

Hovedstadsprosessen

Fase 2

Høringsdokument

Sluttrapport fra

Sykehuset Telemark HF
Psykiatrien i Vestfold HF
Sykehuset i Vestfold HF

27. mai 2008

Innhold

Del A Overordnede vurderinger	3
Bakgrunn og status for samarbeid mellom foretakene	3
Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	3
Overordnede mål for omstillingsarbeidet	3
Vårt mandat i fase 2 i omstillingsprogrammet	3
Samarbeidet mellom SiV og ST – historikk og vurderinger	4
Etablerte samarbeidstiltak mellom helseforetakene ST og SiV innen somatiske helsetjenester – en oversikt	5
Samarbeid mellom SiV og PiV innen rusbehandling og psykiatri. Historikk og status	5
Samarbeidet mellom PiV og ST	7
Anbefaling om styringsmodell og akuttfunksjoner i vårt sykehusområde	7
Anbefaling om styringsmodell	8
Anbefaling om akuttfunksjoner	8
Samarbeidslinjen	8
Målbildet	8
Del B Somatikk	9
Overordnede strategiske fellestiltak	9
Sykehusene i Larvik og Porsgrunn utvikles i felleskap	9
Reduksjon i kjøp av laboratorietjenester og radiologiske tjenester fra private leverandører	11
Funksjonsfordelinger	11
Oversikt over områder SiV og ST vil arbeide videre med for å vurdere funksjonsfordelinger og samarbeidsordninger	12
Ventelister	16
Faglig samarbeid	16
Felles faglige retningslinjer og standarder	16
FOU	16
Utdanning	16
Del C Psykiatri og rusbehandling	17
Føringer og utfordringer	17
Funksjons- og oppgavefordeling	17
Områder som vurderes for funksjonsfordeling eller samarbeid	18
Del D Grenseflate mot andre helseforetak	20
Regionfunksjoner	20
Eksport og import av pasientgrupper ut og inn av sykehusområdet	20
Blefjell helseforetak	21
Private virksomheter og avtalespesialister	21
Betanien hospital	22
SSR og Telemark rehabiliteringssenter	22
Borgestadklinikken BA (Blåkors sør)	22
Spesialister med driftsavtaler	22
Del E Samarbeid med primærhelsetjenesten	22
Perspektivene på det videre samarbeidet med primærhelsetjenesten	23
Samarbeidet med primærhelsetjenesten sett fra SiV	23
Grenseflaten mot primærhelsetjenesten sett fra PIV	23
Samarbeidet med primærhelsetjenesten sett fra STHF	24
Del F Gevinst- og risikovurdering	25
DEL G - Videre prosess	26

Del A Overordnede vurderinger

Bakgrunn og status for samarbeid mellom foretakene

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.

16. februar 2007 ble St. prp. nr. 44 (2006-2007) godkjent i statsråd. I Stortingsproposisjonen foreslo regjeringen blant annet å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. Det går i proposisjonen frem at eiers mål med sammenslåingen er:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordning på fag og styrking av forskning
- Økonomiske resultatkrav
- Å sikre et fortsatt desentralisert tilbud
- Ta ut stordriftsfordeler
- Komme hele nasjonen til gode
- Bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv

Stortingsproposisjonen ble vedtatt av Stortinget og et oppdrag om omstilling i tråd med eiers mål ble gitt gjennom det første foretaksmøtet for Helse Sør-Øst 30. mai 2007.

Overordnede mål for omstillingsarbeidet

Formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er, slik det fremkommer i styresak 68/2007 og 038/2008, å sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen. 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 en bedre helsetjeneste og til å 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 er også at eiers forventninger til, og målsetting med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, skal realiseres.

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.

Vårt mandat i fase 2 i omstillingsprogrammet

Bakgrunn for dette dokumentet er styresak 038-2008, som ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF 17. april 2008. Saken omhandler omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst RHF, og vedtaket i 18 punkter formulerer vårt oppdrag i fase 2 i hovedstadsprosessen. I tillegg til de 18 punktene bes direktørene ved de tre helseforetakene om å anbefale "hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet."

Samarbeidet mellom SiV og ST – historikk og vurderinger

Fram til 2002 var det lite samarbeid over fylkesgrensene mellom de daværende sentralsykehusene. Samarbeidsflaten var mellom sentral- og lokalsykehus innen det enkelte fylket. Gjennom opprettelsen av Helse Sør ble Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark bedt om å utarbeide og iverksette et samarbeidsopplegg mellom de to sykehusene. I mai 2003 la de to foretakene fram et omfattende opplegg for et nærmere samarbeid.

Grunnlaget for samarbeidet var følgende

- Frivillighet og konsensus
- Paritet og likeverd

I øvrig la de to direktørene opp til at prosesser skulle foregå over tid og uten hastverk, slik at kulturforskjeller kunne bearbeides og ikke minst at man kunne skape arenaer for samvirke. Hensikten var å kunne bygge ut kontakt og felleskap mellom ledere og fagmiljøer uten å bli presset inn i arbeidsformer som den ene eller begge parter fann vanskelig å akseptere. Bak dette lå en erkjennelse av at samarbeid krever tid og at gode løsninger bare kan finnes gjennom et langsiktig arbeid.

I 2004 krevde så Helse Sør; s ledelse at de to foretakene skulle foreta en omfattende funksjonsfordeling. Dette skapte stor splid i ulike fagmiljøer, samtidig som det samarbeidsklimaet som var under utvikling, temmelig raskt kom under press. Det er vanskelig å stikke under en stol at frykten for å miste funksjoner, gjensidig mistenksomhet og til dels uvilje mot den andre parten ble fremtredende. Samtidig gav RHFet uttrykk for ønske om en organisatorisk sammenslåing av de to foretakene. På grunn av omfattende motstand ble forslaget ikke gjennomført, samtidig som RHFet fikk ny ledelse.

Den nye ledelsen reiste på nytt kravet om funksjonsfordeling mellom de to foretakene. Klimaet var nå blitt så vanskelig at mulighetene for å få til resultater ad frivillig vei viste seg sterkt begrenset. RHF ledelsen ønsket heller ikke å gå fram med tvang, og slik var situasjonen ved opprettelsen av Helse Sør-Øst i 2007.

Erfaringene etter disse rundene er rimelig klare. Samarbeidet mellom de to foretakene må baseres på frivillighet og langsiktighet. De tiltakene man ønsker gjennomført må til enhver tid ha en rimelig grad av legitimitet i sykehusenes ledelse, fagmiljøer og i de lokalsamfunnene som sykehusene ligger.

Det er på sin plass å sitere hva de to direktørene sa i sin samarbeidsutredning fra 2003. ” Som sykehusdirektører vil vi arbeide aktivt for å utdype dette samarbeidet i årene som kommer. Vi er temmelig sikre på at hver for oss vil verken Siv eller ST kunne møte de utfordringene framtida stiller oss overfor.”

Til tross for de vanskene som er beskrevet har det likevel skjedd en betydelig grad av funksjonsfordeling i løpet av årene, og et ikke ubetydelig antall samarbeidstiltak er blitt etablert. Noe av dette har gitt beviselig klare økonomiske effekter. På andre områder er det ikke foretatt benchmarking eller andre former for gevinstvurderinger.

I det videre arbeidet vil de administrerende direktørene for de tre foretakene vil også vektlegge den betydning tidligere erfaringer har for å utvikle samarbeidet mellom oss videre. Vi vil videre understreke den betydning det kan ha at de tre direktørene alle har meget gode

samarbeidsrelasjoner. Vi deler et felles ønske om å utvikle samarbeidet mellom våre tre foretak videre.

Etablerte samarbeidstiltak mellom helseforetakene ST og SiV innen somatiske helsetjenester – en oversikt

Siden 2002 har Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold etablert samarbeid på følgende områder

- **Prehospitaltjenester.**
Tjenesten er slått sammen til en klinikk. Felles AMK- sentral lagt til SiV Tønsberg.
- **Karkirurgi**
Spesialiteten er samlet i en enhet og lagt til SiV fra 2007
- **Sykkelig overvekt**
Spesialiteten finnes bare ved SiV. Den er en regionfunksjon
- **Plastisk kirurgi**
Denne spesialiteten finnes bare på ST. Den er en regionfunksjon.
- **Fertilitetsbehandling**
Spesialiteten finnes bare ved ST. Den er en regionfunksjon.
- **Arbeidsmedisin**
Spesialiteten finnes bare ved ST. Den er en regionfunksjon.
- **Endokrinologi**
Store deler av den kirurgiske delen (thyreoidea og parathyreoidea) er samlet i ST
- **Ørekirurgi (Otosklerose)**
- Enkelte ørekirurgiske prosedyrer er samlet ved ST
- **Rus**
Behandling av gravide med rusproblematikk i Vestfold og Telemark skjer gjennom den privateide Borgestadklinikken i Skien
- **Revmakirurgi**
Revmakirurgi ivaretas i Telemark gjennom Betanien Hospital i egen avtale mellom Betanien Hospital og Helse Sør-Øst.
- **Øye**
Øyekirurgien i Telemark ivaretas av Betanien Hospital gjennom avtale mellom Betanien og Helse Sør-Øst. Strabismeutredning og – kirurgi er lagt til SiV.
- **Mikrobiologi**
SiV skal levere mikrobiologiske tjenester til ST fra september 2008
- **Medisinsk genetikk**
ST har egen genetisk seksjon med medisinsk genetiker i fast 30 % stilling. Det er inngått avtale med Siv om bruk av STs tjenester på området.
- **Forskning**
En felles forskningspott som kan søkes på fra begge foretak på 1. mill har eksistert siden 2004. For å stimulere til forskning er det etablert felles forskerskole.
- **Videreutdanning innen anestesi-, operasjon og intensivsykepleie**
Her er det etablert et samarbeid om videreutdanning innen AIO fagene der Høyskolen i Vestfold står for utdanningen for både Vestfold og Telemark.
- **Oksygen til hjemmeboende pasienter.**
ST leverer i dag gass også til hjemmeboende pasienter i Vestfold

Samarbeid mellom SiV og PiV innen rusbehandling og psykiatri. Historikk og status

Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i 2000. Da tok man Psykiatrisk klinikk og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ut av Sykehuset i Vestfold og slo de sammen med de

daværende 4 DPSene til en organisatorisk enhet. Fra den tid har det vært et utstrakt administrativt og faglig samarbeid mellom de to virksomhetene (fra 010102 helseforetakene SiV og PiV). Den felles intensjon fra de to foretakene er at:

- brukeren skal oppleve et sømløst samarbeid
- samarbeidet skal være preget av likeverd
- samarbeidet skal understøtte gode pasientforløp
- samarbeidet skal skje i en felles forståelse av vårt felles ansvar for spesialisthelsetjenester til den samlede befolkning
- samarbeidet skal ikke være preget av byråkratisering og unødig fakturering

Faglig samarbeid

Tilsyn.

Gjelder en rekke avdelinger og begge veier, PiV anslår liasonpsykiatri til ca 400 tilsyn pr år. Somatikken yter også et betydelig antall tilsyn ved psykiatriens sykehusfunksjon. Nevrologen tar EEG for inneliggende pasienter i psykiatrisk avdeling etter rekvisisjon.

Pasienter med anorexia

Noen få pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse (10-12 pr år) er i behov av medisinsk behandling, og enteral ernæring. Disse legges inn ved medisinsk avdeling og er deres ansvar så lenge pasienten er i avdelingen. PiV's Enhet for spiseforstyrrelse har regelmessig tilsyn med pasientene under oppholdet.

Barn og unge

Det er i dag noe samarbeid mellom PiV's Barne og ungdomspsykiatri og SiV's Barnesenter. Man har som mål å etablere en formell samarbeidsavtale våren 2008.

Medisinske støttetjenester

Sentrallaboratoriet ved SiV gjorde 21 425 analyser på 2 247 rekvisisjoner i 11.mndr i 2007. Innen anestesi gir SiV tjenester til PiV i form av narkose ved ECT behandling 3 dager pr. uke (= 15 pas.).

Alderspsykiatri og geriatri

Det er et godt samarbeide mellom alderspsykiatrien ved PiV og geriatrien ved SiV.

Andre samarbeidsområder:

Det er etablert konkrete leveranseavtaler mellom foretakene innenfor følgende områder:

- Leveranse av varmmat fra SiV til PiV-enheter med geografisk nærhet til SiV
- Bruk av SiV's internt transportsystem til PiV-enheter på sykehusområdet
- Kjøp av tekniske driftstjenester fra SiV knyttet til drift av angitte PiV - bygninger på sykehusområdet
- Kjøp av tjenester fra SiV's eiendomskontor vedr. mindre prosjekter, vedlikeholdsbehov etc.
- Kjøp av tjenester fra SiV's bedriftshelsetjeneste
- Kjøp av enkelte renholdstjenester fra SiV til PiV
- Felles utviklingsmiljø knyttet til utbyggingsplaner
- Parkering på sykehusområdet
- Det er også inngått flere tidsavgrensede avtaler der PiV leier bygningsareal av SiV

Samarbeidet mellom PiV og ST.Historikk og status

Fram til nå har det vært svært lite samarbeid over fylkesgrensene mellom Psykiatrien i Vestfold HF og Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark. Samarbeidet har i hovedsak vært begrenset til alderspsykiatri hvor det er etablert et felles kompetansenettverkssenter med egen prosjektleder i 50 % stilling, felles forskerstilling på dr. med nivå i 50 % stilling og 25 % stipendiatstilling.

Anbefaling om styringsmodell og akuttfunksjoner i vårt sykehusområde

Styringsmodell

Vi kan ikke se store gevinster ved å fusjonere foretakene. Dagens helseforetak er stort sett dimensjonert til å dekke hvert sitt fylkes behov for andrelinjetjenster. Flytting av hele funksjoner ville være meget komplisert og utløse roklapper av flyttinger. Verken i Skien eller Tønsberg er dagens infrastruktur i nærheten av å kunne mestre en slik oppgave. Dette ville føre med seg store kostnadspåslag i form av investeringer og overgangsproblemer i driften uten at det er satt av midler til å dekke dette verken i HFene eller i RHFet. I psykiatrien er slik samling uaktuelt på grunn av tjenestenes behov for nærhet til pasientene.

En evt. begrunnelse for større grep kan være overkapasitet kombinert med store driftsunderskudd. I vårt område finnes ingen slike grunner. Våre tre helseforetak er p.t. i tilnærmet økonomisk driftsbalanse og utmerker seg dermed innen Helse Sør-Øst, mens flere andre sykehusområder har store økonomiske utfordringer.

I den offentlige debatt som har pågått i vårt område rundt den såkalte Osloprosessen er det blitt klart tilkjennegitt både fra ansattes representanter ved våre sykehus og fra politiske miljøer at sykehusene bør fortsette som egne organisatoriske enheter. Spesielt har tillitsvalgte og politiske miljøer i Telemark vært meget klare på dette punktet og at en evt. sammenslåing ville bli møtt med sterk motstand. Tilsvarende klare synspunkter har blitt tilkjennegitt fra begge fylker når det gjelder evt. sammenslåinger av akuttfunksjoner. Fra Vestfold er det blitt framholdt at overføring av akuttfunksjoner fra Tønsberg til Skien anses uaktuelt. Fra Telemark er det argumentert med at store avstander fra øvre deler av Telemark samt behovet for akuttfunksjoner knyttet til konsentrasjonen av større industri i Grenland gjør en samling i Tønsberg uaktuell.

Vi oppfatter det slik at styret i Helse Sør-Øst gjennom sine vedtak i april åpnet opp for at det innenfor et sykehusområde kan være flere fullverdige akuttpsykehus og at samling av akuttfunksjoner til bare ett sykehus er å betrakte som en generell anbefaling og, at dersom lokale forhold tilsier det, så vil unntak bli gitt. Vi har heller ikke oppfattet det slik at ledelsen i Helse Sør-Øst krever sammenslåing av sykehusene i vårt område. Tvert i mot er det blitt presisert at så ikke er tilfelle.

Våre forslag bygger på noen sentrale premisser:

I et tidligere avsnitt er beskrevet de erfaringer SiV og ST har fra før når det gjelder funksjonsfordelinger og nærmere samvirke mellom våre to sykehus. Disse erfaringene tilsier klokskap og forsiktighet i tilnærmingen. Det skal lite til før det oppstår uønskede konflikter som fører til at situasjonen kan låse seg på nytt, noe som vil være lite ønskelig.

Vi er svært opptatt av at de beslutninger som tas skal ha legitimitet hos ansatte og fagmiljøer i våre sykehus. På samme måte er gode beslutninger preget av aksept og oppslutning i de samfunn som ligger rundt sykehusene.

Anbefaling om styringsmodell

- De tre foretakene videreføres som selvstendige organisatoriske og juridiske enheter
- Et likeverdig og tett samarbeid mellom helseforetakene legges til grunn for videre utvikling. Opprettelse av ett områdesykehus ses ikke som hensiktsmessig i vårt område

Anbefaling om akuttfunksjoner

- Sykehuset i Vestfold, Psykiatrien i Vestfold og Sykehuset Telemark fortsetter som fullverdige akuttpsykehus
En samling av akuttfunksjonene er ikke aktuelt

Begrunnelsen for ikke å samle akuttfunksjonene til et sykehus har i hovedsak de samme begrunnelser som er gitt ovenfor.

Samarbeidslinjen

Vårt alternativ går i hovedsak ut på å utvikle sykehusstilbudet i vårt område gjennom samarbeid tuftet på nødvendig legitimitet for å kunne skape resultater. Samarbeid er i sin natur basert på frivillighet, drøftinger og vilje til enighet. Vi tror at resultater på disse områdene best kan oppnås på denne måten. Erfaringen i vårt område støttet opp en slik konklusjon.

Som det framgår av oversikten over etablerte samarbeidstiltak (side 4-8) er det utviklet både funksjonsfordelinger og samarbeidstiltak i et betydelig omfang mellom de to somatiske sykehusene i vårt område.

Det er vesentlig at samarbeidet skjer innen rammene av linjeorganisasjonen, at de resultatansvarlige lederne får det reelle ansvaret for samarbeidet innen sine ansvarsområder. Fagmiljøene må selv få drive fram det faglige samarbeidet mellom likeartede enheter. På den måten kan det være mulig å skape såkalte vinn-vinn situasjoner.

For psykisk helsevern og rusbehandling ønsker vi å opprette et felles samarbeidsutvalg med hovedformål og via samarbeidsløsninger bidra til at pasienter og henvisere opplever helsetjenester som er preget av god kvalitet, god tilgjengelighet og gode behandlingsforløp. Utvalget skal være pådriver for felles faglig utvikling i form av utvikling av felles prosedyrer og faglige retningslinjer og strategi for kompetansebygging for å nå målene. Utvalget skal være rådgivende.

Vi ser allerede flere positive spirer til faglig samarbeid mellom sykehusene. Ledelsens oppgave må være å tilrettelegge for og stimulere til slikt samarbeid. Vi tror videre at samarbeidsløsninger må skapes over tid og at det må bygges stein på stein i et naturlig utviklingsforløp. Basert på disse premisene vil vi i resten av dokumentet konkretisere hvordan samarbeidet er tenkt grepet an i tiden som kommer.

Målbildet.

Vi tar sikte på å gradvis utvikle et bredt samarbeid mellom de tre helseforetakene som skal komme befolkningen i sykehusområdet til gode både når det gjelder helsetjenestenes kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet. De utfordringene som spesialisthelsetjenesten i vårt sykehusområde står foran kan best løses ved at helseforetakene samarbeider nært.

Vi tar sikte på å utvikle samarbeidet trinnvist ved å utrede, beslutte og implementere samarbeidstiltak etter hvert som de er "modne".

For psykisk helsevern er målbildet gitt og forutsetter en utvikling i tråd med nasjonale retningslinjer jfr. opptrappingsplanen for psykisk helse i Norge. Også innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det gitt klare nasjonale føringer for mål og utvikling.

I Vestfold og Telemark ønsker vi sammen å videreutvikle tjenestene slik at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste innen rus og psykisk helsevern og deres pårørende, får et best mulig tilbud tilpasset den enkeltes behov, uavhengig av forvaltningsgrenser og foretaksgrenser.

Når det gjelder omfanget av tilbud vil det framgå av del B – E i denne rapporten. Bare det videre arbeidet med foreslåtte tiltak kan vise hvor store gevinster det vil bli og hvor raskt de kan høstes.

Del B Somatikk

Overordnende strategiske fellestiltak

Sykehusene i Larvik og Porsgrunn utvikles i felleskap

Noe av den grunnleggende hensikten med de nye sykehusområdene må være å se de samlede ressursene i de enkelte sykehusområdene under ett. Sykehusdrift er avhengig av fysisk infrastruktur. Dagens situasjon viser at uten å se større områder under ett, kan det bli helt umulig å skaffe fram midler til alle de investeringstiltak som er ønskelige sett isolert fra det enkelte foretak.

SiV - Larvik

I Vestfold har det de siste årene skjedd betydelige endringer i sykehusstrukturen. For 10 år siden var det fire selvstendige sykehus med hvert sitt akuttmottak i Vestfold, og fram til 2005 var det ett helseforetak med fire driftssteder. Horten sykehus ble avviklet i 2005, Sandefjord sykehus avvikles neste år og fra juni i år avvikles akuttmottaket i Larvik, og all akuttvirksomhet samles i Tønsberg.

De store endringene i sykehusstrukturen og utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor, betyr at Sykehuset i Vestfold har behov for og vil etablere robust og framtidsrettet drift på sykehuset i Larvik. Bygningskroppen i Larvik er generelt i bra stand, men det er behov for noe opprustning av operasjonsstuer og noen bygningsmessige endringer relatert til funksjonsendringer.

Det er nødvendig å planlegge aktiviteten i Larvik i både et kortere perspektiv (3 – 5 år) og et lengre perspektiv (mer enn 5 år). Innenfor 3 - 5-årsperspektivet må den operative virksomheten i Larvik ses i sammenheng med den vedtatte avviklingen av virksomheten i Sandefjord i løpet av 2009 og de plassutfordringer reduksjonen av areal betyr for SiV.

Deler av dagens aktivitet innenfor elektiv ortopedisk kirurgi for både inneliggende pasienter og dagkirurgi vil bli flyttet til Larvik for å optimalisere arealbruken i SiV, og bidra til satsingen på SiV-Larvik. I Larvik det også betydelig indremedisinsk poliklinisk virksomhet, geriatrisk dagbehandling og medisinsk etterbehandling/rehabilitering. Det legges vekt på

tjenester som kan videreutvikles i nært samarbeid med kommunene. Rehabilitering kan skje både poliklinisk, dag- og døgnbasert. Det bør skje i nært samarbeid med kommunene. Rehabilitering bør ses i sammenheng med Spesialsykehuset for rehabilitering i Stavern. (Se mer om forholdet til SSR senere).

ST - Porsgrunn

Sykehuset Telemark i Grenland drives i dag på to steder, Skien og Porsgrunn. Fram til nå har det foreligget vedtak om at hele sykehusdriften skal samles i Skien. Dette ville kreve mer enn 1 mrd. i investeringer. Sykehuset Telemark har nylig lagt fram et nytt konsept som både kan øke driftseffektiviteten og redusere byggekostnadene.

- Utvikling av et nytt konsept for drift av akutt sykehus med konsekvent skille mellom elektiv og akutt drift, akutt i Skien og elektiv i Porsgrunn. Hensikten er å øke driftseffektiviteten i den elektive delen, samtidig som det etableres en kommunalt drivet sykehjemspost i det elektive sykehuset for å bedre samspillet mellom annen- og førstelinjetjenesten.
- Satsing på rehabilitering av gamle bygg i Porsgrunn i stedet for nybygg i Skien. Dette reduserer byggekostnadene radikalt.

Dette prosjektet, som allerede foreligger som skisseprosjekt, tar utgangspunkt i Sykehuset Telemarks egne behov for å kunne fortsette dagens sykehusdrift. Prosjektet legger ikke opp til noen ekspansjon i driften av elektive funksjoner.

Felles framtidsperspektiv

Hva så med fremtiden på noe sikt. Kan det tenkes et samarbeid mellom SiV og ST der man ser på utnyttelsen av infrastrukturen i Porsgrunn og Larvik under ett? Svaret på dette må være et ubetinget ja. For å imøtekomme behovene for spesialisthelsetjenester den demografiske utvikling reiser, kan det potensielt utvikles et tilbud for befolkningen i Vestfolds sydfylke og for Grenlandsområdet i Larvik. Den langsiktige utviklingen av Larvik konsentreres om kapasitet for å løse denne utfordringen.

Selv om byggeprosjektet i Porsgrunn tar utgangspunkt i Telemarks eget behov, vil et samarbeid mellom de to HFene likevel gi grunnlag for at tilbud som utvikles innen elektiv kirurgi, også kan gis til deler av Vestfolds befolkning. Dette fordi deler av bygget i Porsgrunn benyttes i dag som kommunal legevakt og disse lokalene kan raskt konverteres til annen bruk. Således kan vi gjennom et samarbeid mellom ST og Siv utnytte de ulike driftsstedene på best mulig måte, slik at pasienter både i elektiv kirurgi og indremedisinske pasienter ved begge foretak får et best mulig tilbud.

Tenkningen om slike samlede løsninger er foreløbig på skissestadiet. Større funksjonsmessige endringer kan ikke gjennomføres før etter 2010 når rehabiliteringen i Porsgrunn kan være fullført. Vi mener at ved å utvikle denne tenkningen videre vil vi kunne trygge befolkningens adgang til helsetjenester på en helt annen måte enn gjennom å tenke isolert og hver for oss. Det er nok å minne om at sykehusene i Larvik og Porsgrunn er lokalisert under 30 km fra hverandre og at kjøreturen mellom dem i dag ikke er mer enn vel ½ time.

Reduksjon i kjøp av laboratorietjenester og radiologiske tjenester fra private leverandører

I dag er det slik at Helse Sør-Øst på vegne av våre sykehus kjøper betydelige volumer av laboratorietjenester og radiologiske tjenester fra private leverandører.

Med virkning fra september 2008 skal SiV overta leveransen av mikrobiologisk tjenester til ST fra firmaet Telelab A/S. Avtalen gir betydelige fordeler for begge sykehusene.

I dag leverer Røntgensentret A/S i Porsgrunn radiologiske tjenester med et volum på ca. 10 millioner kroner årlig i Telemark. Etableringen ble godkjent av Telemark fylkeskommune like før innføringen av Helsereformen i 2002 og siden etableringen har det vært en sterk volumvekst. I Vestfold leverer det private røntgeninstituttet tjenester for ca. 10 millioner kroner årlig. I tillegg leverer A/S Telelab laboratorietjenester til primærkommunene i Telemark og i mindre grad til Vestfold tilsvarende et volum på ca 20 mill årlig. Gjennom opprettelsen av Helse Sør- Øst er alle disse avtalene prolongert til medio 2009.

Når det gjelder laboratorieavtalen mener vi at de to sykehusene gjennom et samarbeid bør være i stand til å betjene dagens leveranse. Gjennom eksisterende investeringer i utstyr og infrastruktur mener vi at det bør ligge til rette for betydelige kostnadsinnsparinger gjennom en slik overtagelse.

Med hensyn til de private røntgeninstituttene har disse medført en kraftig volumvekst når det gjelder bildetaking, langt sterkere en øvrig volumvekst innen spesialisthelsetjenesten. Det høye volumet i seg selv reiser spørsmål av strålingshygienisk art. Vi vil også peke på at myndighetene har gitt uttrykk for ønske om å redusere omfanget av radiologiske bilder. Som sykehusledere synes vi det er lite tilfredsstillende å ha en situasjon med store kostnadsinnsparinger i hele sykehusdriften, samtidig som dette enkeltområdet har en uforholdsmessig og til dels ukontrollert kostnadsvekst.

Sammen med eier ønsker vi derfor en grundig gjennomgang av dagens avtaler i den hensikt å vurdere tilbakeføring av disse tjenestene til å bli en del av vår normale sykehusdrift.

Ved siden av øvrige argumenter mener vi det kan ligge betydelige økonomiske potensialer på disse områdene. Utredningsarbeidet vil bli iverksatt i andre halvdel av 2008, med sikte på avtaleendring fra 2009.

Funksjonsfordelinger

Mye av samarbeidsdiskusjonen mellom helseforetak har vært konsentrert omkring stikkordet funksjonsfordelinger. Av listen ovenfor framgår at mellom SiV og ST er det allerede innført et betydelig antall samarbeidstiltak og medisinsk arbeidsfordeling. Det må også erkjennes at dette er blitt et kontroversielt og vanskelig tema.

Med utgangspunkt i avsnittet om forutsetninger for videre samvirke er ledelsen ved ST og SiV enige om å ikke betone fordeling av hele spesialiteter eller funksjoner. Vi tror det er betydelig mer fruktbart å gå inn i den enkelte spesialitetene og starte med å definere ut hvilke behandlingstilbud/funksjoner vi mener skal være basisfunksjoner, dvs. funksjoner som skal være ved begge sykehusene og deretter definere hvilke funksjoner/behandlingstilbud vi mener bare skal være på ett sted – såkalte områdefunksjoner.

Vi ønsker altså å utfordre de ulike fagmiljøene til å finne løsninger ut fra en slik innfallsvinkel. På den måten tror vi det en god mulighet for at vi kan finne løsninger som det er bred faglig enighet om, og som bevarer begge sykehusene som fullverdige akuttsykehus.

I løsninger etter denne malen ligger det åpenbare kvalitetsforbedringer da spesielle diagnoser vil få et betydelig økt pasientgrunnlag, og dermed gi bedre trening og erfaring for de aktuelle legene. En slik innfallsvinkel bør også kunne gjøre det mulig å fordele kostnadskrevende utstyrsinnkjøp i stedet for å dublere.

Når det gjelder psykiatrien er denne forskjellig fra somatikken i og med at nærhetsprinsippet er grunnleggende viktig for de fleste behandlingsopplegg.

Oversikt over områder SiV og ST vil arbeide videre med for å vurdere funksjonsfordelinger og samarbeidsordninger

Vi har gjennomført en rask prosess med våre respektive fagmiljøer for å finne ut hvilke funksjoner/behandlingstilbud innen spesialitetene som det kan være gunstig å vurdere videre med tanke på funksjonsfordelinger eller annet samarbeide mellom foretakene. De funksjonene/behandlingstilbud som nevnes i følgende oversikt er det enighet om blant linjelederne for disse funksjonene, dvs. det er enighet om at en bør jobbe videre med å utrede konkrete løsninger, gevinster og konsekvenser for igjen å kunne ta stilling til om funksjonsfordeling eller annet samarbeid er formålstjenlig. Forslag som bare er reist fra et foretak og ikke fra det andre er utelatt i oversikten. Disse vil det først bli sett nærmere på etter at en har avsluttet arbeidet med de funksjonene det er en foreløpig konsensus om.

Oversikten under kommer inneholder ikke de spesialiteter og behandlingstilbud som allerede er funksjonsfordelt eller der samarbeidet er etablert. Se side 5-6.

Gastrokirurgi

Det vil bli vurdert felles gastrokirurgiske behandlingsgrupper for krefttilstander i øvre og nedre gastrointestnal traktus (samling av ventrikkeltumor og rektumcancer).

Urologi

Behandling av sten i øvre urinveier (nyrebekken og etterbehandling, som ofte er nødvendig (PCN, flexibel scopi og laserknusning) vurderes samlet på SiV, hvor urologene i Vestfold har både spesialkompetanse og utstyr. Pasienter med cancer prostata som egner seg for radikal operasjon vurderes samlet i Telemark for robotassistert inngrep. Funksjonsfordeling av prostatacancer nødvendiggjør nært samarbeid mellom de to patologiske avdelinger samt røntgenavdelingene

Endokrinkirurgi

Det bør vurderes å legge mer av endokrinkirurgien til ett sykehus.

Ortopedi

Avansert elektiv fot- og skulderkirurgi bør vurderes for funksjonsfordeling

Gynekologi

Urodynamiske undersøkelser vil bli vurdert om skal utføres på ett eller to steder.

ØNH

- Samarbeid om habilitering av nyfødte som diagnostiseres med hørselstap vurderes.
- Hjernestammeaudiometri vil bli vurdert når det gjelder samarbeid om tilbudet eller funksjonsfordeling.
- Det skal vurderes samarbeid om tinituskurs.

Pediatri / Nyfødttmedisin

Konkrete områder for å utvikle et særlig samarbeid

- Seksuelle overgrep og mishandling.
- Spiseforstyrrelser, fortrinnsvis i forhold til hospitalisering.
- Sykelig overvekt.
- Spesielle trenings-/habiliteringsprogrammer i forhold til intensiv trening, trening av barn og unge med hodeskader (SiV samarbeider i dag med Sørlandet sykehus).

Fra Habilitering:

Dialog er innledet mellom ST og SiV på temaene:

- Kurs og kompetanseheving
- Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK – intensiv habilitering – kommunikasjon).

Nevrologi

I dag samarbeides det om EEG. Det foreslås at dette samarbeidet videreføres og at man utvider samarbeidet til å omfatte:

- Rekruttering / utdanning
- Internundervisning
- Pasientskoler ved sjeldne lidelser
- Ventelister

Tverrfaglig utredning av kognitive skader utføres ved Habiliteringstjenesten i SiV.

Lungemedisin

Følgende områder bør vurderes som områdefunksjoner:

- EBUS – ved sentrale glandler og perifere svulster
- Ergospiometri
- Hjemmerespiratorbehandling ved kronisk respirasjonssvikt
- Alvorlig lungeaffeksjon ved systemykdommer

Kardiologi

Områder som er egnet for samarbeid eller samling av funksjoner ved ett sykehus:

- Stressekko
- Scintigrafi
- CT coronar angio
- MR hjerte m/u stress
- Oppfølging av GUCH-pasienter

Infeksjon

Begge foretakene er enige om å samarbeide om følgende:

- Tropemedisinske problemstillinger
- Reisemedisinsk poliklinikk og
- Infeksjonsmedisinsk rådgivning
- Luftmitteisolater

Gastromedisin

Endoskopisk ultralyd bør funksjonsfordeles eller samarbeides om

Hematologi

Deler av fagområdet bør være gjenstand for samarbeid.

Nefrologi

- Det vurderes om det bør etableres felles vaktordninger mellom helseforetakene.
- Videre foreslås det å samarbeid om undervisning.

Kliniske støttefunksjoner

Patologi.

- Samarbeid om utdanning av leger under spesialisering vurderes

Mikrobiologi.

- ST kjøper mikrobiologiske undersøkelser fra SiV fra 01.09.08
- Samarbeid om genteknologiske metoder
- MRSA

Medisinsk biokjemi

- Seksjon for Laboratoriemedisin ved ST har etablert analyserutiner for LAR prøver og gjør denne typen analyser for Telemark. Seksjonen har kapasitet til også å dekke PiV`s/Vestfold`s behov. Dette vil bli vurdert i det videre løp.
- Samarbeid om genteknologiske metoder

Blodbank

- Bestråling av blod

Radiologi.

- Intervensjonsradiologi
- Samarbeid om vakttjeneste for radiologer

Strålevern

- Samarbeid om strålevern utvikles

AFA

- Anestesi til karpasienter er lagt til SiV
- Anestesi til overvektspasienter er lagt til SiV

Smertebehandling

Det er innledet et samarbeide mellom anesthesiavdelingene på SiV og ST med tanke på utveksling av kompetanse. Dette samarbeidet vil bli videreutviklet.

Ikke-medisinske støttetjenester

Kjøkken

En felles arbeidsgruppe med deltakerer fra hvert av foretakene vurderer nå gevinster og svakheter ved alternativene a) delleveranser til ST fra SiV. b) totalleveranser fra SiV til ST og c) status quo.

Behandlingshjelpemidler:

Det skal vurderes om SiV vil kjøpe serviceoppdrag BHM fra ST. Dialogen om dette er godt i gang, og ST vil levere tilbud til SiV på servicetjenester i løpet av mai 08. SiV vil så vurdere dette i forhold til andre eksterne tilbydere.

På diabetesområdet vurderes et samarbeid mellom SiV og ST for håndtering av insulinpumper og forbruksmateriell til hjemmeboende pasienter. Avklaring forventes i løpet av juni 08.

Helse-Miljø – Sikkerhet

Det vil bli vurdert om HMS tjenestene skal funksjonsfordeles til ett foretak eller reorganiseres.

Kvalitet / internkontroll /internrevisjon

Dette området blir stadig viktigere. Samarbeid vil kunne føre til kompetanseheving og gradvist til samordning av systemer og verktøy. Vi vil vurdere samarbeide om internrevisjoner og eventuell deltagelse i hverandres revisjoner. Se også avsnitt om felles faglige retningslinjer.

Samarbeid om vaktordninger i somatikken

Den formen for vakt samarbeide som anses mest aktuell innen vårt sykehusområde, er utvikling av felles bakvaksordninger enten som permanente ordninger eller som ordninger knyttet til ferieavvikling eller helger og høytider. Det kan også være aktuelt med felles beredskapsordninger.

Vi kan oppnå økonomiske og arbeidsmiljømessige gevinster. Så langt i prosessen er det kommet fram ønsker om å vurdere vakt samarbeid innen

- radiologi
- øre-nese-hals
- nyre (dialyseberedskap)

Ventelister

SiV og ST samarbeidet om månedlig ventelisteinformasjon gjennom lokalavisene for å gjøre det lettere for pasientene og primærlegene å søke seg til det helseforetaket som har kortest ventetid. Vi ønsker å utforme et opplegg for å forhindre at spesialiteter ved de to sykehusene har svært ulik ventetid, dvs at vi ønsker å lage systemer som sørger for at enheter med korte ventetider kan få overført pasienter fra naboenheter med lang ventetid. Det må ligge i bunnen en respekt for pasientenes frie sykehusvalg.

Faglig samarbeid

Felles faglige retningslinjer og standarder.

Det er viktig at pasienter får kvalitetsmessig god behandling uavhengig av sykehus og hvilke behandlere som er involvert. Spesielt viktig blir dette innenfor de områdene hvor vi kommer til å ha nært faglig samarbeid eller funksjonsfordeling. Felles faglige retningslinjer vil være et godt skritt i riktig retning til å heve kvalitetsdiskusjonen og kan også bidra til en effektivisering av arbeidet. Vi ønsker derfor å initiere utarbeiding av felles retningslinjer for såvel utredning som behandling av flere tilstander. Vel så viktig som at retningslinjer blir utarbeidet, er at de blir fulgt. Slik evaluering kan ivaretas for eksempel innenfor det enkelte foretak sitt system av kliniske behandlingslinjer. I utgangspunktet er det aktuelt å vurdere felles retningslinjer innen alle fagområder.

FOU

ST og SiV har allerede et samarbeid innen forskning om forskerutdanning. Vi ønsker å videreutvikle samarbeidet mellom de 3 helseforetakene, mellom forskningsavdelingene og forskningssjefene i de 3 helseforetakene for å fremme læring og samarbeidstiltak innen FOU.

Utdanning

Det er aktuelt å vurdere samarbeide om undervisning og praksis for leger under spesialisering innen flere fag. Det kan dreie seg om samarbeid om undervisning og om praksis innen spesielle funksjoner som ett foretak har spesielle forutsetninger til å ivareta. Så langt er det signalisert interesse for å vurdere dette innen;

- karkirurgi
- gastrokirurgi
- urologi
- patologi

- nevrologi
- nefrologi
- øre-nese-hals
- ortopedi
- spesialutdanninger for sykepleiere
- psykologi

Del C Psykiatri og rusbehandling

Føringer og utfordringer

Der er forutsatt at innen psykisk helsevern skal ressurser fordeles ca 50/50 mellom DPS og sykehusfunksjoner. Videre skal barn- og unge ha minst 20 % av denne ressursramme.

Sykehuset Telemark og Psykiatrien i Vestfold har lagt de nasjonale føringene til grunn ved utviklingen av tjenestetilbudet i opptrappingsperioden.

For ytterligere å forsterke denne utviklingen er målsettingen at det innen sykehusområdet Telemark – Vestfold skal utvikles felles faglige standarder og felles faglige retningslinjer på en slik måte at brukerne og samhandlingspartnere/henvisere opplever kvalitativt gode tjenester med god tilgjengelighet. Dette betinger et tett og forpliktende samarbeid mellom psykisk helsevern i Vestfold og Telemark. Dette kan innebære endring av funksjoner og oppgaver mellom foretakene i sykehusområdet. Ressurser som frigjøres ved en slik omstilling skal benyttes til videre styrking og utvikling av tjenestetilbudet innen rus og psykisk helsevern i tråd med sentrale føringer.

I samordning av psykisk helsevern, rus og somatikk er det et mål at pasienter og samhandlingspartnere skal oppleve ”en dør inn” til spesialisthelsetjenesten. Selv om det i Telemark og Vestfold er det valgt forskjellige foretaksmodeller er det et mål at pasientens opplevelse blir en ”sømløs” tjeneste uavhengig av organisasjons-/ foretaksmodell. Det pågående samarbeid skal styrkes og videreutvikles med et slikt mål for øye.

Funksjons- og oppgavefordeling

Fagområdene psykisk helsevern og rusbehandling er forutsatt å være kommunenære, og i stadig og større grad skal tjenestene utøves på brukerens arena. Innføring av større opptaks-/sykehusområder må sikre muligheten for en videreføring av denne utviklingen. Dette er vesentlig for å sikre pasienter og samhandlingspartneres nærhet til spesialisthelsetjenesten over tid.

Nivåinndelingen i psykisk helsevern knyttet til DPS og sykehusfunksjoner betinger et nært og forpliktende samarbeid mellom disse. I tillegg er det avgjørende at de fleste tjenester er lokalisert på en slik måte at samarbeid med kommunehelsetjenesten ikke svekkes. Dette setter begrensninger på oppgave- og funksjonsfordelingen innen sykehusområdet.

Samlet sett har foretakene innen sykehusområdet som mål i utgangspunktet å dekke den overveiende delen av befolkningens behov for tjenester fullt ut. Innen psykisk helsevern og

rusbehandling har vi ikke vurdert at det er spesialiserte funksjoner med særlig behov for opptaksområde/ befolkningsgrunnlag som er større en vårt.

Unntaket er at PiV ved Vestfoldklinikken har en regional funksjon når det gjelder innleggelser av rusmiddelbrukere på tvang i Lov om sosiale tjenester § 6-2, og Borgestadklinikken har tilsvarende en regional funksjon når det gjelder innleggelser av gravide rusmiddelbrukere i hht Lov om sosiale tjenester § 6-2,a.

Videre er det innen sykehusområdet Telemark - Vestfold funksjoner som i dag utføres i begge helseforetak (ST og PiV) og som vi vil vurdere om bør bli områdefunksjoner.

Vi har identifisert følgende spissede funksjoner på sykehusnivå som bør undergis slik vurdering:

Områder som vurderes for funksjonsfordeling eller samarbeid.

Sikkerhetsavdeling

I dag har Sykehuset Telemark og Psykiatrien i Vestfold hver sin sikkerhetsfunksjon som er dimensjonert slik at man omtrent uten unntak er selvberget og uten behov for innleggelser ved regional sikkerhetsavdeling. Den videre prosess vil avklare hvorvidt det er hensiktsmessig med en nærmere samordning av denne funksjonen.

Alderspsykiatri

Det er i dag et utstrakt samarbeid mellom ST og PiV innen dette feltet. Utviklingen tilsier behov for kommunenære tjenester med utstrakt polikliniske og ambulante tjenester. Dette egner seg dermed ikke til å være en områdefunksjon samlet på ett sted, men en funksjon hvor begge foretak videreutvikler dagens samarbeid. Det er også et godt samarbeid mellom alderspsykiatri i PiV og geriatri ved SiV, og vi vil videreutvikle dette samarbeidet.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser behandles på flere nivåer innen foretakene, alt fra poliklinikker i DPS, til sentraliserte polikliniske/dagenheter til innleggelser av de alvorligst syke. Tilbudet til de alvorligst syke med behov for innleggelse kan sees på som en områdefunksjon. Den videre prosess vil avklare hvorvidt det er hensiktsmessig med en nærmere samordning av denne funksjonen.

Selvskading

Selvskading behandles på flere nivåer innen foretakene, alt fra poliklinikker i DPS, til sentraliserte polikliniske/dagenheter til innleggelser av de alvorligst syke. Tilbudet til de alvorlige syke med behov for innleggelse kan sees på som en områdefunksjon. Den videre prosess vil avklare hvorvidt det er hensiktsmessig med en nærmere samordning av denne funksjonen.

Barn- og unge (bup) - Døgnbehandling

Begge foretakene har egen døgninstitusjon for ungdom. Utviklingen tilsier behov for kommunenære tjenester med utstrakt polikliniske og ambulante tjenester for denne pasientgruppen. Ut fra geografiske hensyn synes det lite hensiktsmessig å samle tilbudet til ett sted, men dette er en funksjon hvor begge foretak bør videreutvikle det faglige samarbeidet

Alvorlige depresjoner og ECT

PiV har utviklet høy kompetanse på ECT-behandling. Vi ser klare fordeler med en nærmere samordning på dette feltet.

Samarbeid innen rusbehandlingen

Vi viser her til punktet ”Grenseflate mot andre helseforetak” (dokumentets Del D) der Borgestadklinikkenes tjenester til Telemarks befolkning er omtalt.

Vi ser følgende hovedutfordringer i forhold til dagens organisering:

- Øhj-/akuttpasienter, med overveiende rusrelaterte problemer

Pasienter som vanligvis har små/ubetydelige psykiske plager, men som i en akutt situasjon forbundet med stort rusinntak trenger øyeblikkelig hjelp/akutt behandling. Disse pasientene beslaglegger 10-20% av plassene ved psykiatrisk akuttseksjon, ST. Ut fra tanken om en dør inn i spesialisthelsetjenesten, enten det dreier seg om somatikk, rus eller psykisk helse, bør denne pasientgruppen komme inn under ø-hjelp ansvaret på sentralsykehusnivå. Dette forutsetter en adekvat resurstilførsel, og at det etableres klare avtaler/ordninger for videreføring av pasientene til dertil egnet omsorgsnivå etter at den akutte fasen er over, jevnfør punktet nedenfor.

Fra 01.09.08 blir RHF`et pålagt å sørge for et akutt avrusningstilbud til rusmiddelmissbrukere uten spesiell tilleggsproblematikk. Dersom RHF`et forventer at dette skal løses innen sykehusområdet Vestfold/Telemark, må denne oppgaven utredes nærmere.

- Videre avgiftning, motivering mv – pasienter med overveiende rusrelaterte problemer

Denne gruppen bør få sitt behandlingstilbud innenfor tverrfaglig spesialisert behandling.(TSB). I dag blir et betydelig antall slike pasienter værende innenfor (døgn)enheter i psykisk helsevern i kortere eller lengre tid. Dette er uheldig blant annet fordi det fører til et unødig sterkt press på de nevnte enheter, slik at klart behandlingstrengende pasienter i verste fall kan bli utskrevet eller videreført til et lavere omsorgsnivå prematurt.

Vi ser klare gevinster ved å etablere et nærmere samarbeid mellom PiV og ST for å ivareta pasienter med rusrelaterte problemer som i dag behandles ved psykiatrisk klinikk ved ST. Dette samarbeidet må imidlertid utvikles i nært samarbeid med Helse Sør-Øst og Blåkors Sør da avtalen mellom disse er en viktig faktor for å yte et helhetlig tilbud til pasientgruppen. ST (evt. sykehusområdet) bør delta ved fornying av avtalen med Blåkors Sør, evt. gis ansvar for inngåelse av slik avtale på dette punktet.

Voksenhabilitering

Barne- og voksenhabilitering er ulikt organisert i Vestfold og Telemark. Fagfeltet er utfordrende, både med hensyn til kompleksitet i sykdomsbildet hos enkeltpasienter og overgang mellom barn og voksen. Området krever et samarbeids- og samordningsperspektiv ut over psykisk helsevern, og bør være ett av områdene som vurderes i forhold til faglig og organisatoriske utfordringer.

Forskning

Begge foretak har i dag egne forskningsmiljøer. Vi ser klare fordeler med en nærmere samordning på dette feltet.

Kurs og Kompetanseutvikling

PiV har etablert en godt fungerende kurs og kompetanseutviklingsenhet. Vi ser klare fordeler med en nærmere samordning på dette feltet.

Spesielt om Akuttpsykiatri:

Akuttpsykiatriske tjenester er et vidt begrep. Faglige føringer og behandlingsmetodikk gir et viktig utvidet akuttbegrep, der et akuttpsykiatrisk tilbud omfatter både akutt -tilbud i sentralsykehusfunksjon og DPS. Redusert bruk av behandling hjemlet med tvang er en nasjonal føring.

Akuttpsykiatrisk mottak

Både Sykehuset Telemark og Psykiatrien i Vestfold har i dag akuttpsykiatrisk mottak. Psykiatrien i Vestfold er i konseptfase for planlegging av nybygg for sin akuttpsykiatri innen rammen av 40 døgnplasser og ca. 1.200 innleggelser pr år, og med en investeringsramme på ca. 250 mill. I Telemark er akuttavdelingen lokalisert i funksjonelle lokaler med 22 døgnplasser og ca 750 innleggelser pr år.

Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet, geografi, lokal tilknytting, samhandling med primærhelsetjenesten og behandlingens karakter innen akutt og sub- akutt sykehusbehandling, anbefales det ikke et felles akuttmottak for sykehusområdet.

Vi mener at kvaliteten på behandlingen og god ressursutnyttelse løses bedre med en modell der man baserer seg på disse to akuttmottakene innen sykehusområdet også fordi alvorligheten i sykdomsbildet og symptomatologien er av en slik karakter at romforhold og terapeutiske miljøer har stor betydning både for sykdomsutvikling, medisinerings og bruk av tvang. Størrelsen på et mottak er av betydning i dette perspektivet og for store miljøer er ikke å anbefale.

Endringer i dagens kapasitet og opptaksområder skal vurderes i den videre prosessen. Dette kan få konsekvenser for dimensjoneringen og dermed investeringen i nytt planlagt akuttmottak ved SiV.

Del D Grenseflate mot andre helseforetak.

Regionfunksjoner

Flere spesialiteter og tilbud i vårt sykehusområde hadde regionfunksjon i gamle Helse Sør. Dette er:

- Arbeidsmedisinsk seksjon ved ST.
- Plastisk kirurgisk seksjon ved ST.
- Seksjon for infertilitetsbehandling ved ST.
- SiV har slik funksjon for behandling av pasienter med sykkelig overvekt.

Vi vil understreke betydningen av at rammebetingelsene innen HSØ må legges til rette for at disse tilbudene skal videreføres. For alle fire spesialiteter gjelder at det er meget lange ventelister og betydelig underkapasitet i forhold til etterspørsel.

Eksport og import av pasientgrupper ut og inn av sykehusområdet

Vestfoldbefolkningens primære rehabiliteringstilbud er gjennom en årrekke bygget opp ved tidligere Kysthospitalet i Stavern. I dag er Kysthospitalet en del av Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) og organisatorisk lagt under Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF (RR). Dette gjenspeiles blant annet i statistikken over Vestfoldbefolkningens bruk av RR hvor det fremkommer at over 20 % av Vestfoldbefolkningens forbruk av somatiske sykehustjenester er ved RR. I dag utgjør opphold av Vestfoldinger om lag 80 % av alle oppholdene ved

Kysthospitalet. Tar vi ut SSR fra Vestfoldbefolkningens bruk av RR, er bruken helt på linje med gjennomsnittet i gamle Helse Sør (om lag 8 %).

ST har kapasitet og kompetanse til å ta medisinsk- genetiske analyser for områder utenfor vårt sykehusområde.

Preoperativ strålebehandling av rectumcancer. Disse pasientene fra Telemark og Vestfold får sin preoperative strålebehandling ved RR. Flere av disse pasientene får i tillegg operativ behandling ved RR. ST og SiV har kapasitet til å operere disse pasientene selv. En desentralisering av den operative behandlingen bør vurderes innenfor faglige kriterier.

Blefjell helseforetak.

Helse Sør-Øst har ennå ikke tatt en endelig beslutning om framtiden til Blefjell Helseforetak

Ledelsen ved Blefjell har allerede tatt kontakt med ST for å få utarbeidet en samarbeidsavtale. Avtalen har til hensikt å sikre at dagens pasientstrømmer og samarbeid innen både psykiatri og somatikk vil fortsette uendret. Dette er nødvendig for å sikre at pasienter fra Blefjells opptaksområde i Telemark som trenger tjenester på "sentralsykehusnivå" kan få de ved nærmeste sykehus. Avtalen vil bli undertegnet fra ST straks det er ønskelig

Dersom Blefjell kommer til å bli avviklet, og de ulike sykehusene i foretaket fordeles på henholdsvis ST og Sykehuset Buskerud, vil Sykehuset Telemark nærme seg en slik problemstilling med et konstruktivt utgangspunkt.

Når det gjelder pasientstrømmer mener vi det vil være en fordel av de Rjukan sykehus og Notodden sykehus slås sammen med ST. Vi vil også peke på at når det gjelder psykiatrien isolert finnes svært mange gode argumenter for en tilknytning mellom Notodden og ST og at denne oppfatningen er det enighet om i fagmiljøene på de to stedene.

ST vil i tillegg gi uttrykk for følgende:

Siden opprettelsen av Blefjell har det vært betydelig diskrepans mellom budsjett og driftsnivå. Dette dreier seg totalt om flere titalls millioner årlig, noe som også betyr at det er opparbeidet et betydelig driftsunderskudd. Vi må fastslå at til tross for iherdige anstrengelser fra både eier, styre og ledelse ved Blefjell sykehus har det ikke lyktes å foreta de endringer i den medisinske driften som skal til for å bringe balanse mellom budsjett og økonomi.

Det finnes ingen holdepunkter for at en integrering av sykehusene på Notodden og Rjukan i ST vil endre dette forholdet. Sagt på en annen måte; Det finnes ingen holdepunkter for at ST skulle få gjennomslag for endringer i den medisinske driften ved disse sykehusene som det fram til nå ikke har vært mulig å få til.

Det må derfor være en klar forutsetning at sykehus som evt. smeltes sammen med ST må ha balanse mellom budsjett og drift.

Private virksomheter og avtalespesialister

Det er eier som inngår avtale med de private helseinstitusjoner og spesialister med driftsavtaler, dvs avtalespesialister.

Vi ønsker at HSØ går gjennom avtalene med private helseinstitusjoner og avtalespesialister, og at helseforetakene i sykehusområdet blir tatt med i denne prosessen. Se kort omtale om de enkelte private aktørene under.

Betanien hospital

Betanien hospital har avtale med RHFet. I praksis er reuma- / reumakirurgien Betanien hospital driver med, områdefunksjon for sykehusområdet Vestfold – Telemark og har vært det helt fra fylkeskommunene var sykehuseiere. Innen øyespesialiteten er Betanien hospital tillagt ansvaret for Telemark. Ved SiV er det egen øyeavdeling, og dessuten er det i Vestfold et betydelig antall private spesialister/klinikker.

Sett fra SiVs synsvinkel er det behov for å gjennomgå organiseringen og evt. funksjonsfordelingen innen øye-funksjonene. HSØ må ta hovedansvar for at dette skjer fordi betydelige deler av virksomheten i de to fylkene skjer med grunnlag i avtaler med HSØ.

SSR og Telemark rehabiliteringssenter

SSRs aktivitet i Stavern og på Nordagutu utgjør vesentlige deler av rehabiliteringstilbudet for pasientene i Vestfold og Telemark. Når HSØ fremmer egen sak om spesialisert rehabilitering i juni ønsker helseforetakene i helseregionen å bli involvert i prosessen.

Hvis det skulle bli besluttet at foretakene i sykehusområde skal overta Kysthospitalet og Telemark rehabiliteringssenter gjelder som for Blefjell at det må være balanse mellom budsjett og drift ved overtagelse.

Borgestadklinikken BA (Blåkors sør)

Rusomsorgen på spesialistnivå i Telemark har fra fylkeskommunens tid hovedsakelig blitt ivaretatt av Borgestadklinikken BA.

Fra 01.01.04 ble ansvaret for rus- og avhengighetsbehandling overført til de statlige helseforetakene, og kvalifiserte institusjoner innenfor rusfeltet ble en del av spesialisthelsetjenesten (tverrfaglig spesialisert behandling, TSB - rusreform II). I Telemark foregår den spesialisthelsetjenestebaserte rusrelaterte behandlingen i dag ved Psykiatrisk klinikk STHF, Borgestadklinikken og Sauherad Samtun, samt ved bruk av gjestepasientplasser utenfor fylket.

Helse Sør-Øst har inngått egen avtale med Blåkors Sør som bygger på tidligere praksis. For å ivareta ”sørge for ansvaret”, må det sikres at det er sammenheng mellom denne avtalen og de forutsetninger som ligger i rusreform II.

Med henvisning til dokumentets DEL C (Rustjenester) ser vi det som viktig at ST og PiV får delta ved fornying av avtalen med Blåkors Sør, eventuelt gis ansvar for inngåelse av deler av en slik avtale. Dette for å ivareta helheten i sørge-for-ansvaret.

Spesialister med driftsavtaler

Spesialister med driftsavtaler er en del av spesialisthelsetjenesten i helseforetakenes opptaksområder. I dag er det RHF et som er avtalepart med avtalespesialistene. Foretakene ønsker innflytelse på avtalene og på avtaleinngåelsene fordi dette innen noen fag har stor betydning for tjenestene i opptaksområdet.

Del E Samarbeid med primærhelsetjenesten

Den styringsmodellen vi har valgt for sykehusområdet med 3 selvstendige helseforetak som samarbeider tett, anser vi som den klart beste med tanke på å mestre et stadig utvidet samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten. Helseforetakene har lange

samarbeidstradisjoner med ”sine” kommuner og kan best mestre kompleksiteten i dette samarbeidet. I sykehusområdet er det 14 kommuner i Vestfold og 18 kommuner i Telemark. Felles kontakt med disse 32 kommunene ville bli tungrodd og uhensiktsmessig.

Perspektivene på det videre samarbeidet med primærhelsetjenesten

Det vil være viktig å fortsette det gode samarbeidet som er etablert med nærkommunene i opptaksområdene. Først og fremst er det lokalsykehusfunksjonen og dens nærhet som er viktig i dette samspillet, men det kan være aktuelt i det nye sykehusområdet å etablere et felles samhandlingsorgan som kan bidra til at gode og overførbare ideer skapt et sted også kan benyttes andre steder.

Samarbeidet med primærhelsetjenesten sett fra SiV.

I Vestfold er det inngått samarbeidsavtaler mellom SiV og kommunene på

- Systemnivå, samt underavtaler vedr.
- Inn- og utskriving av pasienter
- Spesielt ressurskrevende pasienter
- Individuelle planer

I tillegg utgjør ledelsen ved SiV og PiV sammen med representanter fra kommunene det såkalte Kontaktutvalget, som også fylkeslegen og KS er representert. Det arbeides også med å etablere rutiner for samarbeid på styreleder/ordførernivå og adm. direktør/rådmannsnivå. Det er dessuten avtalt å opprette et faglig samarbeidsforum for faglige ledere i kommunene og SiV.

SiV og 12-kommunesamarbeidstiltaket (12-K) i Vestfold har felles prosjekter gående for å utvikle samarbeid. Fra 1. april 2008 driver SiV og 12-K sammen prosjektet ”Fra delt til helt” – et prosjekt hovedsakelig finansiert fra Helse- og omsorgsdepartementet som skal utvikle et felles rehabiliteringstilbud, som skal bidra til raskere utskriving fra sykehuset og bedre rehabilitering i kommunene. Det er i tillegg etablert ambulerende team innenfor flere spesialiteter.

Grenseflaten mot primærhelsetjenesten sett fra PIV

PiV har inngått generell overordnet samarbeidsavtale med kommunen samt del-/tema avtaler som omhandler Inn- og utskriving ved døgnplasser og bruk av Individuellplan. Avtalen er basert på Helsedialogprogrammets inndeling på system-, tjeneste- og individnivå. Det skal arbeides videre med flere avtaler, implementering av planene og avviksrapportering knyttet til disse.

Det er etablert følgende samarbeidsfora:

Koordineringsutvalg for barne- og ungdomspsykiatrien:

Det er etablert koordineringsutvalg hvor alle kommunene og Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)møtes. Utvalget drøfter aktuelle saker på system og tjenesteområdet. BUPA ivaretar møteinnkalling og sekretariatsfunksjonen for utvalget.

Koordineringsutvalg ved DPS-ene:

Ved hvert DPS er det etablert koordineringsutvalg som består av representanter for kommunene i dps-ets primære geografiske virkeområde og ledelsen for dpset. Drøfter aktuelle saker på system og tjenesteområdet, møtes 4 – 6 ganger i året. DPS-et ivaretar møteinnkalling

og sekretariatsfunksjonen for utvalget. Det forutsettes at partene møtes i utvalget med ledere på slikt ansvarlig nivå at forpliktelser kan inngås og effektueres. Videre inviteres internt fra PiV sykehuspsykiatrien og rus (Psykiatrisk Fylkesavdeling og Vestfoldklinikken).

DPS-enes primære tjenesteområde i Vestfold fra 01.01.07 er:

Nordre Vestfold DPS: kommunene Sande, Svelvik, Hof, Horten og Holmestrand, Nøtterøy, Tjøme, Tønsberg og Re

Søndre Vestfold DPS: kommunene Larvik, Lardal, Sandefjord, Andebu og Stokke

Samarbeidet med primærhelsetjenesten sett fra STHF

Det er etablert samarbeidsavtaler mellom STHF og kommunene i lokalsykehusområdet. I tråd med intensjonene i Helsedialog har STHF etablert faste treffpunkter mellom toppledelsen i kommunene og ved sykehuset. Det er en serie konkrete prosjekter i gang. Mange av disse blir det nå arbeidet videre med.

Fra STHF er det aktuelt å arbeide videre med elektroniske samhandlingsløsninger med første linja bl a med; ELLING - elektronisk henvisning, ESKOS - elektronisk samhandling med kommunen, TGK - talejenkjenning og elektronisk epikrise/poliklinikkbrev

STHF har i samarbeid med Skien kommune under bygging et senter (SAMBA) for barn med omfattende fysiske/somatiske problemer og/eller store og sammensatte funksjonshemminger. Skien er vertskommune og drifter enheten.

STHF vil fortsette arbeidet med nærkommunene med utrulling av kontaktsykepleiere opplært i å introdusere individuell plan.

Nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter i Telemark ble etablert i 1993. I dag består nettverket av 110 navngitte sykepleiere som arbeider ved aktuelle enheter i sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleien. Det er etablert en infrastruktur som muliggjør avansert smertebehandling i hele fylket.

Lærings -og mestrings-senter videreutvikles med hovedfokus på kronikergruppene. Her er det nærliggende å samarbeide med SiV for å øke bredden i tilbudet for pasienter og pårørende.

ST vil der det er formålstjenlig for pasientene forsøke å etablere satelittdialyseenheter for å minimalisere reisevei/-tid for denne kronikergruppen.

ST utvikler samarbeidsrelasjonene mot sykehjemmene m h p kompetanseoverføring og opplæring i intravenøs behandling samt intravenøs og intramuskulær antibiotikabehandling.

Til slutt vil vi videreutvikle praksiskoordinator/-konsulent konseptet med hovedfokus på gjensidig prosessforbedring og informasjon med kontinuerlig effektmåling av de prioriterte prosessene.

Samarbeidet med kommunene innen psykiatri sett fra ST

I psykiatrien er det inngått forpliktende samarbeidsavtaler mellom det enkelte DPS'et og de enkelte kommunene som er i opptaksområdet. Dette følges opp med faste møter med administrativ/faglig ledelse i kommunene. I tråd med intensjonene i opptrappingsplanen og sentrale føringer, blir det kontinuerlig etablert samarbeidstiltak med primærhelsetjenesten knyttet til enkeltpasienter/pasientgrupper.

Vi ønsker å videreutvikle tjenestene slik at alle pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste innen rus og psykisk helsevern og deres pårørende, får et best mulig tilbud tilpasset den enkeltes behov, uavhengig av forvaltningsgrenser og foretaksgrenser. Med dette som utgangspunkt er det sentral at samarbeidet med primærhelsetjenesten videreføres og videreutvikles.

Konkretiserte samarbeidstiltak med kommunene:

- Samsonekontrakter blir etablert med kommunene i forhold til etablering av enkeltpasienter. I dette ligger tiltak i tråd med individuell plan, men også tiltak knyttet til ressurstilførsel for en periode etter utskrivning samt opplæring/veiledning av kommunens medarbeidere. Dette er en samarbeidsform som ST ønsker å videreutvikle for å sikre en vellykket rehabilitering av de tyngste pasientene.
- Det er etablert flere samarbeidstiltak mellom kommuner og ST om rehabilitering knyttet til arbeid/opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Erikstad gård i Skien og Telemark Keramiske senter i Porsgrunn er eksempler på dette. ”Å komme seg,- prosjektet”, pasientformulert rehabilitering hvor kommune, DPS, høgskole og Mental Helse samarbeidet er et annet eksempel. Disse tiltakene er vellykkede, og må sikres videreført.
- Porsgrunnskonferansen er en årlig konferanse som er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Telemark, Porsgrunn kommune og DPSet. Psykisk helse, kultur og forskning fokuseres. Dette er fulgt opp med spesifikt samarbeid med kulturetatene i Skien og Porsgrunn kommune, hvor kultur brukes aktivt i rehabilitering.
- ST forestår veiledning/opplæring i kommunene i veiledningsgrupper eller som bidragsytere i kommunenes interne opplæringsprogrammer. Samarbeid om Psykiatriskolen i Porsgrunn kommune, og samarbeidsprosjektet ”Barn av psykisk syke” med ulike etater i Skien kommune, er et eksempel på dette. Vi deltar i samrådsmøter mellom kommune og BUP hvor det blir gitt veiledning på anonymiserte saker. Vi gir også veiledning i psykisk helse sammen med helsesøstertjenesten til elever på første trinn på videregående skoler.

Del F Gevinst- og risikovurdering.

Implementeringen av de tiltakene som framgår av denne rapporten vil gi gevinster både når det gjelder kvalitet på tjenestene og økonomi.

Når det gjelder hvor store gevinstene vil bli og når de vil materialisere seg, så er det umulig å vite dette før det videre utredningsarbeidet er fullført.

Vi legger opp til en gradvis implentering av tiltak, slik at gevinstene også vil komme gradvist over flere år.

Selv med den myke og gradvise samarbeidsmodellen er det en reell risiko for at forankringen i fagmiljøene blir for svak, at vi vil slite med faglig uenighet og revirkamp.

Det er en risiko for at trykket ovenfra på samarbeid og endringer blir for svakt slik at samarbeidet smuldrer opp.

Avtalemessige forhold kan gjøre det vanskelig å få til ambulerende tjeneste, dvs at spesialister arbeider over foretaksgrensene.

Store økonomiske problemer i HSØ og i sykehusområdet kan gjøre det vanskelig å holde fokus på noe annet enn innsparingstiltak.

Uro i politisk miljø og i befolkningen over tilbud som forsvinner kan gjøre samarbeidstiltak vanskelige å gjennomføre.

DEL G - Videre prosess

Denne anbefalingen vil bli behandlet i styremøte i Helse Sør-Øst i juni. Deretter vil forslag til helhetlig strategi for HSØ bli sendt ut på høring og styrebehandlet i oktober. Vi vil tilpasse vår videre prosess i sykehusområdet til den større prosessen i HSØ.

27.05.08

Stein Are Agledal
Administrerende direktør
Psykiatrien i Vestfold

Stein Kinserdal
Administrerende direktør
Sykehuset i Vestfold

Arne Rui
Administerende direktør
Sykehuset Telemark