

Utskrift av møteprotokoll

Styret i Helse Sør-Øst RHF Møtedato: 16.-17. april 2008

Sak:

038-2008	OMSTILLINGSPROGRAMMET – INNSATSOMRÅDE 1. HOVEDSTADSPROSESSEN
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst slik det er beskrevet i styresak 068-2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*. Formålet med omstilling er å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden.

Programmet skal sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Målet med programmet er å sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi. Denne forutsetter 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*

Arbeidet med *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* videreføres frem mot styrebehandling i juni 2008. Det forutsettes at administrerende direktør prioriterer det videre arbeidet slik at man ivaretar de overordnede målene samtidig som man sikrer uttak av nødvendige kvalitative og økonomiske gevinster for å kunne møte de fremtidige behov.

Det legges frem en samlet fremstilling av omstillingsprogrammet med forslag til en helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst i junimøtet.

Strategien skal bygge på de premisser som er gitt i denne saken og de innspill og vurderinger som fremkommer i prosessen frem til juni.

Styret legger til grunn følgende for det videre arbeid med Hovedstadsprosessen:

1. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.
2. Det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet, i samsvar med styrets vedtak i sak 049-2007 *Oppfølging av oppdragsdokumentet - medvirkning og involvering i arbeidet med innsatsområdene*. For å sikre trygghet og forutsigbarhet vises det for øvrig til arbeidet med å utarbeide 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. Det må gjennomføres betydelige omstillinger av dagens tjenestetilbud i Helse Sør-Øst. Ressurser som frigjøres ved omstrukturering og omstilling skal brukes til å utvikle et tjenestetilbud 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 innenfor dagens inntektsramme. Det legges opp til en langsiktig strategi med omstillinger som gjennomføres på kort og lengre sikt.

4. Omstillingene skal sikre en helhetlig utvikling for befolkningen i hele regionen i tråd med god kvalitet og god ressursutnyttelse. Dette innebærer at tjenestene i hovedstaden og regionale funksjoner samordnes, samtidig som det legges opp til en helhetlig strategi for utvikling av tjenestene i hele regionen. Dette for å sikre en fortsatt desentralisert spesialisthelsetjeneste av god kvalitet.
5. Prinsippet om inndeling i sykehusområder legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Følgende sykehusområder, med de merknader som framgår av saksutredningen, legges til grunn for videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet:

Sykehusområde	Omfatter følgende HF
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF
Østfold	Sykehuset Østfold HF
Øst	Akershus universitetssykehus HF
Sentrum	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus
Vest	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF
Telemark/Vestfold	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF

6. For videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder og i Helse Sør-Øst samlet, legges følgende til grunn:
 - a. 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). 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.
 - b. Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skjer 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.
 - 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 må sikre en 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 akuttinnleggelses og unødvendige reinnleggelses 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 intermedieravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttmottak 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.
- c. For å styrke samhandlingen mellom virksomheter/helseforetak innenfor et sykehusområde legges følgende prinsipper til grunn:
- Sykehus innenfor et sykehusområde må 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, bør det etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulerende 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.
- d. 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.
 - Lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akutfunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner skal som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis, anestesileger i døgnberedskap, samt en enklere kirurgisk beredskap.
 - 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.
 - Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 - Distriktpsikiatriske sentra (DPS) er psykisk helseverns 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.
 - 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.
- e. Akutfunksjoner

- Ett sykehus innenfor hvert sykehusområde skal normalt ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester. Der lokale forhold tilsier at slike akutfunksjoner skal finnes på flere sykehus, organiseres dette i et samarbeid mellom sykehuset som innehar koordineringsansvar og det enkelte lokalsykehus.
 - Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. sykehusområde for spesialiserte funksjoner, med konfererings-/bakkvaksansvar for andre sykehus.
 - 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.
- f. Prehospitale tjenester
- Det må sikres kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet
- g. For utformingen av de spesialiserte funksjoner legges følgende til grunn:
- 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.
 - Døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen.
- h. For utviklingen av de regionale funksjoner legges følgende til grunn:
- Regionale funksjoner skal ikke dubleres og bare foregå et sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling.
 - Regionavdelingen gis en regional rådgivningsfunksjon for endringer i tjenestetilbudet. Avdelingen har ansvar for å vurdere og anbefale bruk av nye metoder og for å implementere nasjonale retningslinjer og prosedyrer. Avdelingen skal ha et ansvar for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og gi "second opinion". Avdelingen skal sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen.
- i. Følgende prinsipper til grunn for utvikling av framtidig behandlingsskapasitet:
- 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 behandlingssplasser 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.

- j. Arbeidet med å utforme forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen videreføres og legges frem for styret i juni.
- k. Det forventes at det kan realiseres kvalitative og ressursmessige gevinster gjennom den endring og omstilling av tjenestetilbudet som nå planlegges. Det forutsettes at en i det videre arbeidet beskriver både kvalitative og økonomiske gevinster, og viser hvordan ressurser vil bli omprioritert og brukt til å utforme et framtidsrettet tilbud til befolkningen i Helse Sør-Øst.
- l. Basert på prinsippene og føringer i denne saken gjennomgås behov for nødvendig omstilling på kort og lang sikt i sykehusområdene. Administrerende direktør fastsetter nærmere mandater for helseforetakenes arbeid. Administrerende direktør vil videre sikre at nødvendige avklaringer i perioden gjøres mellom områdene hva gjelder kapasitet, spesialiserte funksjoner og evt justeringer av sykehusområder..

Forslaget til helhetlig regional strategi, skal etter at det er forelagt styret, sendes på høring. Styret ber om at de innspill og forslag som ble fremmet i møtet tas med i det videre arbeidet. Styret vil ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i sitt møte i oktober 2008.

Stemmeforklaring fra styremedlem Svein Øverland:

Det legges til grunn at sykehusområdene ikke skal svekkes. Plasseringen i sykehusområder er, for noen områder, komplisert og må kunne revurderes hvis man ikke finner gode løsninger i det videre arbeidet.

Lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akuttberedskap. Alle lokalsykehus skal minimum ha tilpassede akuttfunksjoner med indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis, anestesileger i døgnberedskap, samt enklere kirurgisk beredskap.

Protokolltilførsel og stemmeforklaring fra styremedlem Lars Eikvar:

Det vises til drøftingsprotokoll fra møte 15.04.08 mellom KTV og adm. vedr denne styresaken.

Undertegnede slutter seg til standpunktene fremmet av KTV Terje Keyn.

Prosessen så langt har vært gjennomført med svært korte tidsfrister, og konsekvensene av de foreslåtte prinsipper for pasientbehandlingen er i begrenset grad utredet. Dette har i stor grad påvirket ansattes mulighet for å analysere og vurdere administrasjonens forslag i forbindelse med hovedstadsprosessen, og har dermed redusert den reelle mulighet for konsekvensutredning og involvering av de ansatte i de enkelte sykehusområder og tilhørende helseforetak.

Det fremstår uklart hvordan og i hvilken grad omstillingsprosessene vil bli finansiert, og jeg stiller spørsmål ved om det er mulig å gjennomføre tiltakene uten at nødvendige omstillingsmidler blir stilt til rådighet.

Det er vanskelig å se at behovet for tverrfaglig samhandling på tvers av spesialiteter er tilstrekkelig kartlagt eller hensyntatt. Det anses dessuten som en svakhet ved prosessen at man ikke har vurdert lovpålagte oppgaver som utdanning og forskning før overordnede beslutninger treffes.

Det forutsettes at de skritt som så langt er tatt i prosessen ikke skal være til hinder for eller begrense ivaretagelse av de ansattes rettigheter i den videre prosess.

Jeg oppfatter dette vedtaket som utgangspunkt for den videre prosess, og slutter meg til helheten som et sikt grunnlag. På det nåværende ståsted i prosessen kan jeg imidlertid ikke slutte meg til følgende underpunkter i vedtakets punkt 6 d og 6e:

Punkt 6d-kulepunkt 3:

- *Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anesthesiologi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.*
- *Begrepet enklere kirurgisk beredskap er ikke tilstrekkelig definert til å kunne gi et beslutningsgrunnlag for styrende vedtak om vaktordninger.*

Punkt 6e- kulepunkt 1 :

- *For å sikre en mest rasjonell og effektiv ressursutnyttelse, bør fordelingen av oppgaver knyttet til akuttilbudet i generell kirurgi og ortopedisk kirurgi ved*

nyinnleggelser fortsatt samordnes med behovet for kirurgisk beredskap etter elektiv kirurgi. Høyspesialiserte tjenester må i tilstrekkelig grad skjermes.

Punkt 6e- kulepunkt 2:

- Dagens vaktordninger kan ikke erstattes av beredskapsordninger hvor vakthavende spesialist skal ha ansvar for flere sykehus. Ordninger som innebærer ambulerende tjeneste må være basert på avtaler. Konferering kan ikke erstatte en fysisk tilgjengelighet.*

Stemmeforklaring fra styremedlem Lizzie R. Thorkildsen:

Punkt 6d-kulepunkt 3:

Skal lokalsykehus ha akutfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesialogi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.

Begrepet enklere kirurgisk beredskap er ikke tilstrekkelig definert til å kunne gi et beslutningsgrunnlag for styrende vedtak om vaktordninger.