig praksis, samt utveksling av kompetanse/personell:

- ✓ Samsvar mellom sykehusområde og helseforetaksstruktur. Ett helseforetak gir en ledelse som gjennomgående styrer utviklingen både i et langsiktig og et kortsiktig perspektiv. Ett felles helseforetak vil en ha vesentlig flere virkemidler enn ved andre avtalebaserte løsninger, og en har større mulighet til å samle kompetansen i større fagmiljøer. En slik løsning gjør det også mulig for ansatte å arbeide på tvers av enheter innenfor sykehusområdet. Ett helseforetak innebærer en ledelsesmessig endring og ikke nedleggelse av sykehus. Dermed opprettholdes et fortsatt desentralisert tilbud.
- ✓ Samling av tjenestene. Det regionale helseforetaket kan vedta samling av spesialiserte funksjoner og akuttfunksjoner ett sted i et sykehusområde og på tvers av helseforetak. Ved samling oppnås at alle tjenester innenfor ett fagfelt legges under felles linjeledelse. Dette vil gi felles faglige prosedyrer. Samling i en avdeling trenger ikke bety at tjenestene bare ytes ett sted. En avdeling kan være organisert med en hovedavdeling og satellitter, evt. poliklinisk tilbud, på andre lokalisasjoner. Dette må skje på en måte som sikrer entydige ansvarslinjer.

- ✓ Avtalebasert samarbeid. Samhandlingen kan nedfelles i samarbeidsavtaler mellom to eller flere helseforetak. I avtalen fastsettes det hvilke områder en skal samarbeide om. Innenfor en overordnet avtale kan det inngås avtaler også på de enkelte fagfelt, for å sikre felles rutiner og utvikling av faglige prosedyrer. Innenfor sykehusområder som har mer enn ett helseforetak skal det inngås samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Avtalene skal legge grunnlaget for underordnede avtaler som regulerer samarbeid om tjenester, koordinering og rutiner. Avtalene vil inngå i driftsavtalene mellom det regionale helseforetaket og det enkelte helseforetak.
- ✓ Frivillig samarbeid. Den minst forpliktende formen for koordinering vil være frivillige samarbeid. Koordinering av denne typen etableres etter initiativ fra ledere på den enkelte avdeling. Modellen baseres på at de resultatansvarlige lederne får ansvaret for samarbeidet innen sine ansvarsområder. Samarbeidet forankres i helseforetakets ledelse.

4.1.2 Forpliktende samhandling med kommunene

Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skal skje i en forpliktende samhandling med kommunene. Forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet er avgjørende for å sikre en samlet tjeneste av god kvalitet med gode pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Følgende legges til grunn:

- Helse Sør-Øst RHF skal ta initiativ til en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis KS og Oslo kommune, i samsvar med den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.
- Eksisterende avtaler mellom helseforetakene og kommuner/bydeler videreutvikles. Avtalene skal sikre klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Det etableres samarbeidsutvalg med myndighet til å forvalte avtalene og håndtere innhold og eventuelle avvik. Samarbeidsutvalgene skal ha representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene.
- Samhandlingen må være målrettet i forhold til forbedring av tjenestene. Målet er best mulige pasientforløp og god planlegging og koordinering av tjenestene, slik at akuttinnleggelse og unødvendige reinnleggelse forebygges.
- Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal organisere sin virksomhet slik at gjensidig utveksling av kompetanse finner sted.
- Helseforetak og kommuner bør samarbeide om å utvikle et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedisæravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttinntak mv. Dette forutsetter varig, gjensidig og forpliktende samarbeid.
- Det må etableres IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene

For å sikre tjenester som er innrettet mot å møte behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, skal lokalsykehus og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenester styrkes. Det er behov for en særskilt innretning og kompetanse for å møte behovene disse pasientene har, både i forhold til diagnostikk, behandling og oppfølging. Breddekompetanse og god samhandling med kommunene er vesentlig.

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av lokalbaserte spesialisthelsetjenester:

- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde.
- Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. Helseforetakene skal sikre at volumet på de tjenestene som ytes, er stort nok til å til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus, for å kunne avdekke og rette opp feil.
- Akuttfunksjoner ved lokalsykehus skal utvikles i samsvar med Regjeringens framlegg om dette i RNB. Behovet for akuttfunksjoner ved lokalsykehus sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet (se avsnittet om akuttfunksjoner).
- I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal det normalt inngå polikliniske og elektive tjenester.
- Lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud, for eksempel distriktsmedisinske sentra.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus må utvikle breddekompetanse. Virksomheten må organiseres på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser, herunder psykiske og rusrelaterte lidelser. Lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus skal tydeliggjøres.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med tverrfaglig spesialisert rusbehandling menes den delen av rusbehandling som foregår i spesialisthelsetjenesten og som forutsetter både sosiofaglig og helsefaglig kompetanse.
- Distriktspsykiatriske sentra (DPS) er psykisk helsevernens lokalsykehusfunksjon og skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner.
- Helseforetakene skal utvikle det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være viktig å etablere et tilbud til ikke-selvhjulpne pasienter og pasienter som trenger et dag- eller døgntilbud i nærheten av hjemmet. Ambulante rehabiliteringstjenester skal inngå som en del av lokalsykehusfunksjonen.
- Lokalsykehus/lokalsykehusfunksjonen skal drive pasientopplæring og etablere lærings- og mestringssentre i et nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet.

4.1.4 Prinsipper for pasientopplæring og læring- og mestringstilbud

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av pasientopplærings- og lærings- og mestringstilbud:

- LMS skal inngå som aktiv part i helseforetakets sykdomsforebyggende arbeid.

4.1.5 Prinsipper for organisering av akuttfunksjoner

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av akuttfunksjoner i sykehusområdene:

- I utviklingen av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder vil Helse Sør-Øst legge til grunn de nasjonale standardene for akuttfunksjoner ved lokalsykehus og Regjeringens ønske om videre utbygging av felles akuttmottak samt faglige anbefalinger om mer samling av funksjoner.
- I tråd med Regjeringens påpekning om at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold, og forslag om å etablere lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil den videre utvikling av helseforetakenes

akutfunksjoner måtte skje med utgangspunkt i gode lokale prosesser, med bred involvering, innenfor sykehusområdene.

- Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. spesialiserte funksjoner.
- Det må etableres forpliktende nettverk mellom helseforetak innenfor et sykehusområde, som sikrer faglig koordinering av akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder.
- Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.
- Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal legges til rette for tettere integrering av fastleger/legevakt i det totale akuttmedisinske tilbudet.
- Alle helseforetak skal etablere et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak.
- Det skal sikres kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet. Helse Sør-Øst RHF vil nedsette en arbeidsgruppe for å utrede organiseringen av de prehospitale tjenester i regionen.

4.1.6 Prinsipper for organisering av spesialiserte funksjoner

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter:

- Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.
- Sykehusområder som ikke samler spesialiserte funksjoner må sikre faglig koordinering av slike funksjoner. Dersom sykehusområdet består av flere helseforetak må dette forankres i en overordnet forpliktende samarbeidsavtale.
- Oppbygging av nye funksjoner innen et sykehusområde må vurderes ut fra faglige kriterier og økonomiske betraktninger. Oppbygging av funksjoner i sykehusområdene må ikke føre til at etablerte, gode flerregionale fagmiljøer mister sin kvalitet, gir utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet, eller økt behov for legespesialister som derved reduserer andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppbygging og nyetablering av funksjoner innen sykehusområdene.

4.1.7 Prinsipper for organisering av regionale funksjoner

- ✓ Regionale funksjoner skal ikke dubleres og bare foregå et sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling.
- ✓ Helse Sør-Øst vil fullføre arbeidet som så langt er gjennomført i Hovedstadsprosessen med å avklare hva som skal være regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner innen somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering. Opplegg for og organisering av videre prosess vil avklares i fase III. Når beslutning er fattet vil dette formidles aktuelle helseforetak i driftsavtalen.
- ✓ Regionsavdelingene/-funksjonene innen både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering skal ivareta en regional rådgivningsfunksjon. Det samlede rådgivningsansvaret for regionsavdelingen skal utøves i et faglig nettverk med fagavdelinger fra områdene og ledes av regionsavdelingen. Sammensetningen av fagnettverkene må sikre tilstrekkelig innflytelse for fagpersoner fra sykehusområder utenfor Sentrum, samt brukerrepresentasjon. Vurderingene må legge til grunn målet om faglig kvalitet og god ressursutnyttelse og politiske føringer om at det som kan desentraliseres, skal

desentraliseres. Rådene må bygge på dokumentert kunnskap, i den grad slik finnes. Fagnettverket må sikre at rådene etableres gjennom gode prosesser der det ivaretas forankring og dialog med det samlede fagmiljøet, slik at det skapes legitimitet for rådene som gis. Fagnettverket er rådgivende overfor Helse Sør-Øst. Innspill skal formidles på avtalt måte, slik at disse kan legges til grunn ved utforming av driftavtaler med helseforetakene. Regionsavdelingene/-funksjonene skal rapportere fra fagnettverket en gang i året. Regionsavdelingene skal sikre likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen og rapportere i årlig melding om dette.

- ✓ Nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet ivaretas og sikres.

4.1.8 Rikshospitalets rolle

- ✓ Mange av de funksjoner som i dag er regulert som lands- og flerregionale funksjoner er lokalisert i Helse Sør-Øst. I det videre arbeid vil en sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivarettatt og videreutviklet.

4.1.9 Prinsipper for organisering av rehabilitering

- ✓ Sykehusområdene skal utforme områdevisse planer for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles, for å dekke behovet for spesialiserte og lokalbaserte rehabiliteringstjenester, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøpsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Planene må tilpasses når ny regional plan for habilitering og rehabilitering foreligger. Det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet må utvikles i samarbeid med kommunene i eget opptaksområde.
- ✓ De mest spesialiserte rehabiliteringsfunksjonene (regionsfunksjonene) skal organiseres i ett foretak. Dette innebærer at de regionale funksjonene ved Sunnaas sykehus HF og Rikshospitalet HF (SSR) samles. Det må utredes hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene for å styrke rehabiliteringstilbudet. Det skal også utredes om og evt. hvordan multitraume-rehabiliteringen kan inkluderes i foretaket.
- ✓ Det regionale rehabiliteringsforetaket får i oppdrag å utforme forslag til ny regional plan for habilitering og rehabilitering i samarbeid med øvrige fagmiljøer.

4.1.10 Prinsipper for rus og psykisk helsevern

Følgende prinsipper legges til grunn for utvikling av tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

- Sykehusområdene skal utvikle handlingsplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for sykehusområdet, med spesielt fokus på implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, for å samordne arbeidet overfor NAV. Som del av dette arbeidet skal det utvikles samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, etableres fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/ møteplasser.
- Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredningsprosess knyttet til å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres innen rusfeltet.
- Helse Sør-Øst skal utpeke enheter i hvert sykehusområde som ivaretar akuttfunksjon etter § 3-1 i lov om spesialisthelsetjenester.
- Døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen.
- Helseforetakene skal etablere forpliktende samhandlingsavtaler mellom de ulike nivåene innenfor TSB, mellom TSB og psykisk helse/somatikk og mellom TSB og

kommunene. Slike avtaler må forankres i overordnede samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og mellom helseforetak og kommuner.

- Helseforetakene skal bygge opp ambulante tjenester som kan bidra til lavere terskel inn i TSB for pasientene, være viktig bindeledd mellom poliklinikk og døgnenheter og sikre aktiv samhandling med kommunenes tjenester.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jmfør tidligere).
- Helse Sør-Øst skal samle rustilbudet i sykehusområdet Sentrum ved ett av lokalsykehusene.

✓ Følgende prinsipper legges til grunn for utvikling av tilbudet innen psykisk helsevern:

- Sykehusområdene/helseforetakene skal ved de organisatoriske løsninger som velges bidra til å sikre enhetlig ledelse innenfor psykisk helsevern.
- I sykehusområde Sentrum anbefales at helhetlig ledelse ivaretas ved at DPS, akutt-funksjoner (sentralsykehusfunksjoner) og døgntilbud (sentralsykehusfunksjoner) innen psykisk helsevern på alle tre lokalsykehus. Regionale funksjoner og hoveddelen av forskningen innen psykisk helsevern legges til det offentlige lokalsykehuset i Sentrum for å sikre en faglig spydspiss innen psykisk helsevern og rus.

4.1.11 Overkapasitet må reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning

- ✓ Det foretas en omfordeling av liggedøgnkapasiteten mellom fagområder i tråd med fremtidig behov.
- ✓ Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter må utnyttes optimalt, og det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres.
- ✓ Opptrappingsplanens intensjoner om mer lik tilgjengelighet til tjenestene innen psykisk helsevern realiseres. Målet innen psykisk helsevern for voksne er mindre variasjon i forbruk mellom helseforetakene og bedre oppgavefordeling mellom sykehus og DPS (med fordeling 50/50 i 2015).
- ✓ Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås. Eksisterende hensiktsmessige bygg og behandlingsplasser må utnyttes slik at de pasienter som i dag behandles i gamle uhensiktsmessige bygg får bedre behandlingstilbud. Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres. Frigjort ressurser brukes til å sikre den foreslåtte omstruktureringen innenfor psykisk helsevern.

4.1.12 Forutsigbare relasjoner til de private aktørene

- ✓ Private aktører er en viktig ressurs i helsetjenesten og skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. Det er et mål at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. i tråd med vedtatt strategi i Helse Sør-Øst RHF (styresak 020-2008). Dette skal ivaretas ved at driftsavtalene utformes gjennom gode prosesser der Helse Sør-Øst RHF, aktuelle helseforetak og aktuelle private leverandører deltar og samarbeider.

4.1.13 Gevinstrealisering

Kvalitet

God kvalitet gir som hovedregel god ressursutnyttelse. I tråd med dette er det en forventning om at implementering av prinsippene/målbildet for omstillingene vil gi bedre samlet ressursutnyttelse. Formålet med strukturendringene, herunder endringer i funksjons- og oppgave- deling, er å understøtte kvalitet i tjenestene og god drift. Det forventes for eksempel at

behandling på riktig nivå (laveste effektive omsorgsnivå) og koordinerte behandlingsskjeder/pasientforløp gir god ressursutnyttelse til pasientenes beste.

Godt koordinerte behandlingsskjeder og god samhandling med kommunene vil blant annet kunne redusere antallet unødige innleggelses, redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelses og bedre planlegging for pasient og pårørende. Det vil også sikre raskere tilbakeføring til hjemmet og derigjennom bedre livskvalitet. Videre er det å forvente at samling av spesialiserte funksjoner og samling/faglig koordinering av akuttfunksjoner innen kirurgi og ortopedi både vil gi bedre kvalitet og reduserte kostnader som følge av blant annet færre parallelle vaktlag. Tiltakene vil også overordnet sett, ved å bidra til bedre kvalitet, kunne redusere antallet feil og uheldige hendelser, som påfører helsetjenesten mange unødige kostnader, i tillegg til den lidelse de påfører pasientene.

Til tross for at gevinster er å forvente som følge av de omstillingene som foreslås, kan en ikke ta for gitt at disse oppnås. Tidligere omstillingsprosesser har vist at uten et kontinuerlig fokus på mål, knyttet både til faglig kvalitet og ressursutnyttelse, er det ikke sikkert at de forventede gevinstene oppnås. Evaluering av tidligere fusjoner bekrefter dette.

Det er derfor viktig både å sette klare mål for gevinster som skal realiseres, og å definere tiltak, i form av en implementeringsplan, for å nå disse målene. Ved beregning av gevinster må det også hensyntas nødvendige kostnader, i form av investeringer mv., som påløper for å kunne realisere gevinster. Videre er det nødvendig med kontinuerlig ledelsesoppmerksomhet mot målene og oppfølging av tiltakene/planen.

I tillegg til å ha fastsatte mål, både i form av kvalitative og ressursmessige gevinster, som skal hentes ut av utviklings- og omstillingsarbeidet, og en tydelig implementeringsplan med veldefinerte tiltak for å nå disse, vil det også være nødvendig å gjennomføre en evaluering av om de overordnede målene faktisk oppnås.

Helse Sør-Øst tar sikte på å følge følgende kvalitetsindikatorer:

- 5-års overlevelse for de fire store kreftformene, dvs. prostata-, bryst-, lunge- og tykktarms- og endetarmskreft
- Pasienttilfredshet
- Andel av pasientene som får individuell plan
- Epikriser, jfr. nasjonal kvalitetsindikator
- Korridorpasienter, jfr. nasjonal kvalitetsindikator
- Nifu-poeng (forskningspoeng)

I tillegg til å se på indikatorer for de overordnede kvalitetsmålene vil en etablere indikatorer som forteller om de faktiske endringene som Helse Sør-Øst ønsker i struktur og organisering av tjenestetilbudet, realiseres. Dette vil utvikles nærmere i fase III. Det vil også bli gjort ytterligere kvalitetssikring av det underliggende tallmateriale og konsekvens og risikovurderinger.

Økonomi

Det er iverksatt tiltak for å ta ut stordriftsfordeler innen stab, støtte, innkjøp mv. Det forventes også at en mer effektiv arealutnyttelse gir bedre ressursutnyttelse, herunder mindre vedlikeholdsutgifter og dermed ressurser til nødvendige omstillinger.

I fase 2 av hovedstadsprosessen er det ikke gjort konkrete estimater for økonomiske gevinster. Oppmerksomheten i denne fasen har vært rettet mot å utvikle det langsiktige målbildet for innrettingen av tjenestetilbudet frem mot 2020 og videre.

I den videre prosessen vil det bli gjennomført mer detaljerte estimater knyttet til gevinstpotensialet, både i form av gevinster knyttet til driftsøkonomi og til fremtidige kostnadsunnngåelser. I tillegg vil det bli gjort mer omfattende analyser av investeringsbehovet.

4.2 Utviklingslinjer for sykehusområde Sentrum

Det vises til vedlagte rapport fra sykehusområde Sentrum.

4.2.1 Utfordringene i Oslo

Utfordringene med hensyn til samordning og oppgavefordeling er størst i Oslo. For å lykkes med omstillingen i hele Helse Sør-Øst er det derfor avgjørende å lykkes med organiseringen i Oslo. Derfor vies hovedstaden stor oppmerksomhet.

I 2011 blir opptaksområdet for sykehusområde sentrum redusert fra 610 000 til 450 000. En befolkning på 160 000 får et nytt tilbud når det nye Akershus universitetssykehus tas fullt ut i bruk.

Sykehusområdet sentrum betjenes i dag av tre helseforetak; Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Aker universitetssykehus HF, i tillegg til de to private sykehusene Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus AS. Sykehusene i sentrum befinner seg alle innenfor korte avstander. Manglende arbeidsdeling og dublering av en rekke tjenester gjør behandlingstilbudet uoversiktlig. Det er i dag et betydelig gap mellom målene som er satt for omstillingen og den reelle situasjon.

I utarbeidelse av ny modell for hovedstaden er det lagt til grunn en rekke prinsipper, og det er tatt utgangspunkt i de spesielle utfordringene som eksisterer i området. Disse omhandler blant annet en klarere rolledeling og differensiering mellom sykehusene, samt en mer rendyrket lokalsykehusfunksjon.

4.2.2 To ulike modeller for organisering i sykehusområde Sentrum

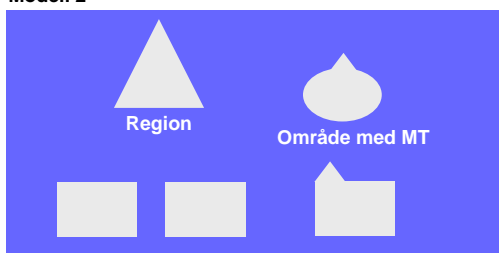
Det er i prosessen vurdert seks alternative mål bilder av område- og regionnivået, samt ulike muligheter for innretning av lokalsykehus tilbudet. Basert på innspill er to modeller utarbeidet i detalj. Modell 1 fremmes som det foretrukne alternativ, mens modell 2 legges frem som et subsidiært alternativ.

Modell 1



Ett samlet somatisk region- og områdesykehus – et faglig kraftsenter for regionen og landet, og områdesykehus for Hovedstaden Sentrum.

Modell 2



Et somatisk regionsykehus for regionen og landet, med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene

Et områdesykehus, med Multitraume og tilhørende regionsfunksjoner

4.2.3 Felles for modellene

Felles for begge modeller er at regionsfunksjoner samles i størst mulig grad.

Lokalsykehustilbudet til Oslos befolkning samles til ett helseforetak i tillegg til videreføring av avtalen om kjøp av lokalsykehustjenester fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Disse tre lokalsykehusene skal sammen dekke byens behov for spesialisthelsetjenester innen akutt indremedisin, tilby en del elektive tjenester og ha tilbud innen rus og psykisk helsevern.

I begge modellene gis Aker universitetssykehus et regionsansvar for psykisk helsevern og rusbehandling.

I samarbeid med Oslo kommune planlegges etablert en storbylegevakt. Storbylegevakten og primærhelsetjenesten utgjør inngangsporten til byens sykehus.

4.2.4 Modell 1:

Region- og områdefunksjoner samles i ett helseforetak med hovedvekt på én lokasjon. Dette vil styrke forskning og fagutvikling innen den spesialiserte medisinen. Samtidig vil lokalsykehusnivået gjennom etablering av robuste og rendyrkede lokalsykehus fremstå tydeligere og med større styrke. Ullevåls lokalsykehusfunksjoner samorganiseres gradvis med Akers.

Å samle Ullevåls og Rikshospitalets område- og regionoppgaver på én lokasjon vil kreve utvidelse av eksisterende bygningsmasse. Dette vil medføre et større investeringsbehov enn i modell 2.

Behovet for investeringer og økonomiske konsekvenser av nybygg vil vurderes nærmere, også vurdert opp mot kostnader ved å forsette drift på flere lokasjoner og vedlikeholdskostnader i gammel bygningsmasse. Ved vurdering av investeringer legges investeringsrammer til grunn, og prioriteringer foretas i hht de rutiner som tidligere er vedtatt i Helse Sør-Øst. Inntil et nybygg er realisert vil modellen innebære at sykehuset drives videre på to hovedlokasjoner.

Samarbeidorganets utredning om universitetssykehusfunksjoner støtter opp om modell 1, som i særlig grad styrker forskning og utdanning (se Sentrumsrapporten)

4.2.5 Modell 2:

Denne modellen beskriver en todelt struktur med ett regionssykehus med landsfunksjoner og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionsfunksjoner. I tillegg kommer den samme lokalsykehusstrukturen som er beskrevet i modell 1.

Modellen vil innebære at lands- og regionsfunksjoner i størst mulig grad samles ett sted. For enkelt fag bør de suppleres med områdefunksjoner, siden regionfunksjonene kan ha for lite omfang til å forsvare egen lokalisering. Akuttkirurgi, multitraume med nødvendige regionfunksjoner og områdefunksjoner for sykehusområde Sentrum samles et annet sted. En rekke funksjoner flyttes mellom Rikshospitalet og Ullevål, men med fortsatt mange dublerede fagmiljøer.

Ingen av foretakene i Sentrum har modell 2 som preferert målbilde på lang sikt. Modell 2 innebærer en mindre omfattende omstilling av sykehusstrukturen i Oslo.

I denne høringen bes det om innspill på hva som er ønsket modell for sykehusområdet sentrum. Målet er et helhetlig pasienttilbud for Oslos befolkning.

4.3 Øvrige sykehusområder

For de øvrige sykehusområder er det utarbeidet egne rapporter. Disse er tilgjengelige på www.helse-sorost.no

Basert på innspillene fra de seks sykehusområdene kan det gjøres følgende oppsummering av noen overordnede problemstillinger knyttet til utviklingen i disse sykehusområdene, sett i lys av prinsippene lagt til grunn i styresak 038/2008:

Øst

Den sentrale problemstillingen i innspillet fra sykehusområde Øst er om Akershus universitetssykehus har kapasitet til å ta ansvar for befolkningen i det opptaksområdet som er foreslått lagt til dette sykehusområdet når nye Ahus åpner i 2011. Ahus vil etter de beregninger som er gjort av både AHUS og Helse Sør-Øst være i stand til å overta ansvaret som lokal- og områdesykehus i somatikk for befolkningen i hele det foreslåtte opptaksområdet 1. januar 2011. Når det gjelder psykisk helsevern viser beregningene at dersom Ahus overtar Alna DPS og Folloklinikken utbygges, er trolig DPS-kapasiteten tilstrekkelig. Når det gjelder psykiatriske døgnplasser mangler imidlertid anslagsvis 60 senger, som ikke kan dekkes innenfor vedtatte investeringer på nye Ahus. Før AHUS overtar ansvaret innenfor psykisk helse er det derfor behov for en avklaring om behandlingen skal skje i de lokalene der Aker i dag har sykehusfunksjoner for Follo's befolkning, eller om det er mulig å etablere sykehusfunksjoner for psykisk helse på Nordbyhagen (Lørenskog).

Vest

Det er flere sentrale problemstillinger i innspillet fra sykehusområde Vest. Ett er forslaget om å fusjonere de fire helseforetakene til ett samlet helseforetak. I tillegg foreslås å dele Blefjell sykehus mellom sykehusområdene Vest og Telemark/Vestfold, jamfør tidligere. Forslaget innebærer at driftsstedet Kongsberg blir en del av sykehusområde Vest, mens Notodden og Rjukan blir en del av sykehusområde Telemark og Vestfold. En slik deling vil samsvare med tradisjonell og geografisk tilhørighet for innbyggerne i disse områdene. En slik deling er omstridt, og i rapporten fra sykehusområde Vest understrekes det at dette må utredes nærmere.

Styret ved Ringerike Sykehus har sendt et eget innspill der styret anbefaler at tilbudet ved Ringerike sykehus i all hovedsak opprettholdes som det er i dag.

En annen sentral problemstilling i sykehusområde Vest er knyttet til organiseringen av spesialiserte funksjoner og akutfunksjoner innen kirurgi/ortopedi. I innspillet foreslås på kort sikt å videreføre dagens situasjon der områdefunksjonene er delt på Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud. På lengre sikt skisseres ulike løsninger, avhengig av om det bygges nytt sykehus. Det fremmes ingen klare forslag med hensyn til organiseringen av de kirurgiske/ortopediske akutfunksjonene.

Innlandet

Den mest sentrale problemstillingen i innspillet fra sykehusområde Innlandet er knyttet til samling av akutfunksjoner og spesialiserte funksjoner. På grunn av bosettingsmønsteret og store avstander i Hedmark og Oppland ønsker Sykehuset Innlandet å videreføre og videreutvikle den hovedstrukturen som styret for Sykehuset Innlandet HF vedtok i juni 2006. Dette innebærer at det i Sykehuset Innlandet ikke vil finnes noe hovedsykehus eller områdesykehus. I den framtidige utviklingen vil det søkes en balansert utvikling mellom sykehusenhetene. Det anses likevel hensiktsmessig å gradvis søke mer tydelige utviklingsprofiler (funksjonsprofiler) for de ulike sykehusenhetene, slik at de ikke nødvendigvis har de samme funksjonene, men har funksjoner som kompletterer hverandre i en logisk helhet. Det understrekes at en utvikling som beskrevet setter krav til at det utvikles et sterkt nettverk og en god samarbeidskultur mellom de ulike sykehusene i foretaket.

Telemark/Vestfold

De sentrale problemstillingene i innspillet fra sykehusområde Telemark/Vestfold er knyttet til styringsstruktur og fordeling av akuttfunksjoner og spesialiserte funksjoner. I innspillet fra foretaksledelsen ved Psykiatrien i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark foreslås å opprettholde dagens foretaksstruktur med to fullverdige akuttpsykehus som også er selvstendige organisatoriske og juridiske enheter. Dette innebærer at det ikke foreslås endringer i fordelingen av akuttfunksjoner eller spesialiserte funksjoner. Det foreslås at videre samarbeid bygger på frivillighet, drøftinger og vilje til enighet. Fagmiljøene skal selv drive fram det faglige samarbeidet mellom likeartede enheter. Ledelsens oppgave skal være å tilrettelegge for, og stimulere, til slikt samarbeid.

Østfold

I innspillet fra Sykehuset Østfold fremkommer at utviklingen innenfor foretaket i stor grad følger prinsippene styret har lagt til grunn. Sykehuset Østfold ser omstillingsarbeidet i nær sammenheng med planleggingen av nytt sykehus på Kalnes. Helseforetaket er i gang med et forslag til en langsiktig, bærekraftig funksjonsfordeling mellom et nytt sykehus på Kalnes, sykehuset i Moss og de distriktpsikiatriske sentrene. Her vil det inngå et forslag til fordeling av områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner. Dette forslaget skal være klart i løpet av 2008.

Sørlandet

Sørlandet sykehus har siden helseforetaket ble etablert i 2003 drevet et omstillingsarbeid som i hovedsak er sammenfallende med de prinsipper som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i april 2008. Det pågår en revisjon av sykehusets strategiplan som tydeliggjør funksjons- og oppgavefordelingen mellom de ulike lokasjonene. Sluttebehandling av strategiplanen vil skje etter at strategi for Helse Sør-Øst er vedtatt.

5 Konkrete spørsmål til høringsinstansene

I denne fasen av prosessen er det ikke konkludert verken på organisering eller geografiske plasseringer. Det er ikke foretatt beslutninger vedrørende fjerning av avdelinger, sengeposter eller flytting av ansatte. I høringsperioden vil Helse Sør-Øst RHF arbeide videre med kvalitetssikring og konsekvensvurdering av løsningene. Aktuelle dokumenter vil fortløpende bli publisert og dermed være tilgjengelig for høringsinstansene. Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til møter med fylkeskommuner, kommuner, helseforetak og andre interessenter.

1. Det bes om synspunkter på ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen. Det vises til kapittel 4 og den punktwise fremstillingen av prinsipper og alternativer. Vil en utvikling i den retningen Helse Sør-Øst presenterer bidra til:
 - En bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse.
 - At pasientenes behov settes i sentrum og befolkningens behov for tjenester av høy kvalitet sikres?
2. Formålet med organisering i større sykehusområder er å gi pasientene et mer helhetlig tilbud. I lys av dette bes det om synspunkter på inndelingen i sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse.
3. Hva er det viktig at Helse Sør-Øst legger vekt på ved valg av styringsmodell innenfor sykehusområdene? Herunder:

- a) Hvilke styringsmodeller legger best til rette for å oppnå målene om å styrke lokal-baserte og spesialiserte tjenester, samhandling mellom sykehus og med kommunene, samt brukermedvirkning og pasientopplæring?
 - b) Hva er fordeler og ulemper ved eventuell fusjon i sykehusområdene?
4. I høringsnotatet beskrives to modeller for sykehusområde Sentrum. I modell 1 beskrives et samlet somatisk region- og områdesykehus (Ullevål og Rikshospitalet fusjoneres). I modell 2 beskrives ett somatisk regionsykehus med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene (Rikshospitalet) og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionfunksjoner (Ullevål). I begge modeller legges opp til tre robuste lokalsykehus.
- a) Hvilken modell vil høringsinstansene anbefale?
 - b) Hvordan kan valgt løsning best realiseres?
 - c) Hvilke konsekvenser vil valgt løsning ha for utvikling av tilbudet i sykehusområdet?
 - d) Finnes det andre modeller som bør legges til grunn for organisering av sykehus-tilbudet i sykehusområde Sentrum?
5. Hvilke tiltak vil best kunne bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i regionen? Har høringsinstansene synspunkter på forslaget om å samle alle regionale funksjoner i ett rehabiliteringsforetak?
6. I hvilken grad kan de ulike forslagene til endringer påvirke utvikling og ivaretagelse av kompetanse, fagmiljø, medarbeidernes arbeidssituasjon og arbeidet med å utvikle et godt arbeidsmiljø?
7. Har høringsinstansene forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke bruker-perspektivet i omstillingsprosessen?
8. God samhandling med kommunehelsetjenesten er avgjørende for å sikre helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse. Det bes om synspunkter på foreslåtte innretning av tjenestene og særskilte tiltak for å styrke samhandlingen mellom nivåene.
9. Er det andre problemstillinger eller løsninger høringsinstansene ønsker å påpeke? Alternative løsningsforslag for å nå målene?
10. For å skape god forankring og legitimitet for de løsninger som fremmes til beslutning etter høringsrunden, er det ønskelig at innspillene fra høringsinstansene er basert på brede drøftinger som skaper forankring. Høringsinstansene bes gi en kort beskrivelse av hvilken prosess som ligger bak høringssvaret.

Det vises til vedlagte prosjektrapporter:

- Omstillingsprogrammet, innsatsområde 1 – Hovedstadsprosessen - Samlet sluttrapport
- Omstillingsprogrammet innsatsområde 1 – Hovedstadsprosessen - Rapport område Sentrum (15. juni, 2008)

Siste frist for å sende inn skriftlige innspill er **mandag 20. oktober 2008**.

Innspillene sendes elektronisk til følgende e-postadresse: postmottak@helse-sorost.no