



Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen

DP2: Spesialiserte funksjoner

Prosjektrapport

28.3.2008

Innhold:

- 0 Grunnprinsipper for fremtidig organisering – konklusjoner og forslag for videre arbeid i hovedstadsprosessen.
- 1 Bakgrunn
- 2 Spesialiserte funksjoner – DP2 – prosjektmandat og opplegg
- 3 Oppstart av delprosjekt spesialiserte tjenester (DP2)
 - dialogkonferanser
- 4 Dialogkonferansene – gjennomføring
 - 4.1 Spesialisert rehabilitering
 - 4.2 Oppfølging av dialogkonferansene
 - 4.2.1 *Generelt om materialet*
 - 4.2.2 *Felles grunnlagmateriale*
 - 4.2.3 *Identifisering av regionfunksjoner*
 - 4.3 Noen hovedanbefalinger fra dialogkonferansene
 - 4.3.1 *Indremedisin*
 - 4.3.2 *Kirurgi*
 - 4.3.3 *Nevrologi*
 - 4.3.4 *Slag*
 - 4.3.5 *Pediatri*
 - 4.3.7 *Gynekologi og obstetrikk.*
 - 4.3.7 *Urologi.*
 - 4.3.8 *Onkologi /kreft*
 - 4.3.9 *Anestesi/intensiv*
 - 4.3.10 *Radiologi*
- 4.4 Opptaksområder, nivåinndeling og akuttfunksjoner – drøfting av hovedtrekk
- 4.5 Vurdering av prinsipper for videre arbeid med sykehusområder
- 4.6 Videre prosess

Vedlegg:

- 1) Oppsummering av dialogseminarene.
- 2) Identifisering av regionfunksjoner - Hvilke funksjoner utføres i det enkelte HF/sykehus i dag? Spørreskjema

0 Grunnprinsipper for fremtidig organisering – konklusjoner og forslag for videre arbeid i hovedstadsprosessen

I. Sykehusområder og lokalsykehusfunksjoner:

- Det legges til grunn at det er behov for å etablere større opptaks/sykehusområder der sykehusene gjennom et tettere samarbeid får mulighet til å ferdigbehandle 80 - 90 % av pasientene i sykehusområdet.
- Det forutsettes at sykehusområdene skal ha generell akuttfunksjon med unntak av akuttfunksjoner som defineres som regionfunksjoner.
- De fleste medisinske spesialiteter/ fagområder kan deles inn i 3 nivåer:
 - 1) Basisfunksjoner
 - 2) Spesial/områdefunksjoner
 - 3) Regionfunksjon

Inndelingen gjøres ut fra forutsetninger om beste behandlingskvalitet, nødvendig behandlingvolum, pasientopplevd kvalitet og god ressursutnyttelse.

- Det kan gjøres følgende enkle oppsummering av anslagene for opptaksområder på de 3 nivåene:
Basis: Indremedisin, en befolkning på 100 000 (optimalt 200 000) og kirurgi min. 200 000
Område: Det dobbelte av basis - dvs. indremedisin min. 200 000 og kirurgi > 400 000.
Regionfunksjon: Hele regionen som opptaksområde – dvs. en befolkning på 2,6 mill.

Det angis mange faglige avhengigheter og disse blir flere desto mer spesialiserte funksjonene er. Når en tar hensyn til de faglige avhengighetene, vil også de anbefalte opptaksområdene bli større enn anslagene ovenfor. I tillegg innebærer avhengighetene at de faglige rådene peker enda tydeligere i retning av å samle spesialiserte funksjoner.

- I hovedstadsprosessen ligger det til rette for å planlegge med optimale opptaks/sykehusområder. Løsninger utenfor hovedstadsområdet med et betydelig mindre befolkningsgrunnlag og tilpasset geografiske avstander, offentlig kommunikasjon og øvrige lokale forhold bør representere unntak fra hovedregelen.
- Følgende spesialiteter/funksjoner anbefales prinsipielt å ha *selvstendig funksjon/avdeling* bare på område-, eventuelt regionnivå:
 - Kirurgiske fag: Karkirurgi og urologi
 - Indremedisinske fag: Hematologi og nefrologi.
 - Nevrologi
 - Pediatri
 - Onkologi
 - Revmatologi /revmakirurgi

II. **Regionfunksjoner:**

- De enkelte regionfunksjoner skal kun være på ett sted i Helse Sør-Øst.
- Regionfunksjoner kjennetegnes ved stor grad av kompleksitet, avhengighet av avanserte funksjoner i mange andre fag og avansert / kostbart utstyr. Videre kan regionfunksjoner være definert med utgangspunkt i sjelden forekommende sykdommer (lite behandlingsvolum) som krever avansert behandling.
- Så langt foreligger anbefalinger fra fagmiljøene om regionfunksjoner på følgende områder:
 - Kreft – følge opp forslagene om regionfunksjoner i rapporten fra Samordningsprosjektet for kreftbehandling i tidligere Helse Sør og Helse Øst. Dette gjelder for eksempel avansert behandling av gynekologisk kreft og kreft hos barn.
 - Regionfunksjoner for barn samles - inklusiv kirurgi, ortopedi, intensiv med mer.
 - Plastikk kirurgi (jf. også tidligere prosesser)
 - Nevrokirurgi (jf. også tidligere prosesser)
 - Intervensjonsradiologi, inkludert arteriell slagbehandling.
 - Infertilitetsbehandling
 - Avansert elektrofysiologi innen hjertesykdommer (utredning og ablasjonsbehandling).
- Det foreslås at regionfunksjonene avklares samlet i den videre prosess med utgangspunkt i forslagene fra dialogkonferansene. Oversikt over forslagene er sendt ut til helseforetakene/sykehusene for vurdering og tilbakemelding, jf. vedlegg nr. 2 til rapporten.
Definering og avgrensning av regionfunksjonene vil endre seg over tid og det vil være behov for å evaluere oppgavefordelingen mellom sykehusnivåene. Dette vil være en løpende prosess som går utover omstillingsprogrammet.
- Fremtidige regionavdelinger gis ansvar for å vurdere og ta i bruk nye metoder i samarbeid med de øvrige sykehusenes avdelinger. Regionsavdelingene bør ha et hovedansvar for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og yte "second opinion".
- Regionsykehus gis ansvar for å sikre en likeverdig bruk av regionfunksjonene i regionen.

III. **Forhold som må ivaretas i den videre prosess:**

- Identifisere, avklare og fordele/lokalisere **regionsfunksjoner**. Dette er satt i prosess, jf. henvendelsen til helseforetakene/sykehusene som fremgår av vedlegg nr. 2 til rapporten.

- Materialet for **spesialisert rehabilitering** vil det arbeides videre med i neste fase. Siktemålet vil bl.a. være å avklare overordnet regional organisering av fagområdet.
- **Konsekvenser for utdanning.** Det må vurderes hvilke konsekvenser omstillingsprosessene får for grunnutdanning og spesialist / videreutdanning. Herunder bør områdene prehospitale tjenester og medisinske støttefunksjoner få særlig oppmerksomhet.
- I arbeidet med organisering av tjenestene innenfor sykehusområdene og samarbeidsrelasjonen med førstelinjetjenesten må **avtalespesialistenes** og **praksiskonsulentenes** rolle beskrives ved utformingen av samarbeidsmodeller og faglige nettverk.
- **Involvering.** Brede prosesser videreføres. I tillegg til løpende orientering og drøfting i etablerte fora som direktørmøter, fagdirektørforum, brukerutvalg og konserntillitsvalgforum, vil det være behov for å etablere fag/referansegrupper, evt. hørings- eller dialogkonferanser også i den videre prosess for avklaring av regionale funksjoner, koordinering mv.

1 Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst besluttet 18.12.2007 i sak nr. 68/2007 å sette gang et samlet program for utvikling og omstilling som skal omfatte hele foretaksgruppen. Programmet er organisert i fem innsatsområder:

- Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (*Hovedstadsprosessen*)
- Forskning
- Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner
- Kunnskapshåndtering og beste praksis
- Mobilisering av medarbeidere og ledere

Innenfor satsningsområdet "hovedstadsprosessen" er det etablert 3 delprosjekter.

- 1) Fremtidig struktur og kapasitet – DP1
- 2) Spesialiserte funksjoner (inkludert egen delprosess for spesialisert rehabilitering) - DP2
- 3) Lokalsykehusfunksjoner og samhandling med kommunehelsetjenesten – DP3

Delprosessene er kjørt parallelt, og det er forutsatt at utredninger og forslag skal samles og forelegges styret som et felles beslutningsgrunnlag. I første fase skal prinsipper for ny sykehusstruktur, herunder sykehusområder, etableres. Dette skal legges fram for styret i april. Samtidig skal en ta stilling til hvilke funksjoner som bør samles og evt. regionaliseres ut fra kvalitetshensyn og ønske om best mulig utnyttelse av spisskompetanse og avansert utstyr. I neste fase (april-juni) skal nevnte prinsipper anvendes for å etablere gode løsninger innenfor sykehusområdene slik at det legges et beslutningsgrunnlag for oppgave- og funksjonsfordeling på helseforetaksnivå.

Tredje fase vil være en bred høringsrunde med avsluttende styrebehandling, etterfulgt av en implementeringsprosess som vil strekke seg over flere år.

2 Spesialiserte funksjoner – DP2 – prosjektmandat og opplegg

Den aktuelle rapporten er tilegnet ovennevnte delprosess. Spesialiserte tjenester har hatt størst oppmerksomhet i dette arbeidet, og målet har vært å skille disse ut og foreslå en fremtidig organisering som gir bedre behandlingskvalitet, bedre opplevd kvalitet og service for pasientene samtidig med bedre ressursutnyttelse. Samtidig er forventningen at identifisering og organisering av disse funksjonene vil legge premisser for organiseringen av fremtidige sykehusområder på den ene siden og lokalsykehusfunksjoner på den andre siden. Til grunn for denne prosessen ligger et ønske om samling av tjenester og differensiering av behandlingsnivåene.

Som grunnlag for beslutningene vedrørende hovedstadsprosessen i styresak 68/2007 ble det bl.a. fremlagt et programnotat hvor en spesielt drøftet behovet for ny sykehusstruktur og samling av tjenester i hovedstadsområdet. Problemstillingene vedrørende spesialiserte funksjoner ble oppsummert som følgende:

- Det enkelte helseforetak i hovedstadsområdet har ikke pasientgrunnlag og ressurser til å tilby komplette tjenester.
- Spissfunksjonene og akuttfunksjonene må samles.
- Med funksjonsfordeling definerer en hvilket sykehus/enhet som skal ha det enkelte behandlingsområdet.

- For mange fagområder er det dokumentert sammenheng mellom behandlingsvolum og kvalitet, særlig innen de prosedyreorienterte fag.
- I spesialisthelsetjenesten er derfor fokus mer og mer satt på funksjonsfordeling og krav til et minimumsvolum som må til for å utøve kvalitetsmessig god behandling.
- God kvalitet i pasientbehandlingen utvikles ved gjennomtenkt praksis med basis i etablert kunnskap og ved trening gjennom repetisjon.
- Det er begrenset hvor mange områder og prosedyrer den enkelte enhet og spesialist kan være god på til enhver tid.
- Høyspesialiserte tjenester må sentraliseres for å oppnå tilfredsstillende behandlingsvolum ved det enkelte sykehus – og tildeles ett / evt. noen få sykehus når det er hensiktsmessig.
- Minimumsvolum baseres på vitenskapelig dokumentasjon der dette finnes, men ofte må en basere seg på konsensus ut fra faglig beste skjønn.
- I hovedstadsområdet med relativt korte avstander vil det være mulig å definere minimum volumkrav, sentralisere spesialiserte funksjoner og ha tilbud med nærhet til bruker på samme tid.

I den videre prosess ble det lagt opp til bred involvering og innhenting av råd og vurderinger fra fagmiljøene på de mest sentrale fagområdene. Videre har forutsetningen vært å bygge på utredningsarbeid som er gjennomført i begge de tidligere helseregionene.

I forhold til arbeid med ny struktur for sykehusene og samling av høyspesialiserte funksjoner er Helse Sør-Øst i den heldige situasjon å kunne dra nytte av andres erfaringer. Både i Stockholm og København er det gjennomført struktureringsprosesser over flere år nå. Helse Sør-Øst har besøkt de ansvarlige for prosjektprosessene begge steder, og disse har delt med seg sine erfaringer. Både programnotatet og styresak 68/2008 i Helse Sør-Øst var inspirert av tankemodeller og erfaringer fra de andre skandinaviske hovedstedene.

3 Opstart av delprosjekt spesialiserte tjenester (DP2) – Dialogkonferanser

Arbeidet med nivåinndelingen av spesialiserte tjenester startet opp med et halvdagsmøte 7.1.2008, hvor fagpersoner utpekt av helseforetakene/sykehusene ble invitert til å drøfte forslag til gjennomføring av en arbeidsprosess for definering av behandlingsvolum på sentrale fagområder. Opplegget som ble presentert var inspirert av bl.a. hovedstadsprosessen i København, og det ble diskutert hvordan en kunne gjennomføre en effektiv og forsvarlig prosess med konsentrert innsats over en kort periode for derved ikke trekke altfor store vekslers på klinisk personell i sykehusene. Det ble registrert stor interesse og ønske om å bidra aktivt og direkte i prosessen. Det ble konkludert med å satse på en bred og konsentrert prosess i februar, og at en derfra skulle etablere felles grunnlagsmateriale og foreslå måter å sikre involvering videre.

4 Dialogkonferansene - gjennomføring

Det ble gjennomført heldagskonferanser over 5 dager for 20 fagområder med 80 grupper og parallelle sesjoner over en dag for hver gruppe; rundt 640 deltakere til sammen fra hele regionen.

Gruppene ble sammensatt av faglige representanter fra helseforetakene, tillitsvalgte og brukerutvalg/organisasjoner. 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.
- Spesialisert rehabilitering, se under punkt 4.1.

Gruppene fikk i oppgave å besvare følgende 5 spørsmål som ble levert inn etter felles svarskjema, ett fra hver gruppe:

1. *Hvilke funksjoner innen faget bør være henholdsvis*
 - a) *regionfunksjon og samles på ett sted i regionen*
 - b) *spesialfunksjon som bør samles på få steder og*
 - c) *basisfunksjon som alle avdelinger innen området bør ha.*
2. *Hvilket befolkningsgrunnlag må basisfunksjon og spesialfunksjon innen faget ha som grunnlag for å oppebære en bærekraftig funksjon?*
3. *Hvilke andre fagområder, eventuelt hvilke andre spesifikke funksjoner fra andre fagområder, må finnes samme sted som henholdsvis basisfunksjon og spesialfunksjon?*
4. *Hvilke tiltak gjøres innen ditt fag som bidrar til å nå ett eller flere av følgende mål:*
 - a) *Bedre kvalitet på tjenesten*
 - b) *Bedre ressursutnyttelse*
 - c) *Bedre pasientopplevd kvalitet.*
5. *Hva er deres råd med tanke på gjennomføring av den videre prosess og hvordan dere som fagfolk best kan involveres?*

4.1 Spesialisert rehabilitering

Ved styrebehandlingen i desember besluttet styret at det skulle legges fram beslutningsgrunnlag for samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen som en del av det øvrige beslutningsgrunnlaget for spesialiserte tjenester. Rehabilitering er et sammensatt fagområde med mange medisinske spesialiteter, tverrfaglig orientering og mange utøvende helse- og sosialprofesjoner. Helse Sør-Øst har sett det ønskelig med en gjennomgang av spesialisert rehabilitering som et samlet virksomhetsområde etter samme opplegg som for de øvrige faggruppene.

For dette området ble det også gjort et forarbeid ved at Sunnaas sykehus HF og Rikshospitalet HF (inkl. Spesialsykehuset for rehabilitering, SSR Stavern) ble bedt om å komme med innspill som basis for drøfting i dialogkonferansene, og i forbindelse med dette hadde en også kontaktmøter med Sunnaas Sykehus og Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern 1.2.2008. Heller ikke på dette området er det forutsatt nye omfattende utredninger av problemstillinger, men uttrekk og fornyet drøfting av forslag som foreligger fra utredninger i begge de tidligere helseregioner. De to sykehusene ble bedt om kortfattede forslag til regional organisering med grunngeving, eventuelt drøfting av alternativer.

Dialogkonferansene ble holdt den 6.3.2008 med bred oppslutning. Brukerorganisasjonene ble gitt anledning til å stille med utvidet antall, slik at det var brukerrepresentanter til stede i alle grupper. Også de private rehabiliteringsinstitusjonene var representert. Anbefalingene fra dialogkonferansen er relativt sprikende, og det synes behov for å følge opp i en mer konsentrert prosess med en egen arbeidsgruppe til å vurdere innhold og organisering av spesialisert rehabilitering.

4.2 Oppfølging av dialogkonferansene innen somatikk

Det foreligger et omfattende materiale organisert etter felles mal (svarskjema). Til sammen er det på bortimot 300 sider med faktaopplysninger, vurderinger og forslag. Det var et mål at deltakerne skulle tenke helhetlige løsninger for faget basert på beste kvalitet, ressursutnyttelse og tilpasning til bruker. I disse vurderingene skulle det ses bort fra fremtidig lokalisering. Gruppene har respektert dette og levert materiale med stor grad av konsensus. Det framkommer få formaliserte dissenser.

4.2.1 Generelt om materialet

Gruppene var bedt om å definere basis-, område-, regionfunksjoner, samt inkludert eventuelle landsfunksjoner, innenfor sitt respektive fagfelt. Dette har fungert, men materialet avspeiler ulik oppfatning av begrepene og inndelingen passer ikke like godt for alle slik områdene er organisert i dag.

Basis oppfattes gjennomgående identisk med lokalsykehusfunksjoner, mens noen har oppfattet det som funksjoner som skal være til stede på alle nivå i faget. Dette spesielt innenfor fag hvor en er vant til å tenke en todeling, og regionfunksjonene ikke er formelt definert (eks. pediatri, nevrologi, gynekologi og til dels onkologi).

Akutt. I dialogkonferansene ble ikke gruppene bedt om å definere akutfunksjonene innenfor områdene – men om å vurdere størrelse på opptaksområde for elektive og akutte funksjoner på de to nivåer (basis- og områdefunksjon). Det er med rette påpekt fra noen av gruppene (bl.a. indremed/gastro) at det er vanskelig å definere "basis" i betydningen lokalsykehusfunksjoner uten ha definert om eller i hvor stor bredde fremtidige lokalsykehus skal ha akutfunksjoner. Denne problemstillingen er inkludert i det videre arbeid både med spesialiserte tjenester og innenfor prosjektet som utreder lokalsykehusfunksjonene.

For opptaksområder spurte en om minimum volum og optimalt volum både for akutte og elektive tjenester på to nivåer. De fleste har ikke skilt mellom akutt og elektivt og det oppgis til dels vide anslag. I oppsummeringen har en derfor valgt ikke å skille mellom akutt og elektivt og satt opp det som er oppgitt som spennet mellom minimum og optimalt – det angis således bare forslag til nedre grense og den optimale, men ikke øvre grense for opptaksområder. Gjennomgående er det også vist til en grense (optimal) for hovedstadsområdet og fremholdt at det må tas geografiske hensyn når en skal vurdere regionen for øvrig, ikke minst relatert til kommunikasjon og transporttid.

Gjennomgående har ikke gruppene henvisninger til dokumentert kunnskap når de angir hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for de ulike funksjonene for å sikre faglig kvalitet.

Utdanning og forskning. I sammendraget har en bare unntaksvis tatt med forslag og kommentarer som gjelder utdanning og forskning. Dette fordi det ikke ble spurt systematisk om dette i spørreskjema for dialogkonferansene. Imidlertid vil utdanning og forskning få oppmerksomhet når sykehusområdene skal bestemmes i den videre prosess.

Avtalespesialister og praksiskonsulenter. Mange av gruppene har fremhevet den viktige rollen disse har i samarbeidet med førstelinjetjenesten. Videre at det må legges til rette for at avtalespesialistene kan bidra i større grad i spesialistutdanningen av leger. Også dette representerer synspunkter av generell gyldighet og vil bli tatt med i det videre arbeid, selv om en av plasshensyn ikke har tatt med synspunktene gjentatte ganger i oppsummeringen.

Generelle regionfunksjoner. Fra mange av gruppene er det påpekt at regionsavdelingen bør være ansvarlig for å vurdere og ta i bruk nye metoder i samarbeid med de andre sykehusenes avdelinger. Videre vil det være naturlig å stille seg til rådighet for "second opinion", utarbeide veiledende retningslinjer, kvalitetsvurderinger, drive fagutvikling og forskning samt forskningsveiledning, gjerne i nettverk. I oppsummeringen har en ikke anmerket dette spesielt for de enkelte områder, da en anser at dette er synspunkter som har generell oppslutning, og føringen vil bli tatt med videre i arbeidet med å avklare regionfunksjonene.

Materialet fra dialogkonferansene er oppsummert samlet i vedlegg nr. 1.

4.2.2 Felles grunnlagsmateriale

Gruppene har framstilt noe forskjellig med ulik grad av spesifisering. Oppsummeringen er sendt til deltakerne i dialogkonferansene for gjennomgang med oppfordring om tilbakemelding om evt. feil og mangler. Formålet med det er å få etablert et sammenfattet grunnlagsmateriale som en har felles for videre arbeid både med sykehusområder og fordeling av funksjoner. Vedlegg nr. 1 har inkludert tilbakemeldingene fra deltakerne.

4.2.3 Identifisering av regionfunksjoner

Samtidig har det vært nødvendig å gå videre med differensiering av behandlingsnivåene innen spesialiserte tjenester, og en har sett det hensiktsmessig å få skilt ut og avklart regionfunksjonene først. I dialoginnspillene er det listet opp en rekke funksjoner som anses som regionfunksjoner, evt. foreslås som regionfunksjoner i fremtiden. *Med regionfunksjon (inkl. landsfunksjon) forstås en funksjon som bare skal utføres ett sted i Helse Sør-Øst.*

En har gjort et uttrekk av regionfunksjonene som arbeidsgruppene gjennomgående har utpekt og sendt en samlet liste til helseforetakene/sykehusene for å få identifisert hvilke av funksjonene som utføres ved det enkelte sykehus i dag, jf. vedlegg nr. 3. Det forutsettes at sykehusene i første omgang skal gå igjennom listen for de enkelte fagområder og merke av hvilke som utføres ved sykehuset i dag og deretter fylle ut tilleggsopplysningene om aktiviteten. Detaljeringsgraden i beskrivelse og oppstilling av funksjonene varierer, hvilket gjenspeiler at det var ulike oppfatninger i dialogkonferansene, både mellom fagområder og mellom grupper innenfor fagområdene.

Imidlertid vil denne utsjekkingen være oppstarten på en prosess for å få fastslå sentrale regionfunksjoner/grupper av regionale oppgaver som skal være på ett sted i regionen.

I oppsummeringen foran i rapporten (pkt. 0) er det gitt en foreløpig oppstilling av funksjoner som er definert på regionområde i dag og andre hvor det anses å være rimelig enighet om defineringen.

Neste ledd i prosessen blir å få avklart hvor funksjonene mest hensiktsmessig skal plasseres i fremtiden, og hvilke øvrige grunnlagsbetingelser som må oppfylles i den forbindelse. Det forholdet at Helse Sør-Øst representerer en fusjon av to tidligere helseregioner med hver sitt regionsykehus, tilsier i seg selv at en har en del dublerede regionfunksjoner i dag, og at det må skje flyttinger av funksjoner om de skal opprettholdes som regionfunksjoner. Slike prosesser ble også gjennomført mellom RHFene før fusjonen, og har blitt videreført i en samarbeidsprosess mellom regionsykehusene etter fusjonen, men det er en forutsetning å få et mer helhetlig grep og raskere løsninger når det nå blir etablert som et felles løp i hovedstadsprosessen.

4.3 Noen hovedanbefalinger fra dialogkonferansene

Som nevnt er bl.a. anbefalinger og forslag til fordeling av funksjoner oppsummert i vedlegg nr. 1. med inndeling i basis-, område- og regionsfunksjoner. Nedenfor vil en trekke fram noen hovedlinjer spesielt med tanke på inndelingen mellom lokalsykehusfunksjoner og "områdefunksjoner" og som innspill til å bestemme fremtidige sykehusområder.

4.3.1 Indremedisin

Innen endokrinologi oppgis pasienter med beinskjørhet - høy risiko eller manifest sykdom, diabetes, thyroideasykdommer, hypertyreose og akutte endokrinologiske tilstander - som aktuelle for behandling på basisnivå. I dagens situasjon anses det urealistisk at lokalsykehus skal ha leger med endokrinologisk spesialistkompetanse, men heller at det må forutsettes et bakvaktsystem og arbeid i nettverk med områdesykehus. Det foreslås en rekke område- og regionfunksjoner etter en stigende grad av kompleksitet og sjelden forekomst. Flere av regionfunksjonene foreslås også som landsfunksjon. Samtidig fremheves behovet for å avklare oppgavefordelingen mellom AUS, RH og UUS i dag. Spissfunksjonene må samles i ett regionalt miljø. I forhold til områdefunksjonene forutsettes brede medisinske støttefunksjoner og tilgang på endokrin kirurgi, karkirurgi, ortopedi, nefrologi, øye, kardiologi, nevrologi, gyn/obstetikk og pediatri. Det forutsettes bakvakt for betjening av lokalsykehus. Det fremholdes at basisfunksjoner kan fungere ned til opptaksområde på 20 000-30 000, men det optimale foreslås til 100 000- 250 000. Områdefunksjon foreslås til 250 000 til 500 000.

Fordøyelsesykdommer. Det blir fremholdt at akutfunksjonen i indremedisin er dimensjonerende for fordøyelsesykdommer. Spesialiteten må være til stede på ethvert sykehus med akutfunksjon, og funksjonen vil videre være spesielt avhengig av kardiologi og kirurgisk beredskap. Opptaksområdet foreslås tilsvarende som for endokrinologi. Det foreslås at akutfunksjonene i indremedisin må avklares før nivåinndeling kan bestemmes.

Geriatrici tenkes bare delt i to nivåer – basis og region. Lokalsykehus bør ha en solid geriatrisk service, og det fremholdes at med et opptaksområde på 100 000 vil det være basis for en geriatrisk enhet i akuttmottaket. Rundt 20 % av pasientene har primære geriatriske problemstillinger, og geriatri bør ha 20 % av indremed. akuttsenger. Samarbeid med førstelinjen er avgjørende for å tilpasse behandlingsforløp etter akutttopphold. Som regionfunksjon foreslås avansert demensutredning.

Nefrologi. Basisfunksjoner er utredning/oppfølging av akutte og kroniske nyresykdommer, herunder også funksjon som nefrologisk tilsyn ved andre avdelinger (kirurgi mv.) Det fremholdes at funksjoner med høyt volum (dialyse) bør ligge lokalt - ute hos brukerne - og en må ta høyde for det økende antall eldre personer med behov for dialyse. Utviklingen går i retning av mer hjemmemodialyse, sykehjemsdialyse og "outsourcing" av hemodialyse). Også på dette området fremholdes akutfunksjon som en hovedproblemstilling. Akutt dialyse vil forutsette vaktberedskap og det anbefales et opptaksområde på 200 000-500 000 for dette.

Infeksjonsmedisin. Diagnostikk og behandling av vanlige infeksjonssykdommer samt smittevern er basisfunksjoner. Det fremholdes at sykehus med akutfunksjon bør ha minst en infeksjonsmedisiner. Opptaksområde foreslås til 100 000 for basis (akutt) og områdefunksjon med 250 000 -300 000.

Kardiologi. Det vises til at i 40 % av akutte henvendelser ved en indremedisinsk avdeling vil det være behov for kardiologisk vurdering. For utøving av diagnostikk og akuttbehandling av hjerteinfarkt, vil det være behov for støttefunksjoner på døgnbasis (anestesi/intensiv og røntgen). Det fremholdes at lokalsykehus med akuttfunksjon må ha minst 2 kardiologer. I tillegg må indremedisinere med vaktberedskap ha kunnskap som muliggjør diagnostikk og behandling i akuttsituasjoner, inklusive orienterende ekkokardiografi.

I tillegg vil det være behov for bløtdelskirurgi og øvrige medisinske spesialiteter tilgjengelige (fysisk nært /områdesykehus). Polikliniske undersøkelser (hjertesviktpoliklinikker) vil være en solid lokalsykehusfunksjon, og her foreslås opptaksområde ned til 20 000-30 000, mens akutt kardiologi må ha 50 000 -150 000. For områdefunksjon foreslås 200 000 -500 000. Det foreslås også at noen spesialiserte områdefunksjoner samles på færre steder enn antall sykehusområder, slik at avdelingen betjener befolkningen i to eller flere sykehusområder.

Lungemedisin. Også innenfor dette området synes hovedfordelingen å være mellom basisfunksjoner og regionfunksjoner. Der det er akuttfunksjon kreves også medisinske støttefunksjoner. Basisfunksjoner vil være behandling ved akutt respirasjonssvikt, diagnostikk og behandling av tuberkulose, generell allergiutredning, bronkoskopi på dagtid, lungefunksjonstester, arbeidsbelastning/ergospiometri, utredning lungecancer, palliativ behandling av lungecancer. For dette trengs lungemedisinsk kompetanse på dagtid, men ikke nødvendigvis vaktordning. Fordelingen mellom område- og regionfunksjoner er ikke tydelig, og avhengighet til andre fagområder beskrives som den samme for begge nivå. Opptaksområde for områdefunksjon foreslås til 250 00 -500 000.

Innen hematologi legges hovedvekten på område- og regionfunksjoner. Pasientomfanget er begrenset - og full virksomhet bør ha opptaksområde på 250 000- 500 000. Det listes opp flere regions/landsfunksjoner for sykdommer med lav forekomst (50 – 80 pasienter pr. år). Med hensyn til fremtidig organisering av området foreslås samlet regionavdeling, ett sykehus med spesialfunksjoner i hvert sykehusområde og samlet hemapatologisk diagnostikk for hele regionen. Ny utvikling vil kreve ytterligere sentralisering for å effektivisere sterkt økende utgifter.

4.3.2 Kirurgi

Innen ortopedi er det et bredt spekter av inngrep som foreslås som lokalsykehusfunksjoner - alt fra basal bruddkirurgi til generell traume-, protese-, rygg- og allmenn fot- og ankelkirurgi. Det var 7 grupper på dialogkonferansen og i 6 av gruppene er det generell enighet om delelinjene mellom nivåene. De som ønsker brede basisfunksjoner, forutsetter å ha både elektiv- og akuttfunksjon. En gruppe har et prinsipielt avvikende syn idet den hevder at lokalsykehus ikke bør ha ortopedi, men kun drive en skadestue etter dansk modell. Denne gruppen foreslår at funksjonene deles mellom område- og regionfunksjon, og at ikke lokalsykehus bør ha ortopedi fordi det vil kreve et befolkningsgrunnlag på minst 200 000. Dette vil i så fall innebære 1-2 akuttmottak innenfor hvert sykehusområde.

Innen gastrokirurgi foreslås omfattende funksjoner som basis, men her tenkes det innenfor perspektivet akuttsykehus og forutsettes allokert bred medisinsk kompetanse med støttefunksjoner og observasjonssenger. Det er bred enighet om at akutt og elektiv virksomhet bør være samlet. Kun enkelte spesielle (elektive) funksjoner kan foregå ved avdeling uten akuttfunksjon. Når den faglige bredden blir så omfattende som forslagene innebærer, blir kravene til faglig beredskap bortimot sammenfallene for basis- og områdefunksjon. Det som skiller vil være tilgang på høyspesialisert utstyr. Det er sprik i forslag til opptaksområde. Flertallet av gruppene forslår opptaksområde på 200 000-300 000 for lokalsykehus og mer enn det dobbelte for områdefunksjon. Skillelinjene her avspeiler forskjeller mellom by og land. De små sykehusenes ønsker å få beholde funksjoner, og de større sykehusenes ønsker å få et tilstrekkelig grunnlag for å rekruttere kompetent personell og ha breddekompetanse, støttefunksjoner og utstyr som er ønskelig. Økonomisk inntjening vil også være et sentralt spørsmål.

Innen karkirurgi foreslås ikke basisfunksjoner utover kontroll og oppfølging via poliklinikk og mulig enkelte elektive inngrep. Poliklinikkene knyttes opp til og betjenes av spesialenheter. Tyngden av virksomheten vil ligge på områdesykehus, og det fremholdes at store akuttsykehus bør ha karkirurgi. I tillegg til at gruppene lister opp en del regionfunksjoner, foreslår de at sjeldne inngrep, definert med en hyppighet under 30-50 pr. mill. innbyggere pr. år skal være regionfunksjon. Fra en gruppe fremholdes det at det ikke er nødvendig å definere regionfunksjoner. Det er enighet om større opptaksområder ved etablering av områdesykehus – i størrelsesorden 400 000 til 1 000 000.

Reumatologi/reumakirurgi. Disse to områdene er behandlet i felles grupper. I utgangspunktet blir det anbefalt at både revmatologi og revmakirurgi bør ligge til områdesykehus og regionsykehus, men at utredning og behandling av revmatiske sykdommer kan være basisfunksjoner. Videre at også administrasjon av biologiske legemidler og vurdering av indikasjon for behandling som for eksempel skal iverksettes av avtalespesialister, rehabilitering og LMS kan være basisfunksjon. Gruppene har gjennomgående foreslått store opptaksområder for basisfunksjoner (200 000 - 400 000). Det foreslås at revmakirurgi bør ha et større opptaksområde enn revmatologi og utføres på færre avdelinger enn antall sykehusområder.

Lokalsykehuset kan ha en rolle i rehabilitering, samtidig som det hevdes at det må skje implisitt på alle nivåer, og at kompleks rehabilitering bør være en områdefunksjon. Også innenfor dette området foreslås gjennomgående opptaksområde på 200 000 - 500 000 og at områdefunksjon har det dobbelte.

4.3.3 Nevrologi

Generelt foreslås det ikke basis/lokalsykehusfunksjoner utover tilsyn og oppfølging, evt. i samarbeid med DMS og avtalespes. Et unntak går ut på at lokalsykehus skal ha mottaksfunksjon for pas. med symptomer, konferere med områdesykehus og videresende raskt når det er nødvendig. Dette imøtegår av flere med hensyn til fare for å miste tid (behandlingsmulighet, jf. slaggruppen).

Det er bred enighet om at det er nødvendig med en viss størrelse på avdelinger for å sikre faglig utvikling og god kvalitet. Derfor anbefales det at nevrologiske avdelinger må ligge på områdesykehus. Utredning av nevrologiske pasienter utenfor komplette nevrologiske avdelinger bør begrenses til poliklinisk satellittvirksomhet i regi av spesialist i nevrologi.

Det vises gjennomgående til hovedstadsrapporten fra København og rapport om nevrofagene v/ Muusmann. Forslagene i disse har oppslutning. Bla. fremkommer følgende vurdering: Oslo og Akershus har grunnlag for 3 nevrologiske avdelinger. Og det foreslås regionfunksjoner lagt til ett av dem, evt. eget senter. Opptaksområde foreslås i størrelsesorden 250-400 000 for hovedstadsområdet/storby, men noe mindre for distrikt. Det reises også som spørsmål om søvnlaboratorium bør sentraliseres til ett sted i regionen.

4.3.4 Slag

Forslagene på dette området er gjennomgående sammenfallende med nevrologi når det gjelder nivåinndeling. Tilsynelatende er det ulikt syn på evt. plassering av slagenheter (lokal- eller områdesykehus). Men dette synes ikke å være av prinsipiell karakter, mer et spørsmål om dimensjon på og kompetansenivå for lokalsykehus med hensyn til akuttfunksjon og for øvrig geografiske hensyn.

Det fremholdes at også pasienter som er ute av tidsvinduet for trombolyse og aktiv tverrfaglig behandling må få god og rask behandling i en dedikert slagenhet som kan ligge på områdesykehus eller lokalsykehus.

I hovedsak anbefales at alle pasienter med akutt slag behandles på områdenivå med tilbud om akutt utredning og eventuell trombolyse, men at rehabiliteringstjenester kan ytes som lokalsykehusfunksjon. Gruppene er delt i spørsmålet om hvorvidt alle sykehus med akuttmottak bør kunne tilby intravenøs trombolyse, som betinger tilgang på CT/ CT-

angiografi og kompetanse på nevrologisk vurdering. Det presiseres at slagenhet må tilfredsstille definerte kriterier i publiserte konsensusrapporter.

4.3.5 *Pediatri*

Det synes å være konsensus for at lokalsykehus ikke kan være komplette akuttstusykehus. Noen av gruppene mener at pediatrien bare har to nivåer. Andre lister opp en rekke funksjoner på område- og regionnivå relatert til indremedisin og kirurgi og med hovedoverskrift at funksjonen gjelder barn. Funksjonsfordeling mellom lokalsykehus og områdesykehus vil forutsette spesialisert kompetanse også ved lokalsykehus. Forslagene til hvilke spesialistfunksjoner som bør være samme sted er omfattende, og vil i seg selv tilsi at funksjonene må anses som områdefunksjoner.

For basisfunksjoner angis generelt et opptaksområde på 30-50 000 for en barnebefolkning under 15/18 år (dvs. befolkningsgrunnlag på minst 200 000). Det påpekes at nærhet til hjemmemiljø og familie er et viktig element i behandling av barn og unge. To problemstillinger som trekkes fram er: (1) Bør habilitering og barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud organiseres sammen med barnemedisinen? Og (2) Avtalespesialister i pediatri og pediater i sykehus uten barneavdeling bør integreres i helhetlig behandlingstilbud i samarbeid med en barneavdeling i sykehusområdet.

4.3.6 *Gynekologi og obstetrikk*

Som basisfunksjoner foreslås generell gynekologi, undersøkelse og oppfølging som i stor grad utføres poliklinisk. Videre foreslås av noen at selektering av fødende (fødsel fra 30 uker?) og neonatal overvåking/pediatrik tjeneste er en basisfunksjon innen gynekologi. Det foreslås akuttberedskap for både gynekologi og føde, og at det må være spesialist på vakt som kan utføre keisersnitt og annen forløsningsbistand. Det er generell enighet om å skape robuste enheter med enhetlige veiledere. Anbefalt fødevolum er 1500 til 3000 for en avdeling. Dette innebærer opptaksområder på 150 000-300 000. Antall fødsler gjøres førende for opptaksområde for det samlede fagområdet. Basis- og områdefunksjon ses under ett, slik at også gynekologifaget anses å ha kun to nivåer.

Det er listet opp et bredt spekter av medisinske støttefunksjoner og andre spesialiteter fagområdet er avhengig av å ha tilgjengelig. Dette peker i retning av at fødetilbud bør være områdefunksjon, men at det også kan skje basert på streng selektering av fødsler på lokalsykehusnivå hvor en dels har jordmorstyrte enheter til å betjene normalfødsler for fødende (fødestuer og ABC-enheter). Det fremholdes at en fødeavdeling må ha gynekologisk avdeling samme sted, men ikke nødvendigvis det omvendte.

Det er først på regionnivå at en rekke konkrete funksjoner og inngrep blir listet opp, og det fremholdes at områdefunksjoner til nå i liten grad er definerte innen gynekologi. Generelt fremholdes at skille mellom område- og regionfunksjon går i forhold tilstander som er sjeldne, krever meget kostbart utstyr og/eller avansert tverrfaglighet.

Det er uenighet om nyfødtgrensen mellom områdefunksjon og regionfunksjon skal være 26 (Ahus HF og SSHF) eller 28 uker.

4.3.7 *Urologi*

Som basisfunksjoner angis palliativ behandling og urologisk poliklinikk med urodynamisk utredning, transuretral urologi, dagkirurgi/enklere kirurgisk behandling. Dette er avhengig av tilgang på anestesi og postoperative senger, samt tilgang på øvrige medisinske støttefunksjoner og indremedisin og kirurgi – evt. fra vaktordning. Det er kort sprang mellom regionfunksjon og områdefunksjon, der det også settes opp minimumsgrenser for antall inngrep for å kunne plassere det som områdefunksjon. Det er store forskjeller i anslagene for opptaksområder. For basis foreslås opptaksområde fra ned i 50 000 og opptil 250 000. Dette må ses i sammenheng med at det er stort sett polikliniske undersøkelser og enkle kirurgiske inngrep som forutsettes utført. Videre er nok dette også et uttrykk for de små sykehusenes ønske om å beholde funksjonen og påpekning av at geografiske forhold må hensyntas. Område/regionfunksjon foreslås fra 250 000 og opptil 2,6 mill.

Det er enighet om å samle urologisk miljø for å hindre fragmentering. Ett forslag går ut på å få en urologisk enhet ved universitetssykehus hvor alle lidelser kan behandles, og et annet at en får et regionalt senter (regionfunksjon).

4.3.8 Onkologi/kreft

Gjennomgående er det enighet om at enkel kurativ behandling og oppfølging bør være basisfunksjon – for eksempel poliklinikker med rutinepreget kjemoterapi og ordinær palliativ behandling. Det forutsettes stedlig onkologkompetanse og onkologisk sykepleie. Støtte til primærhelsetjenesten vil være en viktig oppgave.

Diagnostikk og utredning bør være områdefunksjon og vil kreve kirurgi og indremedisin tilgjengelig, samt onkologisk service. Men det er meningsforskjeller her, og noen foreslår at coloncancer og endoskopi kan være lokalsykehusfunksjon. Det er også uenighet om palliativ team – hvorvidt det kan være basis- eller områdefunksjon. Uenigheten avspeiler geografiske forskjeller, men også ulik oppfatning av i hvor stor grad lokalsykehus kan/skal ha akuttfunksjoner.

Gruppene som anser at en skal ha akuttfunksjon lokalt, anslår opptaksområde på 100 000-150 000, mens basisområde uten akutt foreslås ned mot 50 000. For områdefunksjon foreslås gjennomgående 250 000 – 500 000.

Når det gjelder skille mellom områdefunksjon og regionfunksjon går også her delelinjen i forhold til sjeldne tilstander og/eller lite antall inngrep og avansert utstyr og spisskompetanse. De fleste gruppene refererer til samordningsrapporten for høyspesialiserte funksjoner innen kreftbehandling mellom Helse Sør og Helse Øst og forventer at anbefalingen herfra legges til grunn. Det fremholdes at områdesykehusene bør ha tilbud til rundt 90 % av kreftpasientene. Regionsykehus bør være "komplett sykehus", men også for områdesykehuset foreslås ordinær kreftkirurgi, medisinske støttefunksjoner og tverrfaglige team. Det foreslås at Helse Sør-Øst må få regionfunksjonene samlet på ett sykehus.

4.3.9 Anestesi/intensiv

Det trengs basisfunksjoner fra området både for kirurgi og indremedisin, akutt og elektivt. Fagområdet vil være en funksjon av øvrige kliniske funksjoner som tillegges det enkelte sykehus. Det forutsettes postoperativ overvåking og respiratorbehandling, noninvasiv ventilasjonsstøtte, stabilisering av pasienter før transport til sykehus på høyere nivå og kanskje også mottak av tilbakeførte pasienter. Videre traumatologi i initial fase og behandling av akutt syke nyfødte.

For område- og regionfunksjon er det foreslått et skille mellom akutt smertebehandling som følge av indremedisinske og kirurgiske inngrep (område), og høyspesialisert behandling med lite volum knyttet til spissfunksjoner (region). Selvstendige avanserte oppgaver på områdenivå vil dessuten være ansvar for hjemmerespirator og nyerstøttende behandling av intensivpasienter. På områdenivå foreslås også intensiv sengepost ved organsvikt, inkludert dialyse.

Det er uenighet om hvorvidt barneanestesi bør samles ut fra bestemte kriterier vedr. alder og vekt, på regionnivå, eller om det kan være en funksjon som legges på områdenivå.

Generell smertebehandling/smerteteam foreslås på alle tre nivåer, og det er ikke tydelig hvor evt. delelinjene skal gå, men de fleste synes å plassere denne funksjonen på områdenivå (pluss evt. regionnivå).

4.3.10 Radiologi

Det refereres til hovedstadsrapporten i København som har statuert at radiologi må være basert på øvrige spesialiteters og kliniske funksjoners nærvær, behov og kompetanse. Som basisfunksjon foreslås vanlig radiologi/radiografi. På områdenivå vil det i tillegg til basisfunksjon være behov for transplantasjonsutredning, alminnelig barneradiologi og avansert intervensjon. På regionnivå foreslås avansert intervensjon som for eksempel karintervensjon på barn, nevreradiologisk intervensjon, transplantasjonsvirksomhet og multitraumatologi (landsfunksjoner). Det anslås naturlig nok ikke opptaksområde.

4.4. Opptaksområder, nivåinndeling og akutfunksjoner – drøfting av hovedtrekk

Det er en gjennomgående oppfatning at lokalsykehusfunksjoner skal ha bred dekning på indremedisin – uenigheten går på hvorvidt og i hvilket omfang kirurgi skal desentraliseres og i hvor stor grad akutfunksjoner skal ligge lokalt.

For indremedisin foreslås et minimums opptaksområde for basisfunksjoner på 100 000, men unntaksvis foreslås også mindre, men da er begrunnelsen at en må ta geografiske hensyn. Samtidig fremheves det innenfor hematologi og nefrologi at effektiv drift (m/akutfunksjon) vil kreve et opptaksområde på minst 200 000.

Gjennomgående forutsettes det at en må ha alminnelige medisinske støttefunksjoner på stedet, bred indremedisinsk kompetanse og tilgjengelig bistand fra andre spesialiteter. Ved avhengighet blir den spesialiteten som krever størst opptaksområde dimensjonerende for dem som fordrer mindre. Da er en oppe i et betydelig større opptaksområder også for indremedisin – min. 200 000, da det oppgis avhengighet til en rekke andre spesialiteter. Imidlertid angis det at flere av de medisinske grenspesialitetene og kirurgisk service kan dekkes via vaktordning og arbeid i nettverk.

Innen kirurgi foreslås gjennomgående større opptaksområder - min. 200 000. Spennvidden for forslagene til kirurgiske basisfunksjoner varierer fra på den ene siden "dansk modell" med skadestuer og minimalt med kirurgi som basisfunksjon. På den andre siden omfattende bruddkirurgi, både elektiv og akutt, hvilket foreslås i flertallet av høringsinnspillene. Det er ikke klart om basisfunksjoner er tenkt identisk lokalsykehusfunksjoner. Om det er tilfelle, er det klart at områdefunksjonene bør bli færre, eventuelt at de to nivåene fortsatt må være integrert slik tilfellet stort sett er i dag. Dette vil støtte mot ønsket om å få en tydeligere nivåinndeling og etterlevelse av LEON-prinsippet.

Det er oppslutning om føringene som er gitt i styresak 68/2007 vedrørende samling av funksjoner for å få større behandlingsvolum og bedre kvalitet og ressursutnyttelse. Som det anføres i flere av dialogsinnspillene, vil plassering og bredde på akutfunksjonene være dimensjonerende for lokalsykehusfunksjonene. Om en tar utgangspunkt i at sykehusområdene skal ha "komplette" sykehus, vil det innebære ansvar for generelle akutfunksjoner. Dette med unntak av multitraume og evt. noen andre akutfunksjoner som defineres som regionfunksjon.

4.5 Vurdering av prinsipper for videre arbeid med sykehusområder

Oversikten i punkt 4.3. og drøftingene ovenfor er oppsummert i forslag til hva RHFet kan basere seg på i det videre arbeid og legge til grunn for forslagene til styret i april møtet. I dette har en også gjort avveininger i forhold til forslagene som foreligger fra de øvrige delprosjektene. Videre har en relatert forslagene til eksisterende nasjonale føringer og planverk. Dette gjelder spesielt gynekologi- og fødevirksomhet, hvor det er vedtatt nasjonale retningslinjer for nivåinndelingen. Det er ikke rom for å planlegge en ny regional nivåinndeling som strider mot de eksisterende retningslinjene, som bl.a. definerer fødeavdelinger med 4-500 fødsler – ikke kun fødestuer og kvinneklinikker med for eksempel 1 500 fødsler som representerer forslag fra flere av dialogkonferansegruppene.

I delprosjektet har en foretatt en samlet vurdering, og forslag til konklusjoner er satt opp foran i rapporten i kap. 0.

4.6 Videre prosess

Det er startet et arbeid med identifisering og avklaring av regionfunksjonene. Regionfunksjonsområder der det er konsensus om oppgavefordeling og avgrensninger vil kunne avklares først, mens andre områder vil kreve ytterligere vurderinger. Innholdet i regionfunksjonene vil også endre seg over tid i tråd med den medisinske utviklingen, og det vil være behov for løpende vurderinger av oppgavefordelingen mellom sykehusnivå.

Bred involvering vil bli vektlagt også i den videre prosess. I tillegg til løpende orientering og drøfting i etablerte fora som direktørmøter, fagdirektørforum, brukerutvalg og konserntillitsvalgtforum, vil en i hovedstadsprosessen fortsatt etter beste evne betjene løpende forespørsler. Det vil bli behov for å etablere fag/referansegrupper, evt. hørings- eller dialogkonferanser også i den videre prosess for avklaring av regionale funksjoner, koordinering mv.

Vedlegg:

- 1) Oppsummering av dialogkonferansene.
- 2) Identifisering av regionfunksjoner - Hvilke funksjoner utføres i det enkelte HF/sykehus i dag? Spørreskjema