

Saksframlegg

Referanse

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16.-17./04/08

SAK NR 038-2008

OMSTILLINGSPROGRAMMET – INNSATSOMRÅDE 1. HOVEDSTADSPROSESSEN

Forslag til vedtak:

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.

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 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.

3. 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.
4. 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

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

5. 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.
6. 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 bør 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 akuttinnleggelser og unødvendige reinnleggelser 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 intermedieæravdelinger, 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.
7. 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. 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 med 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.
8. 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 akuttfunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner 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.

9. Akutfunksjoner

- Ett sykehus innenfor hvert sykehusområde skal normalt ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester. I den grad 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-/bakvaksansvar 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.

10. 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.

11. For utviklingen av de regionale funksjoner legges følgende til grunn:

- Regionale funksjoner skal bare foregå ett 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.

12. 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

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.

13. Arbeidet med å utforme forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen videreføres og legges frem for styret i juni.
14. 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 framtidig tilbud til befolkningen i Helse Sør-Øst.
15. 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.
16. 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. Det vises til at det i forbindelse med sammenslåingen av tidligere Helse Øst og Helse Sør ble lagt til grunn et behov for betydelig samordning av de store sykehusene i Oslo og at det ventelig vil være størst endringer for foretakene i sykehusområdet Sentrum.
17. Forslaget til helhetlig regional strategi, skal etter at det er forelagt styret, sendes på høring. Styret vil ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i sitt møte i oktober 2008.
18. 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.*

Hamar, 10. april 2008

Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjon

Administrerende direktør legger i denne saken fram status for og foreløpige resultater av Omstillingsprogrammet – Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen - som en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. (jfr styresak 068-2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst.) Formålet med omstillingene er å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, å sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen og å sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi, innenfor den bevilgede ressursramme. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.

For å oppnå helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå), at tjenestene differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester og at de fleste spesialisthelsetjenester i årene fremover tilbys desentralisert i regionen, foreslås etablering av større sykehusområder.

I saken foreslås prinsipper for organiseringen av tjenestene innenfor sykehusområdene. Det foreslås prinsipper for organisering av lokalbaserte tjenester, for samhandling med kommunene, for akuttfunksjoner og for spesialiserte og regionale funksjoner. I tillegg foreslås premisser som skal legges til grunn for utvikling av framtidig behandlingsskapasitet.

Prinsippene som legges til grunn i saken vil innebære etablering av breddekompetansebaserte lokalsykehusfunksjoner, at akuttfunksjoner og spesialiserte tjenester samles færre steder og kapasitetstilpasninger i tråd med behov.

Det foreslås at arbeidet med å utforme forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen videreføres, og at dette legges frem for styret i juni.

Det forutsettes at den endring og omstilling av tjenestetilbudet som nå planlegges medfører at det kan realiseres betydelige gevinster. Kvalitative gevinster forventes i form av mer helhetlige tjenester og pasientforløp, færre øyeblikkelige hjelpinnleggelses og ikke planlagte reinnleggelses, lik kvalitetsmessig standard i regionen og høyere pasienttilfredshet. Kvalitative gevinster skal også realiseres ved at det skal etableres tjenester til grupper som i dag ikke har godt nok tilbud. Dette skal skje ved å vri kapasiteten fra tjenester med overkapasitet til tjenester med økt nåværende og framtidig behov. Kapasitetsmessige gevinster skal realiseres ved at overkapasitet innenfor operasjonskapasitet, poliklinikker og heldøgns plasser skal tas ned. Frigjøring av overflødige senger, arealer og utstyr og reduksjon i antallet vaksjikt (årsverk) knyttet til akuttfunksjoner skal gi økonomiske gevinster.

I saken foreslås hvordan arbeidet i neste fase fram mot juni 2008 skal legges opp. Det skal i perioden arbeides innenfor de foreslåtte sykehusområdene med å utarbeide en strategi for omstilling på kort og lang sikt basert på prinsippene. Det skal vurderes konsekvenser bl.a. for kvalitet, ressursbruk, utdanning og prehospitale tjenester.

Også i det videre arbeidet vil det i området Sentrum være mange problemstillinger som er av regional karakter. Det vil derfor bli lagt vekt på at omstillingsprosessen her må ha god forankring i helseforetakene, både de som direkte inngår i sykehusområdet, og de øvrige helseforetakene i regionen. Det er i området Sentrum det må forventes at de største omstillingene i regionen vil finnes sted både med hensyn til ansatte, bygningsmasse og i pasientforløp.

Det forutsettes at en i dette arbeidet beskriver både kvalitative og økonomiske gevinster som skal realiseres som følge av forslagene. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. I juni skal det med utgangspunkt i løsningsforslagene legges frem for styret et forslag til helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. Forslaget skal, etter at det er forelagt styret, sendes på en høring i perioden fra juli og ut september. Styret vil ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i sitt møte i oktober 2008.

2. Faktabeskrivelse

Bakgrunn og forhistorie

Det vises til St. prp. nr. 44 (2006-2007), som lå til grunn for Stortingsvedtaket om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. I Stortingsproposisjonen ble det sammenslåtte regionale helseforetaket gitt et klart omstillingsoppdrag.

Det vises videre til styrets vedtak i styresak 030/2007 om oppfølging av foretaksmøte 30. mai 2007 og 040/2007, om videreutvikling og konkretisering av det oppdrag og arbeid som er beskrevet i styresak 030/2007.

Det vises også til styresak 068/2007 *Samlet program for utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst RHF*, der styret i punkt 3 fattet følgende vedtak om hovedstadsprosessen:

”Styret slutter seg til den overordnede beskrivelse av mål og aktiviteter for hovedstadsprosessen og ber om at det til møtet i april 2008 legges frem beslutningsgrunnlag for:

- *Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere*
- *Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen*
- *Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus*
- *Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet*
- *Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen*
- *Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester”*

Målet for omstillingsarbeidet

Som det fremkommer i styresak 68/2007 er formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet å sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen i Helse Sør-Øst. Programmet skal bidra til å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, gjennomføre nasjonal politikk og sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi.

Kvalitetsstrategien 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 skal som helhet bidra til å bedre helsetjenesten og oppfylle visjonen til Helse Sør-Øst om:

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

Målet for hovedstadsprosessen er også å realisere eiers forventninger til, og målsetting med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. I St.prp. nr. 44 (2006–2007), Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet, fremgår at sammenslåingen blant annet skal bidra til bedre samordning av sykehusene i hovedstadsområdet, bedre ressursutnyttelse, samordning av fag- og forskningsmiljøer og realisering av et identifisert gevinstpotensiale både faglig og økonomisk. Det er en forventning om at endringene skal komme spesialisthelsetjenesten i hele landet til gode.

Det er videre et mål at omstillingene skal skje i et tempo og omfang som ivaretar krav til løpende budsjettkontroll, men samtidig sikrer at utviklingen går i vedtatt retning. Dette kan

være en krevende balanse. Det legges til grunn at effektene av arbeidet ikke får budsjettmessige konsekvenser i 2008. Omstillinger som forventes å gi gevinster på lengre sikt, og derfor er ønskelige, vil kunne kreve investeringer som blir økonomisk utfordrende på kort sikt. For å møte slike situasjoner vil det være et mål raskt å få gjennomført de endringene som på kort sikt vil gi ressursmessige gevinster, slik at ressurser som frigjøres gjennom disse endringene kan kanaliseres inn i omstillingsprosesser som vil gi kvalitative og ressursmessige gevinster på lengre sikt. Det er først og fremst frigjøring av overflødige senger, arealer og utstyr, ved at det tas ned overkapasitet knyttet til operasjonsstuer, poliklinikker og heldøgns plasser, en bedre koordinering av nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og bygg samt reduksjon i antallet vaktstilt (årsverk) knyttet til akuttfunksjoner, som forventes på kort sikt å gi økonomiske gevinster. Over tid forventes kvalitative gevinster. Dette i form av blant annet mer helhetlige tjenester og pasientforløp, oppfølging på laveste effektive omsorgsnivå, færre øyeblikkelig hjelpinnleggelses og færre ikke planlagte reinnleggelses og høyere pasienttilfredshet. Dette vil også gi bedre ressursutnyttelse og dermed økonomiske gevinster som kan brukes til å styrke tjenestetilbudet på prioriterte områder, som psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene

Hovedstadsprosessen og forholdet til resten av regionen

I styresak 40/2007 er det foretatt følgende avgrensning for selve hovedstadsområdet:

"Hovedstadsområdet avgrenses i denne sammenheng til Oslo og Akershus. I tillegg, basert på en vurdering av pasientstrømmer, arbeidsmarked og mulige utbyggingsprosjekter, omfattes også områdene tilknyttet Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF."

I vedtaket i sak 68/2007 er det videre lagt opp til at en i april 2008 skal avklare:

"Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen".

Dette innebærer at ulike deler av prosessen vil berøre ulike deler av regionen i ulik grad. Utvikling og samordning av regionsfunksjonene kan påvirke pasientforløp påvirke helseforetakene utenfor hovedstaden. De prinsipper som utvikles for å sikre en bærekraftig utvikling i hovedstaden, vil ha relevans for videreutvikling av tjenestene i hele regionen.

Arbeidets organisering

Hovedstadsprosessen har vært organisert som et av fem innsatsområder i utviklings og omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst. Prosessen har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF med bred medvirkning fra fagfolk, tillitsvalgte og brukere. Det har vært gjort et omfattende forankringsarbeid overfor kommuner, fylkeskommuner. Arbeidet har vært forankret i direktør- og styreledermøter, i forhold til øvrige regioner, universitet og høyskoler.

Hovedstadsprosessen har vært organisert som tre delprosesser: Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet, spesialiserte funksjoner og lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene. (se vedlegg 1 om arbeidspesess og fremdrift)

Problemstillinger som håndteres i hovedstadsprosessen vil være relevant for de øvrige regionale helseforetak. De har vært, og vil i den videre prosess, trekkes inn i arbeidet. Universitetet i Oslo og høyskolene i regionen er en viktig samarbeidspartner både mht utdanning og forskning. Forankring skjer gjennom samarbeidsorganene med regionen og hhv Universitetet i Oslo og høyskolene. Arbeidet i hovedstadsprosessen vil bli koordinert med arbeidet i arbeidsgruppen som er nedsatt for å styrke universitetssykehusfunksjonene i Helse Sør-Øst.

Behovet for omstilling

Behovet for omstilling er nærmere beskrevet i styresak 068/2007. Den overordnede begrunnelsen for omstilling er å sikre at struktur og organisering understøtter befolkningens behov for spesialisthelsetjenester nå og i fremtiden, samt å gjennomføre nasjonal politikk innenfor den bevilgede ressursramme. Endringer i befolkningens behov og den faglige utviklingen gjennom flere år, tilsier at det er behov for strukturelle endringer i Helse Sør-Øst for å sikre tjenester av høy kvalitet, riktig kapasitet og ressursutnyttelse. Denne oppfatningen støttes av prosjektrapportene fra de tre utredningsprosesser som er gjennomført som del av hovedstadsprosessen.

2.2 Handlingsalternativer og hovedpunkter

Organisering i større sykehusområder

Formålet med etablering av større opptaksområder/sykehusområder er at et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus innenfor et geografisk område skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, et oversiktlig tjenestetilbud med god tilgjengelighet, differensiering av tjenestene i lokalbaserte, spesialiserte tjenester og regionale funksjoner, sikre at flest mulig spesialisttjenester tilbys innenfor hvert sykehusområde, samordning av tjenestene innen somatikk, psykisk helsevern og rus, styrke forskning og fagutvikling og god samhandling og oppgavefordeling med kommunene samt god bruk av de samlede ressurser.

I de innspill som er mottatt i alle tre delprosjekter fremkommer bred enighet om organisering i sykehusområder og kriteriene som er lagt til grunn for inndelingen (dvs. dagens opptaksområder og eksisterende pasientstrømmer, samlet pasientvolum (3-500 000), eksisterende kapasitet og fremtidig kapasitet som følge av pågående utbygging/bygningsmessig standard, geografi/avstander/infrastruktur/veier, kommune- og bydelsgrenser og etablert samhandling)

Helse Sør-Øst har lagt kriteriene til grunn og særlig vektlagt at det forpliktende samarbeidet mellom sykehus anses som viktigere enn nøyaktig størrelse på det enkelte sykehusområdet. De faglige anbefalingene fra arbeidet med spesialiserte funksjoner viser at det med sykehusområder på 300-500 000 innbyggere vil være rom for å etablere de fleste spesialiserte funksjoner ett sted i hvert sykehusområde. Dette er i tråd med intensjonene med sykehusområdeinndelingen. Ved en slik samling av funksjoner vil vi få robuste fagmiljøer som understøtter en dekningsgrad per område på 80-90%, jamfør dekningsgraden i dag ved Sørlandet sykehus HF. Det må vurderes særskilt om det i sykehusområdene som ligger geografisk nær de regionale funksjonene, av ressursmessige hensyn skal ha en like høy dekningsgrad.

Det er også tilslutning om inndelingen i sykehusområdene for de fleste områder. Unntaket er områdene Sentrum og Øst, hvor det knytter seg uenighet til Aker universitetssykehus HF (AUS) sin plassering.

Når det gjelder Aker universitetssykehus anbefales at dette helseforetaket plasseres innenfor området Sentrum. Begrunnelsen for dette er:

- Nedtak av kapasitet må skje der overkapasiteten finnes, dvs. i hovedsak i området Sentrum.
- Akershus universitetssykehus HF (AHUS) (inklusive Ski sykehus og Folloklinikken) sin fremtidige kapasitet vil med denne organiseringen utnyttes optimalt ved at foretaket får ansvar for et større opptaksområde.
- Samtlige sykehus som innehar regionsfunksjoner er organisert i ett sykehusområde, noe som gir mulighet for en optimal løsning.

- Aker universitetssykehus er i dag tillagt funksjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Oslo. Disse tjenestene forblir ved denne løsningen knyttet til området Sentrum.

Med dette utgangspunkt foreslås at følgende sykehusområder legges til grunn for videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, jmfør vedtakspunkt 4:

Område	HF	Opptaksområder/kommentarer
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde. • Jevnaker kommunes sykehistilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag. • Nes kommunes sykehistilhørighet 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 sykehistilhørighet til Sykehuset innlandet opprettholdes som i dag. • Bydel 12 (Alna) er forutsatt å inngå fra 2010. Innfasing 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 universitets-sykehus 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 sykehistilhørighet 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 prosessen er det påpekt at det er viktig å finne hensiktsmessige styringsformer mellom foretakene i et sykehusområde, slik at samhandling om pasientene blir ivaretatt i tråd med prinsippene for organisering. Dette vil bli vurdert videre i perioden fram mot juni.

Samhandling med kommunene

Størsteparten av pasientenes behov for helsetjenester ivaretas i kommunene, der pasientene bor. Å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene, for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå, er ett av de

sentrale mål innenfor nasjonal helsepolitikk. Dette reflekteres blant annet i den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet, inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS i juni 2007. I avtalen understrekes at samhandling må være basert på likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse.

Et viktig formål med forslaget om å organisering av tjenestene innenfor sykehusområder, og å differensiere tjenestene i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester, er å legge til rette for bedre samhandling, både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene.

I rapportene fra arbeidsgruppene som har utredet samhandling innen psykisk helsevern, rus og somatikk fremkommer det bred enighet når det gjelder likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse. Det er likeledes enighet om prinsippene og tiltakene som er nødvendig for å styrke samhandlingen med kommunene. Dette er tatt inn i vedtaks punkt 6 i saken.

Samhandling mellom helseforetak innenfor et sykehusområde

Faglig koordinering mellom sykehus innenfor et sykehusområde og god bruk av de samlede personellressursene vil være avgjørende for at etablering av sykehusområder skal gi helhetlige pasientforløp og et oversiktlig og differensiert tjenestetilbud av høy kvalitet.

I rapportene fra arbeidsgruppene gis det en rekke omforente anbefalinger for å bedre faglig koordinering. Disse oppsummeres i vedtaks punkt 7. Det anbefales at det innenfor sykehusområdene utvikles felles prosedyrer for samhandling og faglige retningslinjer for samarbeidet basert på nasjonale standarder. Slike prosedyrer og retningslinjer bør utformes i samarbeid med fastleger og private avtalespesialister. Desentralisering og differensiering av tjenestene vil kreve mer bruk av ambulering, hospitering og rotasjonsordninger for at kompetanse skal utvikles og opprettholdes. Slike ordninger bør søkes etablert gjennom samarbeid med de ansatte med utgangspunkt i etablerte avtaleordninger og inngåtte avtaler.

Organisering av lokalbaserte tjenester for somatikk, rus og psykisk helsevern

De foreslåtte prinsipper for organisering av lokalbaserte tjenester legger til grunn at alle sykehus innenfor et sykehusområde, med noen få unntak (spesialsykehus mv), skal ha lokalsykehusfunksjoner. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal tilby et bredt utvalg av tjenester og betjene flertallet av pasientene innen sitt opptaksområde. Tjenestene skal være rettet inn mot de store sykdomsgruppene. Dette vil være pasienter som trenger tett oppfølging og behandling og som krever en generell tilnærming, ikke utpreget spisskompetanse. De store sykdomsgruppene i årene fremover vil blant annet være eldre med kroniske og sammensatte lidelser, andre kronikergrupper og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer.

I rapportene fra arbeidsgruppene legges det videre til grunn at lokalbaserte tjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør samordnes. Det ideelle anses å være at lokalsykehus, DPS og de lokalbaserte rustjenestene ble samlokalisert, men dette betraktes ikke som realistisk på kort sikt. Anbefalingene fra gruppenes arbeid fremgår i vedtaks punkt 8.

Lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner skal som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis, anestesilege i døgnberedskap, samt en enklere kirurgisk beredskap. Det finnes også i dag noen lokalsykehus uten, eller med svært begrensede, akuttfunksjoner eller hvor akutttilbudet består av et felles akuttmottak som drives sammen med kommunen. Minimumskravene angitt over innebærer ikke at akuttfunksjonene ved disse lokalsykehusene må rustes opp.

I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal det normalt inngå polikliniske og elektive tjenester. Formålet med dette er at pasienter med kroniske lidelser kan følges opp ved sitt lokalsykehus, og at alle hyppige tilstander skal utredes og følges opp lokalt. Elektive kirurgiske funksjoner vil også være viktig for å sikre en kostnadseffektiv anestesitjeneste ved lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner (se senere).

Det presiseres at de lokalbaserte funksjonene, både elektive og akutte, må tilpasses lokale forhold og behov. Dette innebærer blant annet at det vil være ønskelig at lokalsykehus utvikler "profiler" tilpasset lokale behov og andre lokale forhold. Også de særlige forhold i Oslo, både med hensyn til befolkningstetthet, befolkningssammensetning, avstander mellom sykehus og storbyutfordringer må hensyntas.

Det presiseres videre at en ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester, for eksempel i form av ulike former for distriktsmedisinske sentra/1,5 linje tilbud/ nærsykehus eller sykestuer, vil være ønskelig. Slike enheter kan, ved et tett samarbeid med sykehus og kommunehelsetjenesten, representere et godt og viktig tilbud til pasientene i nærmiljøet.

Det er ønskelig at man ser på de samlede personellressursene mellom 1. og 2. linjen som i større grad en felles ressurs for lokalbaserte helsetjenester og finner egnede organisasjonsformer for å dekke pasientenes behov i det videre arbeid.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Et gjennomgående råd fra arbeidsgruppene innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialiserte tjenester og somatiske lokalbaserte tjenester har vært behovet for samordning av disse tre fagfeltenes tjenester. Dette er begrunnelsen for at anbefalingene angående tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern er integrert i de generelle anbefalingene for organisering av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene og organisering av akuttfunksjoner i foreslåtte vedtakspunkter nr.og i saksfremlegget i denne styresaken. Her berøres derfor i hovedsak bare forhold som ikke er tatt opp der.

Arbeidsgruppa innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling mener at det er behov for konkrete handlingsplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor hvert sykehusområde, med spesielt fokus på implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, for å samordne arbeidet overfor NAV, utvikle samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, og for å etablere fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/møteplasser.

Arbeidsgruppen mener at det er viktig at det differensierte behandlingstilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreutvikles innenfor sykehusområdene (se bl.a. vedtakspunkt 8). Den påpeker at det er avgjørende at det gjøres en konkret analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres, og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet. Arbeidsgruppa anbefaler at døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen. Det vises til vedtakspunkt 10.

Videre anbefaler gruppa at de ett sted i regionen etableres en enhet med ansvar for koordinering av enkeltplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter nivå og frist i forhold til alle døgnbehandlingssteder som har en regional funksjon, analysere og følge pasientstrømmen ifht. døgnbehandling, overvåke ventelistesituasjonen og bidra til behovsanalyser.

Når det gjelder psykisk helsevern, er det et sentralt, nasjonalt mål i Opptappingsplanen å vri ressursbruken fra sykehus mot DPS til en oppnår en 50/50-fordeling. For å nå dette målet kreves en betydelig omstilling i Helse Sør-Øst. Dette fremgår både av rapporten til arbeidsgruppa innenfor psykisk helsevern og av kapasitetsanalysene innenfor delprosjektet struktur og kapasitet DPS skal dekke befolkningens allmenne behov for tjenester innen psykisk helsevern, og bør være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten.

Overføringsklare pasienter fra sykehusnivå skal som hovedregel overføres til DPS uten opphold og vise versa. Det vises til vedtakspunkt 12.

Arbeidsgruppa anbefaler at det gjøres en særskilt vurdering av bygningsmassen innen psykisk helsevern slik at nødvendig omstilling til mer hensiktsmessig bygningsmasse kan gjennomføres. Noe av eiendomsmassen blir av arbeidsgruppen beskrevet som ikke framtidsrettet og deler av den ansees som kondemnabel. Det vises til vedtakspunkt 12.

Arbeidsgruppa mener at akuttmottakene innen psykisk helsevern bør samlokaliseres med sykehus som har en tilfredsstillende vaktberedskap, men at en endring i dagens struktur når det gjelder de rene akuttpsykiatriske mottak ikke bør gjøres uten en mer helhetlig vurdering, og at dette ikke må sees løsrevet fra en utvikling av øvrig akuttpsykiatri. Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet og behandlingens karakter innen akutt og subakutt sykehusbehandling, anbefaler gruppa ikke et felles akuttmottak for hovedstaden.

Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet

Det vises til vedtakspunkt 9 om akuttfunksjoner.

Det er fastslått i Soria Moria-erklæringen at det skal være nærhet til akuttfunksjoner. Samtidig er Helse Sør-Øst gitt i oppdrag så sikre bedre samordning i hovedstadsområdet og ta ut stordriftsfordeler. Ettersom avstandene er små i hovedstaden, vil behovet for nærhet ikke være til hinder for en samordning av akuttberedskapen her.

Et sentralt tema når det gjelder akuttfunksjoner, er hvilke funksjoner som må være på samme sted som følge av faglige avhengigheter. De viktigste spørsmålene i forhold til dette er om kirurgiske og indremedisinske akuttfunksjoner må være samlokalisert for å sikre forsvarlige tjenester, evt. hvor stor geografisk avstand som kan aksepteres, hvilket nivå på intensiv-/anestestjenester som faglig sett er nødvendig for indremedisinske akuttfunksjoner, og hvilket omfang av kirurgisk aktivitet som kreves for en kostnadseffektiv anestestjeneste.

Det finnes foreløpig få nasjonale føringer i forhold til disse spørsmålene. Heller ikke i internasjonal litteratur fremkommer entydige svar. Dette på tross av at sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner er forsøkt i mange land. Også i Norge finnes flere slike sykehus. Blant annet har Lovisenberg sykehus i Oslo vært uten kirurgiske akuttfunksjoner i mer enn 15 år.

Arbeidet i hovedstadsprosessen gir heller ikke entydige faglige svar. Likevel tilsier de faglige rådene med hensyn til opptaksområder, at det faglig sett er ønskelig å samle de kirurgiske funksjonene mer enn de indremedisinske. Samtidig angis avhengighet til kirurgiske fag, fremfor alt gastrokirurgi, for de fleste indremedisinske fagområder.

Når det gjelder akuttfunksjoner for fagområder/funksjoner som i følge prinsippene angitt for spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett, eller flere sykehusområder, skal det normalt også kun være en vaktlinje pr. sykehusområde.

Helsetilsynet har nylig lagt frem sine konklusjoner etter et landsomfattende tilsyn med akuttmottak i den somatiske spesialisthelsetjenesten.¹ Helsetilsynets hovedkonklusjon er at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene, noe som til tider gir uforsvarlig pasientbehandling. Helsetilsynet mener blant annet følgende faktorer er sentrale for å sikre faglig forsvarlig virksomhet:

- At det er et forsvarlig system for å prioritere pasientene.

¹ "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008, Februar 2008

- At personal- og kompetanseressursene styres slik at personellet har relevant kompetanse.
- At ledelsen har oversikt over driften i akuttmottakene og gjør systematiske risikovurderinger for å sikre forsvarlig planlegging og styring av medisinsk- og sykepleiefaglig bemanning og for å avdekke kritiske trinn i arbeidsprosessene og oppgaveløsningen, i pasientflyt og behandlingsforløp.

Dette innebærer at de ikke bare er hvilke typer akuttberedskap som finnes på sykehuset som er avgjørende for kvaliteten i de akuttmedisinske tjenestene, men også at personellet i akuttmottaket har relevant kompetanse, samt ikke minst god ledelse og organisering av disse tjenestene. For å sikre kvalitet i akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder foreslås derfor at disse bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Prinsippene som foreslås i det videre arbeid fremkommer i vedtakspunkt 9.

De tre arbeidsgruppene som har utredet akuttjenester innen somatikk, psykisk helsevern og rus, anbefaler at disse fagområdenes akuttfunksjoner samordnes innenfor hvert sykehusområde. Arbeidsgruppa innen psykisk helsevern mener at endringer i strukturen for de rene akuttpsykiatriske mottak må sees i sammenheng med utviklingen av øvrig akuttpsykiatri. Gruppa anbefaler ikke et felles psykiatrisk akuttmottak for hovedstaden.

Rusarbeidsgruppa anbefaler at akutttilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling utformes ut fra hva som anses hensiktsmessig i det enkelte sykehusområde. For Oslo anbefales imidlertid at ansvaret for akutt avgiftning legges til ett sykehus. Dette begrunnes med en opphopning av pasienter som misbruker illegale rusmidler i Oslo og med at rusfeltet tradisjonelt har vært organisert på en annen måte her enn i landet for øvrig.

Spesialiserte funksjoner

Det vises til vedtakspunkt 10 om spesialiserte funksjoner.

I de faglige innspillene fra dialogseminargruppene fremkom stor grad av faglig konsensus. Det angis generelt store opptaksområder. I bearbeidningen av dataene fra dialogseminarene er det for hvert fagområde satt opp gruppenes forslag til minste og optimale befolkningsunderlag for spesialiserte funksjoner. I den grad rådene sprikte, er det aritmetisk gjennomsnitt av anbefalingene lagt til grunn. Ved å ta befolkningsunderlaget i hele Helse Sør-Øst og dele på det befolkningsunderlag som er anbefalt innenfor hvert fagområde, får man et anslag for hvor mange steder en slik spesialisert funksjon (fagområde) bør være i Helse Sør-Øst (se vedlegg). Man finner da at de opptaksområder som anbefales for de fleste spesialiserte funksjoner, er i området 300-500 000 innbyggere. Det faglige rådet for spesialiserte funksjoner for de fleste fag er dermed at disse samles i større grad enn i dag, og i praksis anbefales at de samles ett sted i et område med 300-500 000 innbyggere.

Dialogseminargruppene angir i sine innspill mange faglige avhengigheter, spesielt for de mer spesialiserte funksjonene. Avhengighet til andre spesialiserte funksjoner og fagområder trekker i retning av ytterligere sentralisering og samling av funksjoner, ut over det som er nødvendig ut fra anbefalt befolkningsunderlag for det enkelt fagområde. Alt i alt betyr dette at det faglige rådet er at spesialiserte funksjoner i stor grad bør samles ett sted i et sykehusområde.

Regionale funksjoner

Det vises til vedtakspunkt 11 om regionale funksjoner.

Nasjonale og flerregionale funksjoner er i dag regulert av sentrale helsemyndigheter gjennom forskrift. Øvrige funksjoner er overlatt til regionale helsemyndigheter å fordele. De funksjoner som det er aktuelt å samle på regionalt nivå, er, i likhet med nasjonale og

flerregionale funksjoner, høyt spesialiserte funksjoner som kjennetegnes ved et lite volum elektivt, stor grad av kompleksitet og ved at de krever spesialkompetanse, spesialutstyr, kostbare investeringer eller særlig personellkrevende behandlingsopplegg. Dette nødvendiggjør ett samlet fagmiljø for å ivareta et høyt faglig nivå, rasjonell utnyttelse av tilgjengelige ressurser og for å styrke ivaretagelse av forskning og undervisning.

Også når det gjelder hvilke funksjoner som er, eller bør være regionale funksjoner, viser dialogseminarene stor grad av faglig konsensus. Det er uenighet knyttet til enkeltfunksjoner, men bred oppslutning om regionalisering av en rekke funksjoner som i dag ikke er regionale.

Mange av de funksjoner som i dag er regulert som lands- og flerregionale funksjoner er lokalisert i Helse Sør-Øst. At omfanget av faglig avhengigheter angis å være større for spesialiserte funksjoner enn for de mindre spesialiserte, taler for å samle høyspesialiserte funksjoner ett sted i regionen. I vurderingen av dette må hensyntas at Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet i januar 2008 å sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivaretatt. Rikshospitalet har påpekt i sitt innspill til de ferdige delprosjektrapportene, at sykehusets nasjonale og regionale oppgaver taler for at Rikshospitalet organiseres utenfor sykehusområdene. Begrunnelsen er likeverdig bruk av disse funksjonene og en hensiktsmessig finansiering. Disse hensynene vil bli vurdert i det videre arbeidet.

Det må også ivaretas nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet.

Kapasitet

Det er flere forhold som vil påvirke fremtidig kapasitetsbehov. Særlige viktige forhold å trekke frem, som vil ha betydning for kapasitetsvurderingene i hovedstadsområdet og for arbeidet med å tilpasse eksisterende kapasitet med kapasitetsbehovet, vil være:

- Økningen i antall eldre med økt behov for helsetjenester, særlig indremedisinske døgnplasser.
- Endrede behandlingsformer i kirurgi som tilsier reduksjon i døgnkapasitet innenfor kirurgi.
- At Sintef påviser betydelig kapasitetsoverskudd i forhold til operasjonsrom, heldøgnplasser og poliklinikker i regionen, men en underkapasitet for dagbehandling.
- Nye Ahus vil få en økt kapasitet for pasientbehandling ved ferdigstilling av byggetrinn i 2008 og 2010.
- At det påvises en manglende overensstemmelse mellom målet om en 50:50 ressursfordeling mellom DPS og sykehus innen det psykiske helsevern.
- At det de senere årene har vært en økning både i øyeblikkelig hjelp innleggelser og i elektive opphold innen indremedisin. Tilsvarende gjelder ikke for kirurgi. Mens det gjennomsnittlige antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten totalt sett går ned, øker det gjennomsnittlige antallet liggedøgn for øyeblikkelig hjelpopphold.

Ser man på dagens sengekapasitet (antallet senger pr. 100.000 innbyggere), finner man at Helse Sør-Øst og norsk spesialisthelsetjeneste ligger lavt når det gjelder indremedisinske senger sammenliknet med Sverige og Danmark. Når det gjelder kirurgiske senger ligger Helse Sør-Øst høyt sammenliknet med Sverige, men lavt i norsk sammenheng. Totalt sett, har Helse Sør-Øst lavere sengekapasitet enn gjennomsnittet i både Norge og Danmark, men ligger høyere enn i Sverige.²

Disse forhold danner utgangspunkt for de premisser som anbefales lagt til grunn for utviklingen av fremtidig behandlingsskapasitet i Helse Sør-Øst, jmfør vedtakspunkt 12.

Regionenes fremtidige behandlingsskapasitet har betydning for planleggingen og utnyttelsen av bygningsmassen. Det må kompenseres for behovet for økning i kapasiteten på dagbehandling. Her kan påvist overkapasitet på heldøgnplasser og operasjonsrom/poliklinikker utnyttes. Det slutføres nå en fullstendig arealanalyse av bygningsmassen i Helse Sør-Øst, som klassifiserer alle typer arealer, slik at disse kan relateres til kapasitet. Videre er det gjort en tilstandsvurdering og fleksibilitetsanalyse av arealene, slik at en har oversikt over hva arealene er egnet til ved endret bruk.

Dette gir også grunnlag for beregninger av kostnader ved alternativ utnyttelse. Det må arbeides videre med betydningen av endret kapasitetsutnyttelse, både for å frigjøre areal og skaffe til veie nye arealtyper. Dette kan føre til investeringsbehov, men også gi muligheter for arealreduksjon og salg.

Spesialisert rehabilitering

En dialogkonferanse med bred representasjon av brukere, fagfolk, tillitsvalgte mv vurderte hvilke funksjoner som kan ansees som regionale og ble bedt om å vurdere en hensiktsmessig organisering av tilbudet i Helse Sør-Øst. Anbefalingene fra arbeidet viser at det var behov for en mer omfattende prosess som vil bli gjennomført i perioden fram til juni. Dette ligger til grunn for vedtakspunkt 13.

Gevinstområder /gevinstrealisering

Implementering av de områdevisse løsningsforslagene vil innebære omstillinger. Disse vil ha både kvalitative og økonomiske konsekvenser. Det er et mål at gevinsten ved omstillingene skal være større enn kostnadene ved gjennomføringen.

Det blir viktig å kunne evaluere om gevinstene realiseres og faktisk blir større enn omkostningene. For dette formål trengs indikatorer som kan måles før og etter omstillingene implementeres. Det vil i perioden fram mot juni utvikles indikatorer som sikrer at vi når de overordnede målene for omstillingsprogrammet.

Aktuelle indikatorer for kvalitative gevinster er blant annet:

- Pasienttilfredshet
- Antallet ikke planlagte reinnleggelser
- Antallet øyeblikkelig hjelpinnleggelser

Økonomi vil spille en sentral rolle i definisjon, måling og oppfølging av kvantitative gevinster innenfor alle innsatsområdene. Det finnes to hovedgrupper av kvantitative gevinster som har et eksplisitt fokus på økonomi:

- Reduserte kostnader - Dette er direkte besparelser innenfor en av følgende kategorier:
 - Lønnskostnader
 - Varekostnader
 - Driftskostnader

² Kilde: SAMDATA 2006, NOMESCO og NPR

- Mer effektive investeringer – Kan føre til reduksjon av kostnader på sikt, alternativt frigjøre oppbundet kapital. Aktuelle områder med store investeringsporteføljer er IKT, MTU og Eiendom

Kvantitative gevinster kan alternativt dokumenteres gjennom oppfølging av følgende kategorier av omstillingseffekter:

- Infrastruktur – Kapasitet i form av senger, areal og utstyr (MTU og IKT)
- Direkte kostnader – Kostnader knyttet til årsverk og innkjøp av varer
- Aktivitetsnivå – En vridning av aktiviteten mellom pasientgrupper eller behandlingsformer kan bidra til både kvantitative og kvalitative effekter.

Det enkelte sykehusområde må entydig beskrive hva slags gevinster det ønsker å oppnå, hvordan disse gevinstene skal kunne måles, og hvilke måltall man sikter mot. Oppfølging av skal skje gjennom vanlig måneds- og/eller tertialrapportering.

Det legges til grunn at nødvendige omstillingstiltak for å bringe foretaket i økonomisk balanse skjer i tråd med den retning som ligger i prinsipper og rammer i styrevedtaket. Dette er i et kortsiktig perspektiv. I tillegg må det, i et mer langsiktig perspektiv gjennomføres omstillingstiltak for å realisere gevinster for å møte fremtidige behov, slik som beskrevet i styresaken. Det er en forutsetning at realiserte gevinster føres tilbake til virksomheten, for å styrke og forbedre det medisinske tilbudet. Det må foreligge dokumentasjon på at gevinstene er realisert før omdisponeringen foretas.

Fremdriftsplan for videre arbeid

Leveranser for alle sykehusområder:

Helseforetakene i de foreslåtte sykehusområdene vil få i oppdrag å utforme en strategi for omstilling av helsetjenestetilbudet i sitt område innenfor de rammer og premisser som fremgår av styresaken. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene. Det vil sikres nødvendig koordinering mellom foretak og mellom sykehusområder i arbeidet med å utforme strategier.

Strategiene skal konsekvensvurderes i forhold til kvalitet i pasientbehandling, prehospitaltjenester, utdanning og forskning, ønsket areal- og kapasitetsreduksjon, arbeidsmiljø, ressursutnyttelse og resultatoppgåelse. Beskrivelsen bør inneholde en vurdering av endringer på kort og lengre sikt i forhold til de overordnede målene. Prosessene skal gjennomføres med bred involvering fra berørte aktørgrupper, herunder både tillitsvalgte, kommuner og brukere.

Løsningsforslaget må legges til grunn drift i balanse i forhold til dagens ressursituasjon, og understøtte en bærekraftig utvikling. Det er viktig at utviklingsarbeidet organiseres slik at nok tid og ressurser ivaretar den krevende driftsituasjonen alle helseforetakene er i 2008.

Leveranser for områdene Vest og Vestfold/Telemark:

Løsningsforslagene skal i tillegg inneholde en anbefaling om hva som er hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet, og evt. forslag til endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i området.

Leveranser for området Sentrum:

Løsningsforslagene skal i tillegg inneholde en anbefaling om hva som er hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet, og evt. forslag til endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i området.

Løsningsforslaget skal videre inneholde forslag om samling og lokalisering av de regionale funksjonene for å realisere synergi av de samlede ressurser og sikre god kvalitet på de høyspesialiserte tjenestene, opprettholde og videreutvikle de nasjonale beredskapsfunksjoner, forsknings- og undervisningsmiljøer videreutvikling av et godt og tilstrekkelig lokalsykehustilbud som ivaretar storbyen særskilte utfordringer etc.

Sykehusområde Sentrum inneholder mange foretaksovergrepene problemstillinger, herunder også avtaler med private ideelle sykehus med opptaksområder. Dette området har størst kapasitetsoverskudd, og det er å forvente at de største endringene kommer i dette sykehusområdet. Arbeidet med strategien i dette sykehusområdet vil derfor ledes av Helse Sør-Øst RHF, som også vil understøtte med analyser, scenarietenkning for at hensiktsmessige og tilstrekkelig omfattende løsninger blir vurdert mv. Det vil bli vektlagt at det sikres en langsiktig strategi med en fremtidsrettet innretning på tjenesten.

Spesialisert rehabilitering:

Dette prosjektet er en videreføring av det påbegynte arbeidet med å utforme forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen. Arbeidet organiseres som et eget delprosjekt. Det vises til omtale av spesialisert rehabilitering i eget avsnittet tidligere i styresaken.

Øvrige delprosesser:

Når løsningsforslag og konsekvensvurderinger foreligger, vil det bli gjort en samlet vurdering av hvilke øvrige delprosjekter som må iverksettes. Dette gjelder blant annet i forhold til utdanning, prehospitale tjenester og medisinske støttefunksjoner.

3. Administrerende direktørs vurderinger:

3.1 Risikovurderinger: etisk, faglige, økonomiske, omdømmemessige, juridiske m.v

Den største risikoen er at helseforetakene mister fokus på daglig drift og foretaksgruppens samlede økonomiske utfordring øker i perioden. Riktig prioritering mellom deltagelse i prosessen og drift vil være helt nødvendig på alle nivåer. Det er særskilt behov for å overvåke at de endringer som settes i verk i forbindelse med den økonomiske situasjonen i 2008 understøtter de generelle utviklingsønsker og at regionens "sørge for"-ansvar ivaretas.

Det er en overordnet risiko for at de omstillinger som foreslås blir for lite nytenkende og radikale, og for at man dermed ikke bruker den muligheten som nå finnes for å omstille for fremtiden. Dette skyldes både generell endringsmotstand, forsvar for egeninteresser i stedet for pasientenes interesser hos de involverte, at vanetenkning gjør at man ikke ser de mer visjonære muligheter og også at større omstillinger kan kreve større investeringsmidler.

Det har vært en generell tilbakemelding i prosessen at ansatte er omstillingstrøtte, men at de er motivert for omstillinger, dersom man nå gjør noe som "monner".

Samling av kirurgiske akuttfunksjoner vil kunne medføre faglig motstand og bekymring for at dette er faglig vanskelig å gjennomføre. Det angis faglige avhengigheter mellom en rekke andre spesialiteter. Faglig uro kan forårsake suboptimale løsninger sett med et pasientperspektiv.

Den utvikling som anbefales, med styrking av lokalbaserte tjenester, forutsetter etablering av breddekompetanse hos personellet (i tillegg til organisatorisk). Dette krever andre organisasjonsmodeller med funksjonsorganisering, annen bruk av helsepersonell herunder bruk av allmennleger og utvikling av ny kompetanse. Dersom man ikke får etablert denne kompetansen, kan tjenestenes faglige innhold bli svakere enn ønsket (faglig risiko). I dag har

breddekompetansen svakere faglig status enn spisskompetansen, noe som tilsier at det må gjøres spesielle tiltak for å sikre etablering av ønsket kompetanse.

Når det gjelder utvikling av tjenester det både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har en rolle, er det avgjørende at begge parter utvikler en felles forståelse av mål og behov og gjensidig forpliktelse til å søke helhetlige og gode løsninger. Det er en risiko for samarbeidet dersom en part treffer beslutninger som undergraver felles samarbeidsløsninger.

Det er en særskilt utfordring innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling å rekruttere spesialister, både leger, psykologer, sykepleiere og sosialfaglig personell med spesialkompetanse innen rusbehandling. Uten tiltak for å bedre rekrutteringen kan den opptrappingen som ønskes innen rusfeltet, bli vanskelig.

Selv om alle forslagene er innen nasjonal politikk for området, vil det allikevel være risiko knyttet til at enkelte vil være uenige i omstilling av ressurser fra sykehusfunksjoner og døgnbehandling til DPS og poliklinisk innsats, og vil bruke faglige argumenter mot dette. Da pasientens behov skal være førende for utvikling av både struktur og organisering vil det kreve en større medvirkning enn det som er vanlig i dag. Da største delen av omstillingsarbeidet er tenkt basert på pasientforløp, pasientfokusert prosessplanlegging vil det være behov for kompetanseutvikling.

Omstillinger vil innebære ressursbruk. For alle fagområder kan det oppstå behov for endringer i bygg/ombygginger/nybygg, og dermed investeringer, som følge av endringer i funksjoner. Det er et mål at gevinstene ved omstillingene skal være større enn kostnadene ved gjennomføringen (se avsnitt om gevinstrealisering). Det vil derfor være nødvendig å foreta tilstrekkelige konsekvensanalyser for alle foreslåtte løsninger med sikte på å kartlegge de viktigste effektene både av kvalitativ og ressursmessig karakter. Det vil også være svært viktig å angi tidspunkt for gevinstrealisering og ha en rett innfaset plan for endringer som tar hensyn til avhengigheter.

De økonomiske utfordringene helseforetakene står overfor kan bidra til at omstillinger, som ville vært ønskelige på lengre sikt, men som krever investeringer, ikke iverksettes.

Psykisk helseverngruppa synliggjør og tallfester i rapporten et stort potensiale for omstilling av ressurser fra sykehusfunksjoner og døgnbehandling til DPS og poliklinisk innsats. Det kan skapes et inntrykk at man ved slik omstilling er med på å bygge ned et tilbud. Også for de andre fagfeltene gjelder at målet om mer vekt på polikliniske, ambulante og dagbaserte tjenester kan oppfattes som tiltak som vil kunne medføre at de dårligste ikke får et tilstrekkelig tilbud, og at ansvar og kostnader skyves over på kommunene.

Anbefalingene forutsetter mobilitet hos de ansatte, spesielt spesialist. Dette vil kreve endringer i arbeidsvilkår som vil kunne bli kostbare, og dermed innebære en økonomisk risiko.

I en fase med omstilling og planer for omstilling er det et stort behov for informasjon som må dekket for ikke å skape unødig uro. Det blir viktig å kommuniseres hva som ikke skal endres.

3.2 Kommunikasjonsstrategi

Arbeidet med omstillingsprogrammet flyttes nå i stor grad fra regionalt nivå til sykehusområdene med unntak av området sentrum. Når sannsynlige konsekvenser av de prinsippene som blir vedtatt etter hvert synliggjøres, vil behovet for kunnskap og ønsket om informasjon øke både hos medarbeidere og i befolkningen. For å bidra til å skape trygghet og forutsigbarhet er det avgjørende at både medarbeiderne og befolkningen kjenner til hva som skjer, når det skjer og hvorfor det skjer. Erfaringsmessig er det stor interesse og oppmerksomhet rundt spørsmål om organisering av helsetjenester, og spesielt fra lokale medier. Derfor vil vi legge vekt på synliggjøre overfor media hvorfor endring er nødvendig, og

hvilke gevinster omorganiseringen kan gi for tjenestetilbudet til befolkningen. På bakgrunn av dette intensiveres kommunikasjonsinnsatsen i månedene fremover.

Basert på kommunikasjonsstrategien som ble vedtatt som en del av styresak 68-2007 er det utarbeidet en kommunikasjonsplan for perioden april til juni.

3.2 Dialog/forankring av saken

De tre arbeidsgruppene innenfor delprosjektet i Hovedstadsprosessen om lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene (somatikk, psykisk helsevern og rus) har hatt bred representasjon i form av deltagere fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører. Til sammen har det vært ca. 30 personer i gruppene som har hatt 3-4 møter og i tillegg møter med eksterne, som brukerorganisasjoner, private aktører, fagforeninger mv.. Det har i tillegg for alle tre delprosesser samlet blitt gjennomført regelmessige møter med konserntillitsvalgte, for å informere om arbeidet og for å motta innspill.

Det er generelt fremkommet bred støtte for den de målsettinger og den tenkningen som er lagt til grunn i hovedstadsprosessen, med etablering av sykehusområder og foreslåtte prinsipper for organisering innenfor disse. Det er imidlertid også avdekket noen overordnede innvendinger. En nokså gjennomgående bekymring er at tempoet i prosessen er høyt, slik at deltakelse ikke muliggjør reell påvirkning (forankringsprosesser blir dermed skinnprosesser fordi beslutninger er tatt, og deltakere blir gisler). Det er også en bekymring for at høyt tempo skal gjøre at det ikke blir tid til tilstrekkelig konsekvensutredninger. Videre er det en bekymring for at helseforetakenes økonomiske utfordringer skal medføre kortsiktige omstillinger som ikke samsvarer med målene i Hovedstadsprosessen, samt at de økonomiske utfordringene skal forhindre omstillinger som ville vært ønskelig på lengre sikt, men som krever investeringer på kort sikt.

Det er også blitt tatt opp gjentatte ganger at det er nødvendig at kommunene er bredt og likeverdig involvert i prosessen. Ikke bare vil endringene i spesialisthelsetjenesten påvirke kommunenes tjenester, men muligheten for å nå fastsatte mål for omstillingsarbeidet er i betydelig grad avhengig av et styrket samarbeid mellom nivåene.

Brukere har deltatt i alle arbeidsgrupper og på dialogkonferanser. Det har i tillegg blitt avholdt møter med brukerutvalg i alle helseforetak (to runder med dialogseminar) og for regionale og nasjonale brukerorganisasjonene har det blitt gjennomført seminarer og separate møter. Det har her kommet frem generell støtte for de prinsippene som foreslås for organisering av tjenestene. Brukerne mener det er riktig å styrke lokalbaserte tjenester innrettet mot kronikergruppene, men støtter samtidig samling av spesialiserte funksjoner der dette har betydning for faglig kvalitet. Brukerne er opptatt av at god samhandling med kommunene og fastlegene ivaretas, og av at kapasitet og kompetanse innenfor de prehospitale tjenester (syketransport) sikres i det videre arbeidet. Brukerne ønsker å delta i alle deler av prosessen videre.

Brukerutvalget har laget en rapport som oppsummerer brukerinnspillene. Denne vil bli brukt i det videre arbeidet.

Det ble i delprosessen om struktur og kapasitet gjennomført en egen innspillsrunde. Det vises til omtale av denne i prosjektrapporten og vedlegg med oppsummering av innspillene.

I tillegg ble det, etter at delprosessene hadde ferdigstilt rapporter (med unntak av delprosjekt 1 som hadde egen innspillsrunde), gitt mulighet for skriftlige innspill på samtlige delprosjekter. Det kom her frem gjennomgående mye støtte til innholdet i rapportene, men også flere interessante kommentarer. Når det gjelder de lokalbaserte tjenestene innenfor somatikk knytter kommentarene seg oftest til prinsippene for akutfunksjoner ved lokalsykehus og prinsippene for akutfunksjoner generelt. Det fremkommer både støtte for prinsippene og kritiske kommentarer.

Aker universitetssykehus har gitt et lengre innspill der det beskrives hvordan og hvorfor AUS kan og bør bli det ledende lokalsykehuset i Oslo, Storbysykehuset. AHUS er i sitt innspill særlig opptatt av sykehusområdene, og argumenterer også her for at AUS og AHUS sammen bør utgjøre sykehusområdet Øst.

Legeforeningen tar i sitt innspill opp at konsekvenser av omstruktureringene som planlegges for utdanning og kompetansebygging må utredes, ansvarsforholdet mellom sykehusene innenfor et sykehusområde og arbeidsforhold for de ansatte. Det påpekes blant annet at det i den gjeldende A2-avtalen mellom Legeforeningen og Spekter heter at "Legen kan ikke tilpliktes vakt på mer enn ett tjenestested med mindre annet er avtalt."

Rikshospitalet har påpekt i sitt innspill at sykehusets nasjonale og regionale oppgaver taler for at det organiseres utenfor sykehusområdene. Begrunnelsen som gis for dette er likeverdig bruk av disse funksjonene og en hensiktsmessig finansiering.

3.3 Drøfting pro et contra

Forslagene i saken vil innebære omstillinger for mange av Helse Sør-Østs helseforetak. Disse er i tråd med nasjonal politikk, jamfør blant annet Opptappingsplanen for psykisk helsevern og Nasjonal helseplan. Omstillingene vil føre til desentraliserte tjenester og økt samhandling med kommunene og sikre at pasientenes fremtidige behov kan møtes. Omstillingene setter pasientenes behov i sentrum. Det har vært gjennomført brede prosesser for å utrede og forankre prinsippene som foreslås lagt til grunn for omstillingene, og det er blant annet av den grunn en generell forventning om, og motivasjon for, endringer.

På den annen side vil omstillingene innebære endringer for mange ansatte. Omstillingene vil kunne ta tid og fokus bort fra utfordringer i forhold til nåværende driftssituasjon. Det vises til risikovurderingene i forhold til gjennomføring.

3.4 Konklusjon

På bakgrunn av de fremtidige utfordringer som er beskrevet, og det brede forankringsarbeid som er gjennomført, anbefaler administrerende direktør at arbeid videreføres i tråd med de foreslåtte prinsipper og prosesser i denne saken.

Trykte vedlegg:

1. Arbeidsprosess og fremdrift
2. Innspill fra regionalt brukerutvalg

Utrykte vedlegg:

- Rapport fra delprosess 1 – struktur og kapasitet
 - Sintef – struktur og kapasitetsanalyse
 - Samlede innspill
 - Forbruksmønstre og forklaringer
- Rapport fra delprosess 2 – spesialiserte funksjoner
 - Oppsummering fra dialogseminarene i februar skjematisk
 - Identifisering av regionfunksjoner
- Rapport fra delprosess 3 – lokalt baserte tjenester og samhandling med kommunene
 - Sluttrapport rus
 - Sluttrapport psykisk helsevern
 - Sluttrapport somatikk
 - Sammenstilling av hovedkonklusjoner

Alle vedleggene finnes på: www.helse-sorost.no/delrapporter-hovedstad

Styremedlemmer som ønsker rapporter tilsendt på papir gir beskjed om dette til Helse Sør-Øst RHF

Arbeidsprosess og fremdrift

I delprosjekt om fremtidig struktur og kapasitet ble det utformet et innspillsnotat om større sykehusområder, med forslag til alternative områdeinndelinger. Innholdet i notatet ble bl.a. drøftet i direktørmøtene 18.01 og 31.01 og notatet ble sendt ut på en innspillsrunde 16.02 med frist for tilbakemelding 05.03. På grunnlag av innspill fra helseforetakene, samt med utgangspunkt vurderinger av helseforetakenes eksisterende opptaksområder, kapasitet, pasientstrømmer mv., ble endelig forslag til sammensetning av sykehusområder utarbeidet.

Innenfor delprosjekt om spesialiserte funksjoner ble det gjennomført 14 heldags dialogseminarer for 20 fagområder. Til seminarene ble invitert faglige representanter fra helseforetakene, tillitsvalgte og brukerutvalg/organisasjoner. Totalt har rundt 640 personer fra hele regionen deltatt. Deltakerne er blitt bedt om å angi hva som er basisfunksjoner, spesialiserte funksjoner og regionsfunksjoner innenfor det aktuelle fag, og disse funksjonenes befolkningsgrunnlag (minste og optimale), samt avhengigheter til andre fag (nødvendig og ønskede samarbeidende fagområder og funksjoner). Følgende områder ble gjennomgått: Indremedisin (kardiologi, lungemedisin, nefrologi, geriatri, infeksjonsmedisin, fordøyelsessykdommer, endokrinologi og hematologi), Kirurgi (gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi), gynekologi, pediatri, revmatologi/revmakirurgi, nevrologi, slagbehandling, kreftbehandling, radiologi, anestesi/Intensivmedisin og rehabilitering.

I etterkant av seminarene ble et sammendrag av innspillene sendt ut til deltagerne, både for korreksjoner, og for vurderinger av det som kan leses ut av innspillene. Innspill som er mottatt i etterkant er samlet i en oversikt.

Det ble gitt en orientering om prosessen i styremøtet i mars.

Det ble innenfor delprosjekt om lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene nedsatt tre arbeidsgrupper, en for rus, en for psykisk helsevern og en for somatikk. Man valgte å etablere tre grupper på tross av målet om bedre samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus. Det er følgende hovedbegrunnelser for dette:

- Særskilte forhold knyttet til rus og psykisk helsevern: Disse fagfeltene ble ikke håndtert innenfor dialogkonferansene. Å definere regionale funksjoner ble derfor del av mandatet til gruppene innen psykiatri og rus. I tillegg kommer at nasjonale politiske føringer er klare, gjennom bl.a. opptrappingsplaner innenfor disse fagområdene, enn i somatikken.
- Ønsket om å løfte frem rus og psykiatri.

Mandatene for de tre arbeidsgruppene har overlappet når det gjelder akuttfunksjoner, lokalbaserte tjenester og samhandling (og da samhandling både med primærhelsetjenesten, avtalespesialister og andre deler av spesialisthelsetjenesten).

De tre arbeidsgruppene innenfor delprosjektet har hatt bred representasjon i form av deltagerne fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører. Til sammen har det vært ca. 30 personer i gruppene som har hatt 3-4 møter og i tillegg møter med eksterne, som brukerorganisasjoner, private aktører, fagforeninger mv.. Hver av gruppene har levert en sluttrapport. I tillegg er det utarbeidet en samlet fremstilling av hovedkonklusjoner i rapportene.

REGIONALT BRUKERUTVALG

Skien 8. mars 2008

Viseadm. Direktør
Mari Trommald
Helse Sør-Øst RHF

Hovedbudskap fra brukerne

Oppsummeringer fra de to konferansene i mars viser at brukerne retter sterkt fokus mot:

- Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten og
- Bedre tilbudet til personer med sammensatte tilstander og behov for tverrfaglig bistand over tid.

Konferansen med brukerråd og utvalg var konkret innrettet mot kriteriene for videre utvikling av tjenesten og videre medvirkning.

- Brukerråd og -/utvalg ga tilslutning til hovedprinsippene slik de ble presentert. Det ble gitt uttrykk for at de var fornuftige og gjennomarbeidede og kunne legge grunnlag for en robust tjeneste.
- Det ble spesielt gitt uttrykk for at felles organisering av akuttmottak for somatikk, rus og psykisk helse vil gi en bedre tjeneste.
- Det ble gitt tilslutning til prinsipp om sentralisering og desentralisering og tydeligere skille mellom lokalsykehus, områdesykehus og regionale funksjoner.

Brukerne ga imidlertid også uttrykk for at Helse Sør-Øst RHF må vise gjennomføringskraft for å kunne realisere endringene.

Brukerne ga uttrykk for at enkelte forhold ikke var tilstrekkelig tematisert i den presentasjon de fikk på konferansen. Det ble fremhevet at:

- Samhandling må komme tydeligere fram, helst som et tilleggsprinsipp. Spesielt ble det lagt vekt på:
- Fastlegenes rolle og tettest mulig integrasjon mellom lokalsykehus og fastlegene, bl.a. gjennom at legevakten integreres i lokalsykehusene.
- Effektiv syketransport av høy kvalitet, sykehotell m.v. bidrar til at lenger reiseavstand kan aksepteres.

Brukerne ble konkret spurt om innspill til sykehusområdene:

- Det ble gitt tilslutning til ideen om større sykehusområder

Fra konferansen med brukerorganisasjonene sammenfattes:

- Helse Sør-Øst RHF må legge større vekt på å gjøre pasienten selv og de nærstående bedre i stand til å ivareta egen helse. For å oppnå dette må det fokuseres sterkere på pasientopplæring, kommunikasjon og informasjon. Dette er ikke bare en oppgave for helsepersonellet. Også pasienter og pårørendes egenerfaringer og brukerorganisasjonenes erfaringer må tillegges vekt.
- Spesialistbehandlingen er kortvarig, men effekten av denne blir større dersom den planlegges i sammenheng med annen innsats. Helsetjenesten må planlegge for behandlingsforløp, ikke bare kortvarige intervensjoner.
- Flere deler av helsetjenesten har behov for kunnskapsoppdatering og utvidet kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsutviklingen må skje også gjennom at pasientenes/brukernes erfaring og kunnskap tas hensyn til.
- Det er nødvendig at helsetjenesten planlegger for sammensatte problemsituasjoner. Dette krever tverrfaglig og tverrspesialisert innsats, god logistikk og god kommunikasjon.

Gjennom disse to konferansene er det kommet gode og relevante synspunkt av nytte for beslutninger om prinsipper og for det videre arbeidet. Brukerne har vist at de er kompetente og har meninger om prosess og resultat. Det var stor grad av samstemmighet i mange saker. Dette tyder på at brukerne ønsker endring for å få en enda bedre spesialisthelsetjeneste som møter brukernes nåværende og fremtidige behov.

Brukerutvalget

Alf Magne Bårdslett

Leder