



Sykehusområdet Hovedstaden vest

Innspill til regional strategi

Versjon: 1.0
Status: Godkjent
Dato: 29. mai

Innhold

1	Administrerende direktørens vurdering	1
2	Statusbeskrivelse dagens virksomhet	3
2.1	Dagens sykehusstruktur	3
2.2	Dagens aktivitet.....	5
2.3	Status Psykisk helse	7
2.4	Gap analyse i forhold til anbefalte volumer	8
3	Målbilde og løsningsforslag	11
3.1	Overordnet målbilde	11
3.2	Lokalsykehusfunksjoner	13
3.3	Spesialiserte funksjoner somatikk	14
3.4	Psykisk helse.....	17
3.5	Samhandling med kommunene.....	24
3.6	Prehospitaltjenester og pasienttransport	27
3.7	Forholdet til Martina Hansens hospital	27
4	Effekter, konsekvenser og risiko.....	29
4.1	Pasientbehandling.....	29
4.2	Utdanning og forskning.....	29
4.3	Arbeidsmiljø og ansatte.....	31
4.4	Areal- og kapasitetsreduksjon.....	31
4.5	Samlet ressursutnyttelse og resultatoppnåelse.....	31
5	Investeringer	32
6	Styringsmodell.....	34
6.1	Førende prinsipper for valg av styringsmodell.....	34
6.2	Drøfting av alternativer.....	34
6.3	Anbefaling om styringsmodell.....	40
6.4	Anbefaling om deling av Blefjell sykehus HF.....	40
6.5	Tidsperspektivet for evt endringer.....	41
7	Kort beskrivelse av prosessen.....	43
7.1	Dialogkonferanse	43
7.2	Involvering og gjennomførte informasjonstiltak.....	44
8	Vedlegg	46
8.1	Anbefalinger om volumer og opptaksområder fra Dialogkonferansene i fase 1.....	47
8.2	Oppsummering fra dialogkonferanse innen sykehusområdet i fase 2.....	48

1 Administrerende direktørers vurdering

Helse Sør Øst RHF arbeider med en regional strategi for utvikling innen helseregionen. Den 24. april i år fikk vi et mandat om å gi våre innspill til dette strategiarbeidet. Dette dokumentet oppsummerer våre innspill. Vi har holdt oss til bestillingen gitt i mandatet og utført arbeidet i tråd med dette. Det vil være opp til Helse Sør Øst å bearbeide våre innspill og eventuelt legge fram en sak for behandling i sitt styre.

Vi bekrefter gjennom denne rapporten at vi ønsker å forholde oss aktivt til sykehusområdet som et fellesskap, og ser at det kan være muligheter og positive effekter for pasientbehandling og ressursutnyttelse både på kort og lang sikt. Mange av utviklingsområdene er imidlertid krevende prosesser som krever etablering av nære samarbeidsforhold og som må utvikles over tid.

Arbeidet med utforming av denne rapporten har foregått innenfor en svært knapp tidsramme med begrensede muligheter til bred medvirkning fra fagmiljøer, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter. Vi ønsker å jobbe videre med flere av spørsmålene i en ny fase fra juni og fram til oktober 2008. Spesielt vil vi nevne at tillitsvalgte og verneombud fra Blefjell sykehus ønsker en egen dialog angående spørsmålet om eventuell deling av helseforetaket.

På flere steder i rapporten er det naturlig å beskrive løsninger i forhold til ulike tidsperspektiv og vi har benyttet begrepene Kort sikt (2008-2009), Mellomlang sikt (2010-2012) og Lang sikt (etter 2012). På lang sikt må vi ta hensyn til planene for etablering av nytt sykehus innen sykehusområdet, dette vil kunne stå ferdig i 2016-2018.

På kort og mellomlang sikt ser vi følgende muligheter:

1. Etablering av en felles lokasjon for sykehusfunksjonene innen psykisk helse
2. Utnytte tilgjengelig areal av god bygningsmessig standard
3. Finne gode løsninger for de funksjoner som flyttes ut av Hovedstaden sentrum
4. Fordele spissfunksjoner/områdefunksjoner mellom Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum geografisk og på egnede områder gjennom felles vaktordninger
5. Utveksling av spesialister fra de større sykehusene til alle de mindre lokalsykehusene for å komplettere det polikliniske tilbudet, bidra til kompetanseoverføring og kvalitetsutvikling, og gi befolkningen en bedre trygghet og nærhet til spesialiserte helsetjenester
6. Etablere arenaer og prosedyrer for tett samhandling med tillitsvalgte, verneombud og brukere, samt kommunene, primærhelsetjenesten og fastlegene.
7. Inkludere avtalespesialistenes kapasitet og kompetanse i sykehusområdets helsetilbud
8. Inkludere kompetanse, kapasitet og areal på Martina Hansens Hospital til en restrukturering av totaltilbudet i ortopedi, reumatologi/rheumakirurgi og rehabilitering i Hovedstaden Vest
9. Etablere en felles prehospital tjeneste for Hovedstaden vest
10. Gjennomføre en deling av Blefjell sykehus HF
11. Gjennomføre en samordning/fusjon av de eksisterende HF
12. Gjennomføre en utrulling av felles løsning for Elektronisk pasientjournal basert på eksisterende løsninger innen sykehusområdet.
13. Vurdere samordnet innføring av nytt elektronisk kurvesystem.
14. Vurdere gradvis standardisering og samordnet drift av MTU og behandlingshjelpemidler

15. Tettere koordinering og felles støttefunksjoner for forskning, innovasjon, undervisning, tjenesteutvikling og kvalitetsledelse.

På lang sikt vil vi arbeide med følgende forhold og avklaringer:

1. En helhetlig strategi for videreutvikling av det totale helsetilbudet i Hovedstaden vest. Dette vil være førende for utforming og lokalisering av nytt sykehus.
2. Definere lokalsykehusfunksjonen innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Vurdere muligheten for færre og mer robuste vaktlinjer innen kirurgi/ortopedi/fødselshjelp i sykehusområdet Hovedstaden vest.

2 Statusbeskrivelse dagens virksomhet

2.1 Dagens sykehusstruktur

Befolkning

Sykehusområdet Hovedstaden Vest dekker formelt sett Asker og Bærum samt Buskerud som samlet utgjør en befolkning på 472 000. Videre dekker Blefjell Sykehus HF deler av Telemark, Jevnaker dekkes av Ringerrike Sykehus HF, Svelvik og Sande dekkes av Sykehuset Buskerud HF slik at det reelle opptaksområdet om lag 487 000. Området dekker en befolkning bosatt i 39 kommuner, befolkningstettheten varierer fra 1/km² i Fyresdal Kommune til 563/km² i Bærum kommune, gjennomsnittet for hele sykehusområdet er 79/km². Lengste distanse innad i sykehusområdet er 282 km.

Nåværende Helseforetakstruktur

Sykehusområdet Vest består i dag av 4 Helseforetak; Blefjell Sykehus HF, Ringerike Sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF Sykehuset Buskerud HF.

Foretak	Årsverk - 2006	Driftskostnader - 2006
Sykehuset Buskerud	2 694	2 395 136
Sykehuset Asker og Bærum	1 967	1 538 448
Ringerike Sykehus	754	651 604
Blefjell Sykehus	990	721 018
Totalt	6 405	5 306 206

I sykehusområdet er totalt 6 lokasjoner med lokalsykehusfunksjoner som har virksomhet innen fagområdene indremedisin, kirurgi, ortopedi, ved 5 lokasjoner er det fødeavdeling. I tillegg drives det desentralisert spesialisthelsetjeneste med poliklinikk og dag- og døgnbehandling på Ål. Inneliggende og polikliniske funksjoner for de mindre kliniske spesialitetene Øre-nese-hals, Øye, Nevrologi og Pediatri er delt; befolkningen i Asker og Bærum betjenes av Rikshospitalet. Ringerike sykehus HF har egen pediatrik poliklinikk som dekker befolkningens behov i nedslagsfeltet mens øvrige tjenester for resten av sykehusområdets befolkning (ca 240 000) dekkes av Sykehuset Buskerud HF. Det samme gjelder patologitjenester. Siden lov om fritt sykehusvalg ikke omfatter øyeblikkelig hjelp tjenester er det i denne sammenheng fokusert på de tjenester som dette utgjør:

Blefjell sykehus HF

Blefjell sykehus har formelt lokalsykehusansvar for en befolkning 91.000 og 16 kommuner (18 innen psykisk helse), og har lokasjoner på Kongsberg (49 000), Notodden/Seljord (29 000) og Rjukan (12 000). Deler av Øvre Eiker dekkes av Sykehuset Buskerud HF. Ved alle lokasjoner er det øyeblikkelig hjelp tilbud innen indremedisin og kirurgi (samarbeid mellom Notodden og Rjukan). Kongsberg og Rjukan har øyeblikkelig hjelp funksjon innen ortopedi. Fødeavdeling på Kongsberg og fødestue på Rjukan. Kongsberg har øyeblikkelig hjelp funksjon innen gynekologi og Notodden har tilpasset øyeblikkelig hjelp funksjon innen gynekologi 5 dager pr. uke. Blefjell har totalt 22 (23 hjemler) legeårsverk i indremedisin, 16 (16 hjemler) i kirurgi, 5.5 (0 hjemler) i ortopedi samt 4 (4 hjemler) innen gynekologi.

Sykehuset Asker og Bærum SAB-HF

Sykehuset Asker og Bærum har formelt lokalsykehusansvar for 161 000 mennesker. SAB HF har øyeblikkelig hjelp funksjon for generell indremedisin, kardiologi, ortopedi, gastrokirurgi og gynekologi/føde samt beredskap for karkirurgi og urologi. Fra 01.09.2008 etableres egen

vaktordning for urologi i samarbeid med Sykehuset Buskerud. Fødeavdelingen har i tillegg ansvar for befolkningen i Vestre Aker og Ullern slik at det totale opptaksområde er 231 000. SAB HF har totalt 81,5 (80 hjemler) legeårsværk innen disse spesialitetene. Psykisk helsevern omfatter 780 årsværk og utgjør budsjettmessig ca 40% av den totale virksomheten. Psykisk helse er organisert i 5 avdelinger; to store DPSer for hhv Bærum og Asker, og sykehusavdelinger med akuttavdeling, alderspsykiatrisk avdeling og psykoseavdeling lokalisert på Blakstad. Psykisk helse har behandlingstilbud som omfatter både voksne, barn og unge; samt et bredt behandlingstilbud til rusavhengige.

Sykehuset Buskerud SB-HF

Sykehuset Buskerud har formelt lokalsykehusansvar for en befolkning på 147 000 (reelt ca 161 000 inkl Sande og Svelvik) med øyeblikkelig hjelp funksjon for generell indremedisin, ortopedi, kirurgi, karkirurgi samt gynekologi/føde. Fra 01.09.2008 egen vaktordning for gastrokirurgi samt urologi i samarbeid med Sykehuset Asker og Bærum. SB-HF har totalt 91 (82 hjemler) legeårsværk innen disse spesialitetene. I tillegg har SB-HF formelt øyeblikkelig hjelp beredskap for øye, øre-nese-hals, nevrologi og pediatri for en befolkning på 248 000, dette dekkes av totalt 54(42,5 hjemler) legeårsværk (Øye; 8 (7), pediatri; 20(16,5) øre-nese-hals 11(6) og nevrologi 15(13))

Ringerike sykehus RS-HF

Ringerike sykehus har formelt lokalsykehusansvar for 75 000 mennesker, inkludert Jevnaker og søndre Sør-Aurdal, med øyeblikkelig hjelp funksjon for indremedisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi/føde og akuttberedskap pediatri. Ringerike sykehus har totalt 44 (38 hjemler) legeårsværk innen disse spesialitetene.

Videre har RS-HF ansvar for drift og legebemanning av Hallingdal Sjukestugu (Ål), som tilbyr somatisk behandlingstilbud på spesialisthelsetjenestenivå og poliklinikk innen indremedisin, kirurgi, ortopedi, nefrologi, nevrologi, revmatologi, ØNH, lysbehandling, onkologi, gynekologi og pediatri. Spesialister i hovedsak fra Ringerike sykehus, men også sykehuset Buskerud, Rikshospitalet (telemedisin) og privat spesialist utfører den ambulante tjenesten. Det drives dagbehandling innen dialyse (6 maskiner), cytostaticabehandling, dagkirurgi, geriatri og dagrehabilitering samt tilbud innen Læring- og mestringscenter. Somatisk døgnavdeling har for tiden 14 senger og 1,75 legeårsværk, sykepleietjeneste, fysioterapi, ergoterapi. Distriktsjordmødre tar i mot 15-20 hastefødsler i året. Distriktspsykiatrisk senter med voksenpsykiatrisk poliklinikk, ruspoliklinikk og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk understøttet av 10 psykiatriske døgnplasser.

2.2 Dagens aktivitet

Oversikt ø hjelp DRG produksjon Indremedisin, Kirurgi, Ortopedi og Føde/kvinnesykdommer (antall fødsler)

HF	Ø.hj. indremed.	Ø.hj. Kirurgi	Ø.hj. Ortopedi	Ø.hj. Kvinne/Føde* (fødsler)	Sum ø.hj.
Sykehuset Asker og Bærum ¹	6 600	2 800	2 000	1900 (2800)	13 300
Sykehuset Buskerud ²	8 300	3 100	2 900	1400 (1800)	15 700
Ringerike sykehus	4 500	1 100	1 400	590 (800)	7 590
Blefjell - Kongsberg	2 700	560	770	390 (550)	4420
Blefjell - Rjukan	790	220	210	24 (35)	1 244
Blefjell - Notodden	1 600	560	370	40 (0)	2 570
Sum produksjon	24 490	8 340	7 650	4344	44 824

1) Opptaksområde for SAB-HF føde er 231 000

2) Det bemerkes at aktiviteten for ø hjelps indremedisin v Sykehuset Buskerud HF omfatter diagnoser som blir behandlet ved nevrologisk avdeling og tidligere sentralsykehusfunksjoner slik den registrerte aktivitet ikke er direkte sammenlignbar med de andre lokasjonene

Tabellen viser øyeblikkelig hjelp aktivitet innen de kliniske spesialiteter indremedisin, kirurgi, ortopedi samt Kvinne/Føde (liggedøgn for nyfødte er ikke registrert som øyeblikkelig hjelp innleggelse jfr regelverk for ISF) målt i DRG. Aktiviteten er utelukkende basert på registrerte døgnopphold slik at oversikten ikke omfatter øyeblikkelig hjelp poliklinikk og dagbehandling. Det er mulig at ulike rutiner for aktivitetsregistrering medfører at tallene ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

Oversikt over antall ansatte legeårsværk (antall hjemler jfr Nasjonalt Råd)

HF	Indremed	Kirurgi	Ortopedi	Kvinne/Føde
Sykehuset Asker og Bærum	32(35)	21 (20)	10 (10)	15 (14)
<i>Martina Hansens Hosp</i>			20 (18)	
Sykehuset Buskerud	30 (26)	21 (23)	17 (16)	23 (17)
Sykehuset Ringerrike	17 (15)	9 (13)	10 (3)	8 (7)
Blefjell – Kongsberg	11 (11)	6 (9)	5 (0)	3 (3)
Blefjell – Rjukan	1 (4)	1 (2)	1 (0)	0 (0)
Blefjell - Notodden	8 (8)	4,2 (5)	0,8 (0)	1 (1)
Totalt	99 (99)	62,2 (72)	63,8 (47)	50 (42)

Tabellen viser antall oppgitte legeårsverk fra det enkelte HF i 2008 innen de kliniske spesialiteter indremedisin, kirurgi, ortopedi, og kvinnesykdommer/føde samt antall stillingshjemler registrert i Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (oppdatert 20.5.2008).

Oversikt over antall legeårsverk/innbygger samt øyeblikkelig hjelp aktivitet målt i DRG/1000 innbyggere innen Indremedisin, Kirurgi, Ortopedi og Kvinnesykdommer/føde i Sykehusområdet Vest

HF	Indre med		Kirurgi		Ortopedi		Kvinne/føde	
	Innb/lege	DRG/per 1000 innb.	Innb/lege	DRG/per 1000 innb.	Innb/lege.	DRG/per 1000 innb.	Innb/lege	DRG/per 1000 innb.
Sykehuset Asker og Bærum	5000	41	7700	17	16000	12*	15000*	8*
Sykehuset Buskerud	5400	52	7700	19	9500	18	7 000	9
Ringerike sykehus	4400	60	8300	15	7500	19	9 400	8
Blefjell - Kongsberg	4500	55	8200	11	9800	16	16 000	8
Blefjell - Rjukan	12000	66	12000	18	12000	18	na	2
Blefjell - Notodden	3600	55	6900	19	36250	13	29000	na
Gjennomsnitt	4 900	50	7 800	17	11000	16	11000	8

* Opptaksområde for føde v SAB er 231 000

Tabellen viser antall innbyggere pr lege som inngår i vaktturnus i de 4 største kliniske spesialiteter samt DRG aktivitet knyttet til øyeblikkelig hjelp per 1000 innbyggere i Sykehusområdet Vest. Tallene er basert på aktivitetsdata for 2007 fra NPR. Det er mulig at ulike rutiner for aktivitetsregistrering medfører at tallene ikke nødvendigvis er sammenlignbare.

2.3 Status Psykisk helse

Følgende tabeller viser noen utvalgte nøkkeltall for virksomheten innen psykisk helse.

Budsjett og aktivitet

	Budsjett (eks felleskostnader) Mill kr	Årsverk	Antall konsultasjoner	Antall liggedøgn	Antall lokasjoner
Sykehuset Asker og Bærum	490	775	54.000	64.000	10
Sykehuset Buskerud	462	720	53.000	52.000	16
Ringerike sykehus	77	121	27.241	7.547	3
Blefjell sykehus	130	196	28.984	12.548	5
Sum	1.159	1.812	163.225	136.095	34

Oversikt over sengekapasitet og stillingshjemler (psykiatere)

	Sykehus-senger	DPS Senge-plasser	BUP Senge-plasser	Rus senge-plasser	Sum senge-plasser	Årsverk/ Hjemler (psykiater)	Årsverk (psykolog)
Sykehuset Asker og Bærum	80	78 (+ 8)	18	24	200	29.5/40	23.5
Sykehuset Buskerud	87	36 (+12)	8	44	175	22.5/37	17
Sykehuset Ringerrike	0	28	0	0	28	11	
Blefjell sykehus	0	39	0	0	39	15	36
Sum	167	181	26	68	442	108	

2.4 Gap analyse i forhold til anbefalte volumer

HF	Formelt befolknings- grunnlag	Reelt befolknings- grunnlag	Ø hjelp Indre- medisin	Ø hjelp Kirurgi	Ø hjelp Ortopedi	Kvinne/ Føde
Sykehuset Asker og Bærum	161 000	161 000	1	1	1	1
Sykehuset Buskerud	146 000	161 000	1	1	1	1
Ringerike sykehus	75 000	75 000	1	1	1	1
Blefjell – Kongsberg	49 000	49 000	1	1	1	1
Blefjell – Rjukan	12 000	12 000	1	1	1	1
Blefjell - Notodden	29 000	29 000	1	1		
Sum			6	6	5	5
Anbefalt jfr optimalt opptaksområde			4	1	2	1
GAP optimalt opptaksområde			2	5	3	4
Anbefalt jfr minimalt opptaksområde			4	2	3	2
GAP minimalt opptaksområde			2	4	2	3

Per dags dato er det i dag øyeblikkelig hjelp beredskap i indremedisin og kirurgi ved alle 6 lokasjoner samt tilsvarende beredskap for ortopedi og kvinne/føde ved 4 lokasjoner. Dersom man legger til grunn anbefalingene for optimalt opptaksområder for lokalsykehus og de respektive kliniske spesialiteter gitt i styresak 38/2008 HSØ RHF skulle det i Sykehusområde Vest være lokalsykehusfunksjon med øyeblikkelig hjelp indremedisin, samt tilgang til de tjenester som er angitt i pkt 3.2 ved 4 lokasjoner samt øyeblikkelig hjelp funksjon for kvinne/fødevirksomhet, øyeblikkelig hjelp kirurgi og føde/kvinnesykdommer 1 lokasjon, samt 2 lokasjoner med øyeblikkelig hjelp ortopedi. Dersom man følger anbefalingene for minst anbefalte opptaksområde samt drift i eksisterende bygningsmasse skulle det være lokalsykehusfunksjon spesifisert i pkt 3.2 ved 4 lokasjoner samt akutt kirurgi og føde/kvinnesykdommer ved 2 lokasjoner samt akutt ortopedi ved 3 lokasjoner.

Det presiseres at anbefalingene i styresaken bygger på erfaringer fra områder med en tettere befolkningskonsentrasjon og tar ikke hensyn til demografi, reiseavstand og eksisterende bygningsmasse.

Mulige vaktlinjer jfr tilgjengelige stillinger Nasjonalt Råd

Basert på dagens antall legeårverk knyttet til Helseforetakene i Sykehusområde Vest jfr Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling er det totalt 99 hjemler i indremedisin, 73 i kirurgi, 47 i ortopedi og 42 i Føde/kvinnesykdommer. Vi regner med at hjemmel-situasjonen vil bli revurdert på bakgrunn av de omlegginger som vi finne sted som følge av styresak 038/2008, Omstillingsprogrammet. Imidlertid gir nåværende situasjon med antall hjemler innen de store kliniske spesialiteter en indikasjon på hvor mange robuste vaktlinjer det er mulig å etablere, for derved å gi et bilde av hvor mange lokasjoner som kan opprettholde den vaktberedskapen som et lokalsykehus må få for å kunne tilby de tjenester som er spesifisert i pkt 3.2.

Som en ren arbeidshypotese har vi tatt utgangspunkt i at en robust vaktlinje bør være 9-delt for assistentleger og 5 - 7 delt for overleger avhengig av spesialitet. Dette vil selvfølgelig variere med pasientgrunnlag, ved mindre opptaksområde og derved arbeidspress kan antall leger som inngår i assistentlege turnus reduseres. Dersom alle tilgjengelige hjemler i Sykehusområdet Vest allokteres til tjeneste med vaktplikt vil man kunne ha følgende fordeling innen de forskjellige spesialiteter:

Indremedisin (99 hjemler):

- 5 vaktlinjer a 9 ass leger indremedisin (lokalfunksjon): 45
- 5 vaktlinjer a 7 overleger indremedisin (lokalfunksjon): 35
- 2 vaktlinjer a 7 overleger kardiologi (områdefunksjon): 14

Kirurgi (73 hjemler):

- 1 vaktlinje karkirurgi (4 kar + 1 thorax) (områdefunksjon): 5
- 1 vaktlinje urologi; (7 overleger + 1 B gren) (områdefunksjon): 8
- 2 vaktlinjer gastrokirurgi (11 overleger + 1 B gren)(områdefunksjon) 12
- 3 vaktlinjer a 9 ass leger kirurgi (område/lokalfunksjon) 27
- 1 vaktlinje m 7 overleger (lokalfunksjon) 7
- 2 vaktlinjer m totalt 7 leger for elektiv virksomhet og beredskap(lokalt) 14

Ortopedi (47 hjemler)

- 2 vaktlinjer a 9 ass leger (områdefunksjon): 18
- 2 vaktlinjer a 7 overleger (områdefunksjon): 14
- 2 vaktlinjer m totalt 15 ass leger og overleger (lokalfunksjon): 15

Føde/Kvinnesykdommer (42 hjemler)

- 2 vaktlinjer a 9 ass leger (områdefunksjon): 18
- 2 vaktlinjer a 7 overleger (områdefunksjon): 14
- 1 vaktlinje med totalt 10 ass leger og overleger (lokalfunksjon): 10

Basert på dette vil man kunne ha følgende vaktberedskap:

Sykehus m områdefunksjon:

- Indremedisin; 9 delt ass -lege, 7 delt overlege generell indremedisin, 7 delt overlege kardiologi
- Kirurgi: 9 delt ass-lege, 6 delt overlege gastrokirurgi,
 - Karkirurgi; felles 5 delt overlege vakt
 - Urologi; felles 8 delt overlegevakt
- Ortopedi: 9 delt ass-lege, 7 delt overlege
- Føde/kvinnesykdommer; 9 delt ass-lege, 7 delt overlege

Sykehus m utvidet lokalfunksjon

- Indremedisin; 9 delt ass -lege, 7 delt overlege generell indremedisin
- Kirurgi: 9 delt ass-lege, 7 delt overlege
- Ortopedi; 10 stillinger ass og overlege
- Gynekologi: 10 stillinger ass og overlege

Sykehus m lokalfunksjon

- Indremedisin; 9 delt ass -lege, 7 delt overlege generell indremedisin
- Kirurgi: 7 stillinger ass og overleger - elektiv virksomhet samt tilsynsberedskap

Det presiseres at dette representerer et verktøy for å synliggjøre hvordan tilgjengelige legerårsverk jfr Nasjonal Råds database (versjon 21.5.2008) rent hypotetisk kunne vært allokert til våre

lokasjoner med ulike funksjoner i sykehusområdet Hovedstaden vest. Dette må på ingen måte forstås som forslag til endelig løsning for allokering av legeårsverk i sykehusområdet.

3 Målbilde og løsningsforslag

Som det fremgår av statusrapport dekker sykehusområdet Hovedstaden vest et befolkningsgrunnlag per dags dato på over 480 000. Anbefalingene fra dialogkonferansene basert på befolkningsgrunnlaget tilsier at akutt kirurgi samt de fleste medisinske og kirurgiske grenspesialiteter skulle kunne tilbys av ett sykehus. Sykehusområdet Øst og Sentrum har befolkningsgrunnlag som er sammenlignbart med Sykehusområde Vest, imidlertid er de geografiske og trafikkmessige forutsetningene vidt forskjellige.

Lengste avstand mellom yttergrensene i sykehusområde Sentrum er ca 19 km vs 282 km i sykehusområdet Vest, befolkningstettheten er hhv 5000/km² vs 79/km². Videre har ingen av lokasjonene i sykehusområdet isolert sett kapasitet til å dekke en slik aktivitet. På denne bakgrunn kan vi ikke se at et er hensiktsmessig eller mulig å tilby denne tjenesten i eksisterende bygningsmasse på en lokasjon.

Imidlertid ser vi at dagens driftsform utfra faglige og økonomiske hensyn ikke er optimal. Forutsatt en omstrukturering av prehospitale tjenester samt ambulante polikliniske tjenester og dagbehandling mener vi at den faglige kvalitet og befolkningens legitime krav til tjenestenes tilgjengelighet kan styrkes. Samtidig kan antall vaktlinjer for øyeblikkelig hjelp reduseres uten at dette i vesentlig grad vil gå ut over rimelig krav til tilgjengelighet.

3.1 Overordnet målbilde

Et overordnet langsiktig målbilde gjør det lettere å foreta de riktige endringene de nærmeste årene. Debatten de siste ukene har pekt på flere alternative måter å fordele oppgaver og funksjoner på. Det er også behov for å skille debatten om lokalsykehusfunksjoner fra debatten om de mer spesialiserte områdefunksjonene. Videre er det behov for å tydeliggjøre at målbildet på lang sikt kan se annerledes ut enn målbildet på kort og mellomlang sikt. Et viktig premiss her er planleggingen av et nytt sykehusbygg innenfor sykehusområdet, og de muligheter dette gir for å tenke nytt.

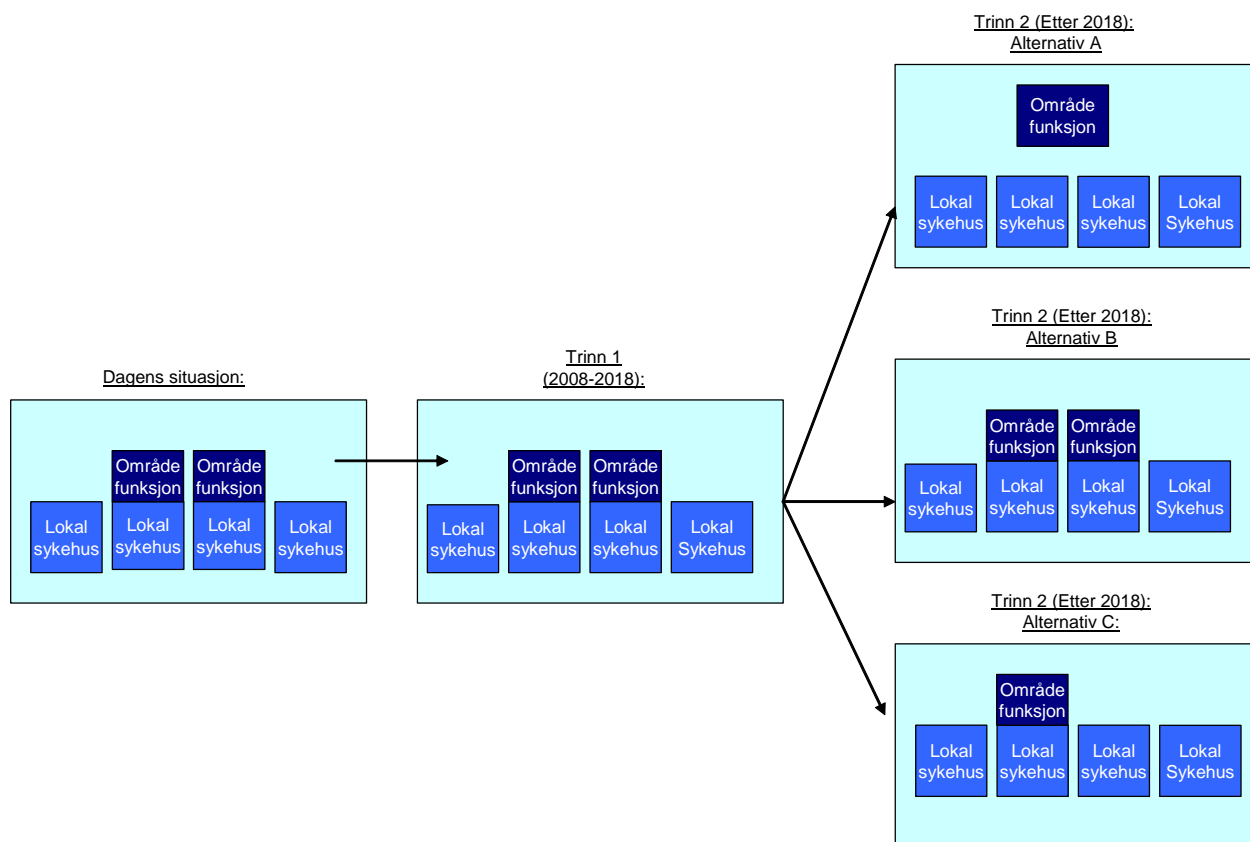
Figuren nedenfor illustrerer dette:

På kort og mellomlang sikt kan en se for seg å bygge videre på dagens situasjon der områdefunksjonene er delt mellom to av sykehusene i området.

På lang sikt kan flere modeller utredes:

- A) Ett nytt spesialisert sykehus der områdefunksjonene er samlet og lokalisert uavhengig av lokalsykehusfunksjonene.
- B) En videreføring av løsningen med delt områdefunksjon
- C) En samling av alle områdefunksjoner i tilknytning til ett av lokalsykehusene.

I en skjematisk modell kan dette fremstilles på følgende måte:



Noen foreløpige konklusjoner:

- Det er bred tilslutning til prinsippet om at spesialiserte funksjoner så langt det er mulig tilbys innenfor sykehusområdet.
- På kort sikt synes det urealistisk å samle alle områdefunksjonene på ett sted. De spesialiserte funksjonene må derfor løses i samarbeid mellom sykehusene i sykehusområdet.
- Lokalsykehusfunksjoner og spesialiserte funksjoner ses i sammenheng og kan drives på samme sted. På sikt bør lokalsykehusfunksjonen organiseres som et tydelig tilbud også på de sykehus som har mer spesialiserte funksjoner. Dette for å ivareta samhandlingen med primærhelsetjenesten best mulig, og for å få et klart grensesnitt mot de spesialiserte funksjonene i sykehusområdet og regionalt.
- Felles for alle modeller for tettere samhandling er behovet for å etablere ett felles pasientjournalssystem innenfor sykehusområdet slik at oppdatert informasjon er tilgjengelig uavhengig av hvor pasienter og medarbeidere befinner seg. Ut fra dagens lovverk forutsetter dette at sykehusområdet organiseres som ett helseforetak.

3.2 Lokalsykehusfunksjoner

Lokalsykehusfunksjoner er en bærebjelke i spesialisthelsetjenesten, og er ment å håndtere en stor del av både innleggelser, dagbehandlinger og polikliniske tilbud i sykehusområdet. Nye behandlingsformer og nye muligheter for kommunikasjon gir muligheter for endring av sammensetningen av tjenestetilbudet. Tabellen nedenfor oppsummerer føringene fra Fase 1 i Hovedstadsprosessen med hensyn på funksjoner som skal løses ved lokalsykehus.

Tabell 1: Generisk oversikt over aktuelle lokalsykehusfunksjoner.

Indremedisin
<ul style="list-style-type: none"> – Innleggelse akutte tilstander når ikke annet er bestemt som rutine – Akutte forverring hos kroniske pasienter – Overvåkingsenhet, intensivenhet og anestesilege på vakt – Poliklinikk, alle grenspesialiteter (egne ansatte eller fra områdesykehus) – Dialyse (eventuelt) – Slagenhet (eventuelt)
Kirurgi
<ul style="list-style-type: none"> – Tilgang til gastrokirurgisk tilsyn hele døgnet – Elektiv kirurgi (utnytte anestesi og kirurgisk beredskap) – Poliklinikk, flere grenspesialiteter (egne ansatte eller fra områdesykehus) – Akutt kirurgi dersom behov (kapasitet) og i forståelse med områdesykehuset
Ortopedi
<ul style="list-style-type: none"> – Poliklinikk – Elektiv kirurgi (effektiv utnyttelse av anestesi) – Akutt ortopedi dersom behov og i forståelse med områdesykehuset
Legevaktsfunksjoner og samhandling med kommunehelsetjenesten
<ul style="list-style-type: none"> – Deltakelse i felles legevakt og akuttmottaksfunksjon (FAM) – Spesialist-legevaktsfunksjon kan/bør vurderes lagt til ett av lokalsykehusene eller til områdesykehus?
Psykiatri
<ul style="list-style-type: none"> – Akutt, DPS (alle pasienter der det ikke finnes andre rutiner) – Ett DPS samlokalisert med sykehuset – Poliklinikk
Rus
<ul style="list-style-type: none"> – Akutt rus som ikke kan overvåkes på legevakten – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – Ruspoliklinikk – Koordineringsansvar for rehabiliteringsplasser
Rehabilitering
<ul style="list-style-type: none"> – Tett samarbeid med kommunehelsetjenesten

Arbeidsgruppen som utredet lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen, ga et klart råd om å ivareta lokale forhold ved utforming av akuttfunksjoner ved lokalsykehus (se avsnittet "Prinsipper for fordeling av akuttfunksjoner" side 2 i rapporten). Sykehusområdet Hovedstaden Vest omfatter både lokalsykehus for tett befolkede områder med korte avstander og lokalsykehus for store geografiske områder med spredt bosetning. Noen av lokalsykehusene har betydelig

mindre befolkningsunderlag enn det som anses som optimalt. Dette er en velkjent problemstilling spesielt ved Blefjell sykehus der spørsmålet om struktur og oppgavefordeling har vært gjenstand for brede og grundige prosesser.

Mandatet for Fase 2 ber om innspill til regional strategi for omstilling av tjenestetilbudet. I Hovedstadsområde Vest har det ikke tidligere vært en felles arena for å behandle slike saker. Den 5. mai 2008 ble det gjennomført en dialogkonferanse med bred deltakelse av ledere, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter. Spørsmålene som ble stilt er gjengitt i punkt 7.1 og besvarelsene følger som vedlegg. Konferansen ga et godt startpunkt og viste en rekke muligheter for videre utvikling, men å fullføre gode prosesser frem til entydige anbefalinger i løpet av de tre påfølgende ukene har rett og slett ikke vært mulig.

Noen foreløpige konklusjoner:

- Det er nødvendig å avklare spørsmålet om eventuell deling av Blefjell sykehus før en arbeider videre med oppgaver og funksjoner for det enkelte lokalsykehus.
- Det er kostbart å drive mange små lokalsykehus. For å kunne drive med økonomisk balanse må det være sammenheng mellom de økonomiske rammer som stilles til disposisjon og kravene til desentralisering av tjenestetilbudet.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester er mer enn lokalsykehus. Generelt er det et ønske at andre former for tjenesteleveranse etableres før lokalsykehusfunksjoner avvikles slik at et godt samlet tilbud til befolkningen opprettholdes. Eksempler på dette er ambulante team, 1 ½-linjeinstitusjoner, telemedisinske tilbud osv. Disse må utvikles i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Forslag til videre arbeid i Fase 3 (juni – oktober 2008):

- Etablering av et felles strategisk samarbeidsutvalg som representerer kommunene i sykehusområdet Hovedstaden vest
- Samle inn fakta og erfaringer om andre former for desentraliserte spesialisthelsetjenester til støtte for videre utforming av lokalsykehusfunksjoner

3.3 Spesialiserte funksjoner somatikk

Generelt gir vedtaket i sak 038-2008 klare føringer om en sterkere sentralisering av de spesialiserte funksjonene innenfor det enkelte sykehusområde. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å samle all tjenesteproduksjon innenfor et fagfelt på ett sted, men i mange tilfeller er det en god løsning å tydeliggjøre plassering av områdefunksjonen mens tjenesteproduksjonen i ulik grad er desentralisert. Det vil måtte variere mellom ulike spesialiteter.

Den som har områdefunksjonen har ansvar for å koordinere tilbudet for innleggelser, dagbehandling og poliklinikkene i sykehusområdet, for å utvikle enhetlige pasientforløp og behandlingsprotokoller i sykehusområdet, og for å utvikle og monitorere aktuelle kvalitetsparametre for det aktuelle fagområdet.

Indremedisin

Indremedisin omfatter en rekke grenspesialiteter. Det synes mest hensiktsmessig å diskutere plassering av områdefunksjonen for hver enkelt grenspesialitet og ikke for hele indremedisinfeltet under ett. Dette arbeidet krever tett involvering av fagmiljøene slik at eksisterende kompetanse og ressurser danner grunnlag for videre løsninger.

Følgende grenspesialiteter må gjennomgås: Endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi, lungesykdommer, hematologi, nefrologi, infeksjonsmedisin og geriatri.

Rheumatologi er selvstendig spesialitet, men fagutviklingen gjør det naturlig å denne funksjonen i sammenheng med indremedisin.

Slagbehandling omtales under nevrologi, selv om dette også håndteres av indremedisinske avdelinger

Kirurgi og ortopedi

Gastroenterologisk kirurgi henger tett sammen med akutfunksjonen i kirurgi ved lokalsykehusene. Det er nødvendig å utdype hva "gastrokirurgisk tilsyn hele døgnet" betyr i forhold til hvor kirurgisk inngrep skal kunne gjennomføres.

Karkirurgi: Det arbeides med etablering av ett vakteam for karkirurgi i sykehusområdet.

Lungekirurgi: Det er behov for å avklare hvilke deler av lungekirurgien som forventes løst innenfor det nye sykehusområdet Hovedstaden Vest, og hvilke oppgaver som løses som regionsfunksjon eller flerområdefunksjon.

Urologi: Ett felles vaktteam for Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum etableres fra 01.09. 2008.

Mamma- og endokrin kirurgi: Det er behov for å avklare omfang av overføring av oppgaver fra Hovedstaden Sentrum.

Ortopedi og rheumakirurgi: Det er behov for å avklare forholdet til Martina Hansens Hospital før en går videre med planleggingen av disse funksjonene innenfor sykehusområdet (se avsnitt 3.7)

Fødsler/Gynekologi

Det er ulike syn på graden av sentralisering i fødselsomsorgen. Dette kommer også frem i svaret fra dialogseminaret 05.05.08. For videre planlegging av fødselsomsorgen i sykehusområdet er det viktig å få en avklaring om de oppgavene Sykehuset Asker og Bærum i dag løser for vestre bydeler i Oslo (ca. 1000 fødsler pr. år).

Pediatri og habilitering

Sykehuset Buskerud dekker i dag funksjonene i pediatri og habilitering for hele Buskerud fylke. Det er naturlig å legge områdefunksjonen for Klinikk for Barn og habilitering som vil få ansvar for videre planlegging av overføring av oppgaver fra Hovedstaden Sentrum (pediatri) og A-hus (habilitering) til Hovedstaden Vest.

Øre-Nese-Hals og Øye

Sykehuset Buskerud dekker i dag funksjonene i ØNH og Øye for hele Buskerud fylke. Det er naturlig å legge områdefunksjonen for disse fagene til de respektive avdelinger ved Sykehuset Buskerud som vil få ansvar for videre planlegging av overføring av oppgaver fra Hovedstaden Sentrum.

Nevrologi

Området har per i dag en nevrologisk avdeling ved Sykehuset Buskerud. Den har et nedslagsfelt med en befolkning på 260.000 (inkl. Sande og Svelvik) for generell nevrologi og 160.000 (inkl. Sande og Svelvik for) for hjerneslag. Den har en egen tverrfaglig slagenhet med 10 senger og en sengepost for generell nevrologi. Det er naturlig å legge områdefunksjonen for nevrologi til denne avdelingen som vil få ansvar for videre planlegging av overføring av oppgaver fra Hovedstaden Vest.

Et vakt samarbeid for trombololysebehandling ved Sykehuset Asker og Bærum er etablert. Et befolkningsgrunnlag på over 400.000 tilsier at det bør være to slagavdelinger innenfor sykehusområdet.

Utredning og behandling av demens vil i hovedsak for pasienter <65 år foregå ved Nevrologisk avdeling, mens for pasienter >65 år ved geriatriiske enheter, slik som ved SAB HF. Her må en også se nærmere på geriatrien i sin helhet og på alderspsykiatriens rolle og organisering i utredning og behandling.

Onkologi og kreftbehandling

En avventer videre avklaringer om flerområdefunksjoner.

Brystdiagnostisk senter - screening

Dette er en funksjon som i hovedsak bør løses innenfor eget sykehusområde. Det er behov for avklaring om overføring av oppgaver fra Hovedstaden Sentrum.

Radiologi, nukleærmedisin og laboratoriefag

Generelt er det ønskelig å avklare plassering og dimensjonering av kliniske fagområder før videre planlegging av disse kliniske støttefunksjonene. Dialogkonferansen 05.05.08 peker på en rekke muligheter for tettere samordning. Felles IKT løsninger vil i betydelig grad understøtte muligheter for effektivisering og forbedret service.

Forberedelser for overføring av oppgaver i patologi fra Hovedstaden Sentrum til Patologisk avdeling ved Sykehuset Buskerud er påbegynt.

Fysikalsk medisin

Avdeling for Fysikalsk medisin finnes i dag ved Sykehuset Buskerud. Det er ønskelig å avklare tilknytningen til Martina Hansens Hospital før videre planlegging.

Forslag til videre arbeid i Fase 3 (juni – oktober 2008):

- Utarbeide forslag til fordeling av områdefunksjoner på kort og mellomlang sikt
- Videreføring av planer for samarbeid om vaktordninger mellom Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum.
- Planlegging av overføring av funksjoner fra andre sykehusområder til Hovedstaden Vest

3.4 Psykisk helse

Det har pågått en dialog om et samarbeid mellom SAB Psykisk helse og SB Psykiatrisk klinikk i snart ett år. De ansvarlige lederne fra SAB og SB har etter oppdrag fra sine direktører lagt frem en skisse til fremtidig organisering av psykisk helsevern i Buskerud og Asker/Bærum. I denne skisseres tre mulige alternativer, med varierende grad av samarbeid og/eller sammenslåing. Alternativet med full integrasjon i nytt foretak vurderes å innebære flere fordeler og synergieffekter for befolkningen i det nye sykehusområdet.

Ved en eventuell ny enhet for Psykisk helse kan all virksomhet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien organiseres i en avdeling, men for øvrig med poliklinikker og døgnavdelinger lokalisert omtrent som i dag (Asker, Bærum, Drammen, Ringerike, Kongsberg).

Når det gjelder de desentraliserte spesialisthelsetjenester, ble disse foreslått organisert i fire DPS; ett i Asker/Bærum, ett i Drammen, ett på Kongsberg og ett i Hønefoss/Ål. Videre at all rusbehandling kunne organiseres i en felles avdeling, samt at det kunne etableres en felles forsknings- og utviklingsavdeling.

Det må presiseres at lederne for psykisk helse innen Ringerike og Blefjell ikke har deltatt i dette arbeidet og at det ikke er tilstrekkelig grunnlag for å trekke noen konklusjoner vedrørende organisering av Psykisk helse som omfatter hele sykehusområdet.

Når det gjelder sykehusfunksjoner er det kun Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum som ivaretar dette per i dag og konklusjonene på dette området er utarbeidet av disse i fellesskap.

Sykehusfunksjoner

Det vises til sentrale føringer jfr. Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1388, 2006, og Sosial- og helsedirektoratets skriv av januar 2007, "Oppgavefordeling DPS – Spesialiserte sykehusfunksjoner". Her framkommer det at det sentraliserte psykiske helsevernet (sentralsykehusseksjonene) skal:

- ivareta øyeblikkelig hjelp-plikten
- behandle pasienter som trenger opphold i lukket avdeling
- behandle pasienter som trenger opphold i sikkerhetsavdeling, og sikre vurderinger av farlighet/voldsrisikovurderinger
- undersøke/utrede/diagnostisere og behandle pasienter med særlig vanskelige og kompliserte tilstander, ved for eksempel spiseforstyrrelser, selvskading, personlighetsforstyrrelser, tvangsproblematikk, psykisk sykdom hos pasienter med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming
- undersøke/utrede/diagnostisere og behandle pasienter med de mest kompliserte alderspsykiatriske tilstander, og debuterende sammensatte tilstander hos eldre pasienter
- undersøke/utrede/diagnostisere og behandle pasienter med de mest kompliserte tilstander v/dobbeltdiagnose (rus- og alvorlig psykisk lidelse).

Sykehusfunksjoner innen sykehusområdet Hovedstaden Vest kan samlokaliseres og eventuelt legges til Blakstad. Om akutfunksjonen skal splittes i to avdelinger og lokaliseres sammen med de somatiske sykehusene i hhv Drammen og Bærum, eller lokaliseres sammen med øvrige sykehusfunksjoner, blir utredet videre.

Ved Sykehuset Buskerud er det i dag et stort behov for å bygge et nytt samlet DPS, og Psykiatrisk avdeling ved det gamle Lier sykehus har behov for mer moderne og mer hensiktsmessige lokaler. Sykehuset disponerer ca 90 mål som er regulert til sykehusformål i Lier.

På Blakstad er det i dag ledig areal i nybygg/nyoppussede lokaler som evt kan tas i bruk til ca 25 pasientrom omgående. Ytterligere 22 rom kan etableres ved tilbygg i løpet av et par år. Det er tre områder (ca 90 mål) på Blakstad som er regulert til sykehusformål. Ett av disse, parkeringsplassen ved administrasjonsbygget, kan eventuelt benyttes til utbygging av moderne akuttfunksjoner.

I den analysen av behov som er gjennomført og beskrevet nedenfor, har vi basert oss på årstallet 2020. Et fremskrevet befolkningsgrunnlag for hele det nye sykehusområdet vil på det tidspunktet være 475.000 hvis vi ikke regner med Rjukan og Notodden. Med disse to inkludert, vil fremskrevet befolkningsdata være 542.000 (basert på statistikk fra SSB). En befolkningsøkning på rundt 18 % tilsier en økning i kapasiteten på sykehusfunksjoner.

I motsatt retning trekker den klare føring som er kommet gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, og for øvrig gjentatt i en rekke dokumenter fra det regionale helseforetaket, om at det skal skje en forskyvning av aktivitet og ressurser fra sykehusfunksjoner til DPS. I de estimatene som vi har foretatt, har vi etter beste skjønn forsøkt å veie disse to hensynene mot hverandre.

En har videre lagt vekt på å samle kompetansen for de mest krevende tilstandene på det samme geografiske området. Videre er det lagt til grunn at også sykehusfunksjonene må ha personellressurser til en ambulant og utadrettet arbeidsform for på den måten å holde antall sykehussenger nede på et moderat nivå. Dette vil påvirke arealbehovet.

Det sier seg selv at med den korte tiden vi har hatt til rådighet og med de mange usikkerhetsmomenter som er knyttet til utviklingen av det psykiske helsevern, vil våre estimater måtte betraktes som grove og omtrentlige.

Akuttfunksjoner

Totalt sett er det i dag 77 akutt plasser i hele Sykehusområdet Vest. I prosjektforslaget til ny akuttpsykiatrisk avdeling i SAB, er det estimert et behov for å øke antallet med 4 senge plasser. Større vekt vil bli lagt på DPS-funksjoner og flere oppgaver tillagt akutteamene i tiden fremover. Dette tilsier behov for et noe lavere antall akutt plasser. På den annen side er det fra 01.09.08 lovpålagt å etablere akutt plasser innenfor den tverrfaglige spesialiserte rusbehandling. Dette tilsier at vi må innberegne noen plasser til denne funksjonen.

Totalt antall døgn plasser for akuttbehandling i 2020: **75 plasser**

Alderspsykiatri

Det totale antallet senge plasser i dag for de to foretakene er 26. Sykehuset Buskerud har åpenbart et for lavt antall senge plasser i dag (10). Normtall fra professor Engerdal tilsier om lag 80 senge plasser for det nye sykehusområdet i dag, men dette baserer seg i noen grad på et antall senger hvor polikliniske tjenester ikke er tatt hensyn til. Viktige momenter i en estimering av behovet i 2020 for tjenester til denne aldersgruppen, er:

- ambulante/polikliniske tjenester er tilstrekkelig utbygd
- det forutsettes at DPS'ene tar imot pasienter >65 år med allmenn-psykiatriske tilstander
- det er frem til 2020 forventet en økning i befolkningstallet på de over 65 år på rundt 33 %, med den kraftigste økningen fra 2015

Estimert behov:

4 enheter/seksjoner med 11-12 sengeplasser på hver av dem. Enhetene vil i en viss grad ha spesialiserte funksjoner.

Totalt antall alderspsykiatriske døgnplasser i 2020: **45 plasser**

Psykokosebehandling

Sikkerhetspsykiatri

Det totale antallet sengeplasser i dag er 15. Momenter som må tas med i estimeringen av behovet i 2020, er at 4 plasser går ut av sikkerhetsseksjonen i SAB i 2010. Dette er Romerikspasienter, som Ahus i dag har "bruksrett" på, men som de vil finne løsninger for i sitt eget foretak fra 2010. En må videre forvente at det blir et økt press på sikkerhetspsykiatriske plasser i fremtiden. Det kan også være aktuelt å etablere en mindre enhet for rettspsykiatriske utredninger. Samtidig må man ta hensyn til at sikkerhetspsykiatriske sengeplasser er de aller dyreste innenfor det psykiske helsevern og må av hensyn til kostnadseffektivitet forsøker å begrenses til et minst mulig antall. Hvis vi legger til grunn at vi har minst en enhet for forsterket psykosebehandling (se nedenfor), har vi estimert behovet til 12 plasser i 2020. I tillegg vil arbeidsgruppen anbefale at det etableres 2-3 plasser til rettspsykiatrisk utredning. Dette ut fra den forventning om økt etterspørsel etter rettspsykiatriske vurderinger i fremtiden.

Totalt antall sikkerhetspsykiatriske døgnplasser i 2020: *12 plasser*
(eks. 3 plasser til rettspsykiatrisk utredning.)

Øvrig psykosebehandling

Gruppen mener det i fremtiden vil være behov for 4 psykosebehandlingsenheter i tillegg til enheten for sikkerhetspsykiatri. Herunder også en egen enhet for pasienter med psykoser og alvorlig rusavhengighet. Hver av disse enhetene vil ha 12-13 plasser. Hvis vi inkluderer utredningsenheten for psykose ved SAB, som i dag har 9 plasser, samt de 2 plassene SAB har i Strandveien, er det totale antallet sengeplasser 70 for hele sykehusområdet.

Vi estimerer behovet for døgnplasser i 2020 til øvrig psykosebehandling til *53 plasser*

Totalt antall døgnplasser for psykosebehandling i 2020: **65 plasser**
(inkl. sikkerhetspsykiatri).

Psykisk utviklingshemmede

Sykehuset Buskerud har i dag tre plasser til å dekke denne funksjonen med utstrakt ambulant og utadrettet arbeidsform. Regionalt senter for utviklingshemmede ble i sin tid utpekt av tidligere Helse Sør til å inneha en regionsfunksjon innen sitt felt. Enheten ble aldri tilstrekkelig finansiert til å ta denne oppgaven, men har i begrenset grad prøvd å ivareta funksjonen allikevel. Gruppen foreslår at Regionalt senter for utviklingshemmede utvides med to døgnplasser og konsentrerer sin innsats overfor befolkningen i det nye sykehusområdet.

Totalt antall døgnplasser for psykisk utviklingshemmede med alvorlige psykoser og store adferdsavvik i 2020: **5 plasser.**

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er i dag 68 døgnplasser med sykehusfunksjoner i russektoren. Tjuefire av disse ved SAB (12 plasser lokalisert til Blakstad og 12 ved Bærum sykehus; AURA) og 44 ved Sykehuset Buskerud. Arbeidsgruppen mener det kan være hensiktsmessig å samlokalisere noen av disse funksjonene sammen med de øvrige psykiatriske sykehusfunksjonene. Dette dreier seg særlig om tilbudet til pasienter med ulike grader av rusavhengighet og personlighetsforstyrrelser og som vil profitere på et tett samarbeid med det psykiatriske fagmiljøet og enheten for dobbeldiagnoser samt utredning og avrusning.

Arbeidsgruppen anslår dimensjoneringen av dette tilbudet i 2020 til **30 døgnplasser**.

Barne- og ungdomspsykiatri

Vi mener det er behov for i alt 16 døgnplasser til barn- og unge med alvorlige psykiske lidelser innen det nye sykehusområdet. Disse fordeler seg slik: Fire døgnplasser til øyeblikkelig-hjelp-funksjon. Åtte plasser for et tilbud til ungdom, samt elektive inntak/utredning av psykoser. Fire døgnplasser til pasienter med f.eks anorexi. Dette er minimumsanslag om vil kreve utstrakt bruk av ambulante arbeidsformer.

Langtids døgnplasser for barn og ungdom bør ligge utenfor sykehusavdelingen.

Totalt behov for **16 døgnplasser** i 2020.

Forskning, fagutvikling og andre ikke-kliniske funksjoner

SB, Psykiatrisk klinikk har i dag en egen enhet for forskning og fagutvikling med 8 – 10 stillinger. SAB, Psykisk helse har i dag fem forskerstillinger; en forskningssjef og fire stipendiater. Denne enheten er under oppbygging. Det er viktig at en FOU-enhet er nært knyttet til de kliniske fagmiljøene. I en ny felles sykehusavdeling vil det være naturlig å sette av et eget areal til denne virksomheten i størrelsesorden 15 – 20 stillinger.

Det vil også være behov for kontorer, møtelokaler etc til administrasjon, kultur- og fritidstilbud, Lærings- og mestringssener osv. Anslagsvis vil dette dreie seg om 20-25 stillinger. Om det er behov for nybygg for å huse disse funksjonene, eller om eksisterende bygningsmasse kan tas i bruk, avhenger av hvor det de nye sykehusfunksjonene blir lokalisert.

Totalt behov for areal til ca **40 stillinger** i 2020.

Todelt sykehusavdeling

Arbeidsgruppen er også bedt om å utrede en todelt løsning hvor akutt-funksjonene plasseres sammen med ett av de somatiske sykehusene.

Gruppen antar at sengetallet må økes noe om akuttavdeling skal lokaliseres ved ett av de to somatiske sykehusene i forhold til å ha denne funksjonen samlet sammen med de øvrige sengeavdelinger i psykisk helsevern. Grunnen til dette ligger i at en slik deling vil medføre kompetansespredning og, ikke minst, at "pasientflyten" vil gå tregere. Fordi det vil ta lengre tid å utrede hver enkelt pasient (lengre liggetid), vil det også være behov for flere sengeplasser. Vi har beregnet at det vil være nødvendig med en økning på 5 sengeplasser i forhold til at alle sykehusfunksjonene er samlet.

En todelt sykehusavdeling vil ha behov for **80 akutt plasser** i 2020.

Avsluttende kommentar

Arbeidsgruppen ser mange fordeler med etablering av et nytt sykehusområde med et betydelig større samlet opptaksområdet. Det gir mulighet for større og mer robuste fagmiljøer med spisskompetanse overfor mange forskjellige tilstander. Befolkningen vil i stor grad profittere på dette. Samtidig må en ivareta opptrappingsplanens intensjoner om en desentral tjenesteutforming med robuste DPS'er.

Vi understreker at det har vært svært kort tid til dette utredningsarbeidet og en forutsetter at det settes av tilstrekkelig tid til den endelige dimensjoneringen og arealberegningen når endelig vedtak foreligger.

Distriktpsikiatrisk Senter (DPS)

Det vises til sentrale føringer jfr. Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1388, 2006, og Sosial- og helsedirektoratets skriv av januar 2007, "Oppgavefordeling DPS – Spesialiserte sykehusfunksjoner". Her framkommer det at det desentraliserte psykiske helsevernet (DPS) skal:

- gi tilbud om undersøkelse/utredning, diagnostikk og behandling av pasienter med allmennpsykiatriske lidelser/helseproblemer
- ha et dag- og døgntilbud (fortrinnsvis i åpne avdelinger), polikliniske og ambulante tjenester, herunder akutt- og krisetjenester
- ivareta kontinuitet i spesialisthelsetjenesten – kontinuitet i pasientforløpet
- samarbeide nært med kommunene og sentralsykehusseksjonene, særlig skal det være et systematisk og tett samarbeid med fastlegene i opptaksområdet, jf. DPS-enes samarbeidsavtaler med de enkelte kommunene
- gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten

Sykehusområdet Hovedstaden Vest har i dag seks distriktpsikiatriske sentra, i henholdsvis Drammen, Asker, Bærum, Ringerike med filial i Ål, Kongsberg, Notodden med filial i Seljord. Selv om DPS'ene er organisert på litt forskjellige måter, ser en ingen grunn til å gjøre vesentlige endringer i funksjon, oppgaver eller opptaksområder.

I sentrale helsepolitiske føringer anbefales det at DPS'ene og det utadrettede, forebyggende arbeidet må få en større andel av ressursene sett i forhold til de sentraliserte sykehusfunksjoner. Det foreslås at resursfordelingen mellom disse må ha en dreining slik at andelen til DPSene på sikt bør økes i tråd med oppgavefordelingen. En ressursfordeling på 50/50 mellom sykehusfunksjoner og DPS-funksjoner anses som et rimelig mål i nær fremtid,- i den grad det ikke allerede er oppnådd i Sykehusområde Vest.

DPS-veilederen fastholder at DPS skal være en faglig selvstendig enhet med hovedansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område (lokalsykehusfunksjonen). Derfor framholder veilederen (sitat, side 53): *"Det betyr at et DPS verken faglig eller administrativt skal legges inn under en annen avdeling som kan styre senterets ressursbruk eller kapasitet på en måte som hindrer senteret i å utføre sine egentlige oppgaver"*. Videre står det (sitat, side 53): *"Etter spesialisthelsetjenesteloven §3-9 skal virksomheter organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer"*.

Barne- og ungdomspsykiatri

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) skal:

- gi et poliklinisk tilbud til 5% i målgruppen 0-18 år
- vurdere henvisninger innen 10 virkedager, behandlingssgaranti innen 90 dager kommer i løpet av 2008
- gi tilbakemelding til pasient/henviser innen 6 uker
- forebygge psykiske lidelser (for eksempel: identifisere sykdom/funksjonsavvik tidlig for å begrense konsekvensene ved å sette inn målrettede tiltak)
- utrede og diagnostisere henviste pasienter
- gi behandling (BUP skal tilby et bredt, differensiert behandlingstilbud. Behandlingen skal være tilpasset den enkelte pasient og tilstand samt familiens ressurser og behov)
- gi opplæring og veiledning til pasienter og foresatte, evt. søsken (om diagnose, behandling, mestring, etc). Brukermedvirkning vektlegges
- Sørge for å vurdere og henvise videre pasienter med behov for tjenester fra sentraliserte sykehusfunksjoner

- samarbeide nært med de ulike hjelpeinstansene i 1.linjetjenesten (fastlege, PPT, barnevernstjeneste, helsestasjon, kommunal psykiatritjeneste) og sentralsykehusseksjonene som har ansvar for spissede tjenester
- gi veiledning /konsultasjon til 1.linjetjenesten (skjer oftest i faste, etablerte samarbeidsmøter med kommunene)

Sykehusområdet har i dag seks barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, en familieenhet, en nevropsykiatrisk enhet, en ungdomsenhet med ansvar for øyeblikkelig hjelp, en intemediærenhet for ungdom, en langtidsenhet for ungdom og en intermediærenhet for barn. Asker og Bærum har frem til nå fått dekket sine sykehusfunksjoner fra institusjoner i Oslo og Akershus og det bør vurderes om det er mer hensiktsmessige å utvikle et samlet og komplett tilbud i eget sykehusområde.

Tverrfaglig og spesialisert rusbehandling

Etablering av rus- og avhengighetsbehandling som spesialisthelsetjeneste tydeliggjorde at behandlingen skulle rettes mot pasientens helseproblemer og sosiale situasjon og behandlingstilbudet fikk navnet "Tverrfaglig spesialisert behandling (TBS).

Tverrfaglig spesialisert behandling består av poliklinisk/ambulant behandling, dag- og døgntilbud og innenfor disse områdene skal tjenesten yte:

- Avrusning og utredning
- Akutt behandling
- Spesialisert behandling (poliklinisk/ambulant eller i institusjon inkl. tvang)
- Legemiddelasistert rehabilitering (Lar)

Det forventes at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha kompetanse til å:

- Kartlegge klientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon, samt psykiske og fysiske tilstand.
- Vurdere pasientens motivasjonelle, relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon.
- Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy.
- Foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og evt. somatiske tilleggslidelser, herunder kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og evt. andre spesialistutredninger.
- Foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnose(r) og anbefale adekvat(e) behandlingstilbud.
- Veilede og undervise pasienter og pårørende
- veilede og undervise samarbeidspartnere i eget foretak og i førstelinjetjenesten

Det finnes i dag et poliklinisk tilbud til rusmisbrukere ved alle fire foretakene i området. I tillegg har Sykehuset Buskerud og Sykehuset Asker og Bærum et differensiert døgntilbud og Lar-tilbud. I tillegg kjøpes det døgnplasser av private aktører.

En viktig utfordring fremover vil være å fortsette oppbygging av den tverrfaglige, spesialiserte rusbehandling til spesialisthelsetjenestenivå. Det gjelder både mht kompetanse, dimensjonering og differensiering. En må særlig legge vekt på å utvikle tjenestetilbudet i eget sykehusområde for på den måten legge til rette for et tettere samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet og en raskere tilbakeføring til en mer normal tilværelse.

DPS har ansvar for personer med alvorlig sinnslidelse med eller uten samtidig ruslidelse. For denne pasientgruppen har DPS et både poliklinisk tilbud og døgntilbud.

For personer som ikke har alvorlig sinnslidelse, men som har en ruslidelse og er i behov av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har DPSet ansvar for den polikliniske behandlingen.

Den polikliniske rus- og avhengighetsbehandlingen skal være en tverrfaglig og integrert del av et DPS-tilbud til befolkningen i nedslagsfeltet. Det er viktig at tjenesten organisatorisk og faglig kan møte de krav som er nedfelt i styrende dokumenter fra regjering og helseforetak. Dette gjelder både rusavhengighet, men også i forhold til comorbiditet med samtidig tilstedeværelse av andre psykiatriske og somatiske problemstillinger.

Dette må organiseres på en måte som gjør at pasienter med dobbeldiagnose kan møtes og ivaretas på en best mulig måte, integrert i en allmennpsykiatrisk poliklinisk sammenheng.

Konkret vil dette innebære at DPS tilbyr:

- kompetansen på rettighetsvurderinger i forhold til institusjons- og poliklinisk behandling
- vurderings- og utredningskompetanse
- tilbud om poliklinisk behandling
- akutt- og krisetjenester tilsvarende en allmennpsykiatrisk poliklinikk
- ambulante tjenester
- oppfølging etter akutt avgiftning i den grad dette kan skje poliklinisk
- veilednings- og samarbeidsrutiner i forhold til førstelinjetjenesten
- veiledning og bistand i rus/avhengighetsproblematikk til allmennpsykiatri i eget DPS
- lærings- og mestringstilbud for pasienter og pårørende
- kompetanse på legemiddelassistert rehabilitering i samarbeid med LAR

3.5 Samhandling med kommunene

Alle foretakene har etablert omfattende og forpliktende samarbeid med sine kommuner. I det videre presenteres hovedpunkter i det enkelte helseforetaks satsninger på dette området. Vi ser at alle har kommet svært langt og at vi har et solid fundament å bygge videre på innen sykehusområdet.

Ringerike sykehus

Det er etablert arenaer for samhandling på systemnivå (politisk, administrativt), tjenestenivå (avdeling/klinikk) og faglig nivå (rundt den enkelte pasient og behandlingsforløp).

Alle kommunene i Ringeriksregionen, inklusiv Jevnaker og Sør-Aurdal og i Hallingdalsregionen har sammen med helseforetaket inngått avtale om samarbeidsutvalg. Utvalgets medlemmer er rådmannsnivå og direktør, fastleger (2) brukerrepresentanter (3). Utvalgene møtes minimum 4-5 ganger i året og på vårmøtet deltar alle ordførere. Lederskapet går på omgang for ett år av gangen. Utgangspunktet er at de samarbeidende parter erkjenner å ha et felles ansvar for å sikre at pasienter skal oppleve en sammenhengende behandlingsskjede og å sikre at offentlige ressurser i samhandlingen mellom partene anvendes på en mest mulig effektiv måte.

Samarbeidsutvalget i hver region har hvert sitt arbeidsutvalg som følger opp mellom møtene i utvalget, følger opp årlige handlingsplaner, med mer. Overordnet satsing for 2008 er utvikling av samhandlingskultur med blant annet dialogkonferanser mellom klinikerne i kommunene og sykehuset.

Ringerike sykehus bidrar i samarbeidsutvalget med samhandlingssekretær som har en sentral oppfølgingsrolle, blant annet i evalueringen av delavtaler.

Systemnivå og tjenestenivå skal bestå av ledere med beslutningsansvar og myndighet for å sikre et dynamisk og utviklende samarbeid og samhandling.

Det er opprettet en rekke delavtaler innen somatikk og psykiatri mellom kommunene og helseforetaket. Helseforetaket og kommunene har siden 1996 hatt samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter som har et pleie- og omsorgsbehov. Avtalene revideres årlig. Avvikssystem er under etablering. Det er opprettet egen samarbeidsavtale vedr. svangerskapsomsorgen med Ringerike kommune.

Følgende samarbeidstiltak kan trekkes fram:

- Praksiskonsulentordning både med leger og sykepleier.
- "Helse Ring" – ambulant team i Ringerike kommune forsterket med ambulant sykepleier fra sykehuset, samt to forsterkede sykehjemssenger, felles kompetansebygging med mer.
- "Hallingforsk". Et distriktsbasert forskningssenter for å fremme og gjennomføre allmennmedisinsk forskning og forskning i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Fastleger deltar i opplæringen på Lærings- og mestringssenteret.
- Veiledning og ambulant virksomhet innen psykiatri og somatikk.

Sykehuset Asker og Bærum

Helse Asker og Bærum er en overordnet samarbeidsavtale fra 1. juni 2006. Avtaleparter er Asker kommune, Bærum kommune og Sykehuset Asker og Bærum HF. Avtalen ble inngått etter evaluering av en toårig prøveperiode. Følgende formål er definert for arbeidet:

”Helse Asker og Bærum skal bidra til å ivareta befolkningens helse på en bedre måte. Partene har et særskilt ansvar for å utnytte helsetilbudet bedre, blant annet ved å koordinere og utvikle tiltak rettet mot pasienter med behov for sammensatte tjenester. Deltakerne forplikter seg til å legge forholdene til rette for etablering, drift og oppfølging av avtalen”

Ansvar for å følge opp avtalens intensjoner og felles tiltak ligger i Administrativt samarbeidsutvalg representert ved helseforetakets direktør og kommunaldirektør/kommunalsjef (med rådmanns fullmakt). Det utarbeides en årlig strategi med handlingsplan for nye felles innsatsområder. Rundt tre møter hvert halvår sikrer løpende gjensidig informasjon og mulighet til å følge opp felles problemstillinger.

Det er etablert tre møteplasser for mellomledere, ett felles for somatikk og to for psykisk helse. Representantene er ledere med beslutningsmyndighet. Det er i tillegg en rekke faggruppe/nettverk med utpekt leder som følger opp særskilte områder. Dette gjelder blant annet kompetansetiltak, smittevern, lindrende behandling og demens.

Lederskap og sekretariatsfunksjoner for faste møtefora går på omgang. Sykehuset har en samhandlingssjef som har ansvar for å koordinere og tilrettelegge i tillegg til å delta i felles utredningsarbeid sammen med kommunene.

Planlegging og utvikling av tjenestene i samarbeid med kommunene er strategisk fokusområde for sykehuset Asker og Bærum. I 2008 omfatter dette:

- Bygge opp praksiskonsulentordningen (koordinator og 5 konsulenter)
- Forankre rutiner om inn og utskrivning i en avtale med avviksoppfølging
- Etablere en gjensidig hospiteringsordning

Andre stasjonsområder i samarbeid med kommunene i 2008 er forebygging rusforgiftning ungdom, forebyggende tiltak rette mot barn med foreldre som har problemer med rus og psykisk helse, utskrivning til riktig behandlingsnivå i kommunen (pasientforløp eldre).

Det er etablert egne avtaler for:

- Rutiner for samarbeid rundt felles pasienter i voksenpsykiatrien
- Bo - og behandlingstilbud til felles pasienter i voksenpsykiatrien
- Forebyggende hjelp til barn og unge når en av foreldrene har psykisk sykdom
- Oppfølging unge med rusforgifting

Det er laget felles handlingsplaner for helseforetaket og kommunene om tilbudet til personer med demens og alvorlig syke og døende. Vi vil invitere kommunene til å finne en god form for felles styring og utvikling av dette samarbeidet på områdenivå i tiden framover.

Blefjell sykehus

I samarbeidsprosessene mellom de tre likeverdige partene, har vi tatt utgangspunkt i Helsedialog sine anbefalinger om samarbeidsnivå. På overordnet, strategisk samarbeidsnivå (systemnivå) er det inngått samarbeidsavtale med alle 18 kommunene. Avtalen er undertegnet av rådmennene i de respektive kommuner, brukerorganisasjonene og direktør. Dette er en intensjonsavtale som skal sikre et samarbeid om blant annet strategisk utvikling av felles tjenestetilbud, igangsetting av

prosesser/prosjekter som kan bedre samhandling og avklaring av nivåer, avtaler, lover, forskrifter etc.. Det er etablert et overordnet, strategisk samarbeidsutvalg som møtes fire ganger i året. På tjenestenivå (nivået der tjenestene utføres), foregår det prosesser for å utvikle og forbedre samarbeidet. Et viktig område i samarbeidet er å få til gode vekslingssoner mellom tjenestene. Innen psykisk helse(vern) er det inngått samarbeidsavtaler med 6 av kommunene, og det nærmer seg slutføringen av avtalene med de resterende kommuner.

Innen somatikk er det igangsatt prosesser som skal munne ut i konkrete avtaler. Dette arbeidet organiseres ved styringsgrupper som er sammensatt av representanter fra kommunene, brukerorganisasjonene og sykehuset. Styringsgruppene nedsetter grupper som arbeider med temaer i behandlingsskjeden. På den måten får vi spredt samarbeidstanken ut i organisasjonene. Videre deltar vi i et hospiteringsprosjekt i regi av Helsedialog. Hensikten her er å utvikle den kulturelle samhandlingen mellom tjenestenivåene som er vesentlig for god praksis i det daglige. Brukerrepresentantene innehar en svært viktig rolle i dette arbeidet, og alle samarbeidsfora har brukerrepresentasjon.

Brukerne sitter inne med unike erfaringer som er verdifulle i utviklingen av et helhetlig og kvalitetsmessig tjenestetilbud. Blefjell sykehus ønsker å ha et spesielt fokus på brukernes erfaringer inn i utviklingsarbeid, og har blant annet planer om en nasjonal brukerkonferanse i 2009.

Sykehuset Buskerud

Samhandlingen med kommunene omfatter en rekke aktiviteter. De viktigste er:

- Det er inngått samarbeidsavtaler med hver enkelt kommune i opptaksområdet om sykehusets lokalsykehusfunksjoner
- Det er videre samarbeidsavtaler med alle kommunene i Buskerud om psykiatri
- Det avholdes årlig samarbeidsmøter med deltakelse fra alle kommunene. I lokalsykehusområdet er møtene halvårslige.
- To temaer er valgt ut som fokusområder i 2008:
- Enhetlige retningslinjer for individuell plan
- Pasienter som trenger langvarig behandling
- Sykehuset har en velfungerende praksiskonsulentordning med praksiskoordinator og praksiskonsulenter for psykiatri, medisin, kirurgi, nevrologi og barn. I tillegg arbeider en koordinator med "Raskere tilbake". Trykksaken "PKO-nytt" sendes regelmessig ut til alle samarbeidspartnere.
- Sykehuset Buskerud har et bredt samarbeid med Drammen kommune om prosjektet "Geriatriloft". Dette omfatter blant annet at sykehuset dekker legefunksjoner ved Drammen geriatriske kompetansesenter og samarbeid om forskning og kompetanseutvikling.
- Det er et fungerende nettverk for sykepleiere som arbeider med palliasjon.
- I samarbeide med nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen, Legevakta i Drammensregionen IKS og Stiftelsen norsk luftambulans er det gjennomført et prosjekt med legevaktsbil tilknyttet Drammen interkommunale legevakt.
- Det er etablert et samarbeid om kvalitetsråd og avviksbehandling i grenseflaten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- I Drammen bygges det nå en felles ny alarmsentral for samlokalisering av funksjonene 110, 112 og 113.

3.6 Prehospitale tjenester og pasienttransport

Klinikk for akuttmedisin og prehospitale tjenester ved Sykehuset Buskerud drifter i dag ambulansetjenesten, den medisinske tjenesten ved luftambulansen på Ål, AMK sentralen og pasienttransport. Dekningsområde for ambulansetjenesten er i dag hele Buskerud fylke, Sande og Svelvik i Vestfold, Jevnaker i Oppland og Notodden, Hjørtedal og Tinn i Telemark. AMK sentralen dekker samme område. Avdeling for pasienttransport dekker Buskerud Fylke. Ringerike sykehus har pt. leverandøravtale med Sykehuset Buskerud for drift av 7 ambulansestasjoner ved Ringerike og i Hallingdal.

Sykehuset Buskerud overtok betalingsansvaret for all pasienttransport i Buskerud, fra 1. januar 2004. Ansvar ble overført fra NAV. Som følge av krav til økonomisk effektivisering i forbindelse med overtakelsen anskaffet SBHF i perioden 2004 – 2006 til sammen fire helseekspresser. Helseekspressene dekker hovedrutene gjennom fylket (Hallingdal, Numedal, Kongsberg og Drammen) og til RH og DNR i Oslo. Etablering av landets første helseekspresser har medført en betydelig effektiviseringsgevinst for SBHF. Helseekspressen har etter hvert fått et varemerke og vurderes å være et kvalitativt og kvantitativt godt transporttilbud.

Ambulansetjenesten og pasienttransport for Asker og Bærum ligger i dag under Prehospital divisjon og avdeling for pasienttransport ved Ullevål universitetssykehus. Ambulanseflåten i Asker og Bærum styres av AMK sentralen på Ullevål universitetssykehus. Sykehuset Asker og Bærum inngår nå i området Hovedstaden Vest, som innbefatter Sykehuset Asker og Bærum, Ble, Ringerike og Sykehuset Buskerud.

Ambulansetjenesten og pasienttransport i Hovedstaden Vest har som mål å sikre at pasienter som har behov for transport til og fra behandling til enhver tid får et godt og riktig tilpasset tilbud. Dette innebærer alt fra fleksibelt rutegående tilbud, taxi, helseekspress, ambulanse og luftambulanse. For å oppnå dette er det viktig at "områdesykehusene" i Hovedstaden Vest har kontroll over aktivitet og pasientflyt mellom sykehusene og utvikler et effektivt og helhetlig tilbud for all transport av pasienter innen sitt ansvarsområde ut i fra behov, pasientflyt og akuttmedisinsk beredskap.

Dette vil innebære at sykehusene, i tråd med Helse og Omsorgdepartementets og Samferdselsdepartementets rapport om pasienttransport, vil arbeide med å organisere behandlingen av dagpasienter internt på sykehusene og tilpasse utskrivningstidspunktene, slik at sykehusene i området i stor grad tilpasses transportmulighetene. Sykehusene i området Hovedstaden Vest vil ha fokus på informasjon av transporttilbudet både overfor pasienter, leger og andre som rekvirerer offentlig betalt pasienttransport.

3.7 Forholdet til Martina Hansens hospital

Hospitalet er et spesialisert sykehus for elektiv ortopedi, reumatologi og reumakirurgi. Bygningsmassen til Martina Hansens Hospital (MHH) er eiet av Stiftelsen Martina Hansens Hospital. Akershus Fylkeskommune har i vesentlig grad bidratt til å finansiere oppgradering og utbygging av eiendomsmassen. Driftsdelen er utskilt som et eget A/S med eget styre, og er kategorisert som privat ideelt sykehus. MHH hadde opprinnelig driftsavtale med Akershus Fylkeskommune med Akershus Fylke som opptaksområde. Etter helsereformen i 2002 ble driftsavtalen med HSØ RHF prolongert og basisfinansiert ut ifra historisk aktivitet. Jfr Lov om Fritt Sykehusvalg har MHH i dag ikke eget opptaksområde, men ca 1/3 av MHHs ortopediske behandling utføres på pasienter bosatt i Hovedstaden Vest.

Iht aktivitetstall fra NPR for 2007 utgjør den totale ortopediske produksjon i Sykehusområde Vest ca 23500 DRG hvorav ca 2/3 er elektiv inneliggende- og dagkirurgi (hhv 11 800 DRG og 4 000 DRG) (inkl rheumakirurgi) og 1/3 er øyeblikkelig hjelp ortopedi (7 650 DRG). MHH produserte i 2007 ca 6500 DRG hvorav ca 80% var elektiv inneliggende- og 20% dagkirurgisk ortopedi og rheumakirurgi. MHH har totalt 20 legeårsværk innen ortopedi (17 hjemler) samt 8 lege-hjemler i rheumatologi.

Sykehusområdet Vest ser at MHH med sin mangeårige historie og tradisjon utgjør en institusjon med betydelig kompetanse innen ortopedisk kirurgi, rheumakirurgi, rheumatologi samt fysikalsk medisin og rehabilitering. Imidlertid er driftsavtalen ikke tilpasset helsereformen fra 2002, og finansieringen er basert på historiske data. F eks har MHH et refusjonsnivå på ortopedisk dagkirurgi som er mer enn 50% høyere enn de priser Helse Sør Øst RHF betaler for tilsvarende tjenester hos private kommersielle tilbydere.

Det er gitt klar føring fra RHF et på at kapasiteten på MHH nå skal sees inn mot befolkningen i Sykehusområdet Vest. Dette medfører et bortfall av 2/3 av basisfinansieringen idet oppgjør knyttet til pasienter som behandles etter fritt sykehusvalg må avregnes mot rett sykehusområde i etterkant, kfr. forøvrig arbeidet med ny finansieringsordning.

MHH har med sine 20 stillinger (17 hjemler) i ortopedi 30 % av ortopediske legeårsværk i Sykehusområdet om ikke inngår i vaktlinjer for øyeblikkelig hjelp, samtidig som gjennomsnittlig DRG produksjon per ortopediske legeårsværk i 2007 var 325 på MHH versus 368 i de andre HF i sykehusområdet Vest, slik at det ikke er åpenbart at skjerming av den elektive produksjonslinjen medfører økt produktivitet, samtidig som det relativt store antall legeårsværk som er knyttet til virksomheten begrenser det tilbudet man kan etablere i andre deler av sykehusområdet.

Tross gjentatte forsøk på å koordinere den ortopediske virksomhet ved MHH og SAB-HF har dette ikke lyktes. Basert på disse prosessene ser sykehusområdet Hovedstaden vest som en klar forutsetning for å inkorporere MHH's kapasitet i nytt sykehusområde at ledelsen i det nye sykehusområdet får at entydig styringsmessig grep på driften av MHH. En beslutning om hvorvidt MHH skal komme inn i styrerommet i det nye sykehusområdet må besluttes på RHF-nivå. Videre bør de legehjemler i Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling som i dag er allokert til Martina Hansens Hospital innen ortopedi sees i sammenheng med de samlede utfordringene i sykehusområde Hovedstaden vest hvor det stilles store krav til desentralisering av virksomheten for å sikre kvalitet og nærhet til tjenestene.

4 Effekter, konsekvenser og risiko

Vi har vurdert effekter, konsekvenser og risiko innen følgende områder:

1. Pasientbehandling
2. Utdanning og forskning
3. Arbeidsmiljø og ansatte
4. Areal- og kapasitetsreduksjon
5. Samlet ressursutnyttelse og resultatoppgåelse

4.1 Pasientbehandling

Av styresak 038/2008, Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1, Hovedstadsprosessen fremkommer at sykehusområder legges til grunn for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrevedtaket bl.a. følgende målbylde:

1. Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus
2. Laveste effektive omsorgsnivå (LEON)
3. Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
4. Akutfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
5. Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter
6. Regionale funksjoner kun ett sted i regionen, faglige avhengigheter ivaretaes
7. Overkapasitet må reelt taes ned, både i form av arealer og bemanning
8. Samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern
9. Ressursfordeling sykehus-DPS 50/50 og realisasjon av bygningsmasse innen psykisk helsevern
10. Styrket samhandling med kommunene

Sykehusområdet Vest har et befolkningsmønster og eksisterende bygningsmasse som gjør at det er meget utfordrende å finne en driftsmodell som langt på vei ivaretar pkt 2-6. Vi vil tilstrebe å etablere en desentralisert organisasjons- og driftsmodell som i best mulig grad balanserer befolkningens krav og forventning til spesialisthelsetjenestenes nærhet, samtidig som mer spesialiserte tjenester, som krever et minimums opptaksområde og behandlingssvolum for å kunne oppnå tilstrekkelig kompetanse og derved behandlingsskvalitet, må sentraliseres. Dette vil vi på kort sikt etablere i eksisterende bygningsmasse. Dette gjør at vi nøye må vurdere antall lokasjoner som tilbyr lokalsykehusfunksjon på basis av ovennevnte punkter, samtidig som den valgte driftsmodell må kunne finansieres innen de tilgjengelige rammer.

4.2 Utdanning og forskning

Prinsipper for utdanning

- Vi mener at ved å styrke kompetanse ved de lokasjoner med område- og lokalsykehusfunksjon i vårt sykehusområde vil kunne tilrettelegge forholdene slik at vi kan tilby sentral rolle i grunn- og spesialistutdanningen av helsepersonell i vesentlig større grad enn det som i dag er tilfelle.

- Denne aktiviteten skje i nært samarbeid med universitet og høyskoler. For å sikre forankring mot Universitet og Høyskoler bør det i Sykehusområdet opprettes akademiske bistillinger (for eksempel Professor II og 1ste amanuensis stillinger) med adekvat undervisningskompetanse for medisinstudenter og andre helsefaglige utdanningskandidater.
- Det må etableres forpliktende avtaler mellom høyskoler/universitet og Sykehusområdet som sikrer rotasjon av personell under utdanning mellom de ulike sykehusnivåene som en del av utdanningsløpet både for helsefaglig og medisinsk personell under grunn- og spesialistutdanning, videre bør det inngås forpliktende samarbeidsavtaler med høyskoler som tilbyr klinisk master-grad.
- Utdanningskapasiteten for ulike grunn- og spesialistutdanninger/spesialiseringer må baseres på nasjonale behovsanalyser.
- Dersom de forutgående punktene ivaretas ser vi ingen større risiko for utdanningsvirksomheten i vårt Sykehusområde

Prinsipper for forskning

- Det må legges til rette for medisinsk og helsefaglig klinisk forskning ved alle lokasjoner innen vårt Sykehusområde.
- I utkastet til forskningsstrategi i Hovedstadsprosessen var det bred enighet om en ambisjon om å legge til rette for forskning ved alle helseforetak samt et erklært langsiktige mål om at 5 % av driftsbudsjettet i regionen skal benyttes til forskning og innovasjon. Vi regner med at disse midlene på sikt vil stå til disposisjon for vårt Sykehusområdet. Fordeling av tilgjengelige midler bør gjennomføres på Sykehusområdenivå i tråd med de til enhver tid foreliggende regionale og nasjonale føringer
- All forskning bør skje i nært samarbeid med universitet og høyskoler, og det må formaliseres gjensidig forpliktende samarbeid mellom de ulike forskningsgrupper i Helse Sør Øst RHF og Sykehusområdet for å sikre tilgang til kompetanse innen basalforskning, epidemiologi, statistikk og klinisk forskning. For å sikre forankring mot Universitet og Høyskoler bør det opprettes akademiske bistillinger (for eksempel Professor II og 1ste amanuensis stillinger) med adekvat undervisning- og veiledningskompetanse på master- og doktorgradsnivå med mulighet for bistillinger "begge veier", mao at ansatte i hovedstilling i Sykehusområde kan inneha bistilling ved et universitet eller høyskole, og at ansatte i hovedstilling ved universitet eller høyskole kan ha bistilling som kliniker eller forsker ved lokasjoner i Sykehusområdet.
- Forskning ved lokalsykehus må utvikles ved etablering av forskningsnettverk/forpliktende samarbeid med tunge forskningsinstitusjoner/forskningsmiljøene på område- og regionsykehus.
- Kvalitet og etikk i forskning må ivaretas gjennom tydelige ansvarlinjer for forskning i alle helseforetak samt formelle veilederfunksjoner og tilknytning av enkeltforskere til allerede etablerte forskningsmiljøer.
- Det må legges til rette for at ansatte innen alle relevante yrkesgrupper kan drive med forskning. Dette gjøres ved bla. å opprette kliniske stillinger der deler av arbeidstiden er avsatt til forskning knyttet til høgskole- og/eller universitetsmiljø.
- Forskningsmidler må styres mot områder der det er behov for ny/oppdatert kunnskap og kompetanse.

- Det bør innen sykehusområdet etableres en felles organisasjon med kompetanse innen planlegging og gjennomføring av oppdragsforskning og som også fungerer som et bindeledd mot RHF'ets TTO (Technology Transfer Organization) Innomed. Enheten må kunne bidra i alle faser av oppdragsforskning innen utprøving av legemidler og medisinteknisk utstyr. Den økonomiske avkastning som virksomheten genereres må øremerkes uavhengig forskning samt andre kompetansehevede tiltak.
- Dersom de forutgående punktene ivaretas ser vi ingen større risiko for forskningsvirksomheten i vårt Sykehusområde

4.3 Arbeidsmiljø og ansatte

I møtet med tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter 28. mai 2008 ble det tydelig påpekt at de knappe tidsfristene har gjort det svært vanskelig å oppnå god medvirkning i utformingen av forslagene. Samtidig er forslagene foreløpig så overordnede at det er for tidlig å gjennomføre en konkret vurdering av effekter, konsekvenser og risiko for de ansatte. Dette innebærer ingen generell motstand mot endring, men uttrykker et ønske om å utarbeide gode løsninger i fellesskap.

4.4 Areal- og kapasitetsreduksjon

Vi ser at vi ved en samling av sykehusfunksjonene innen psykisk helse vil kunne oppnå en betydelig arealreduksjon, og at vi kan oppnå en betydelig bedre bæreevne ift de investeringer som gjøres.

Vi vil ved all planlegging i sykehusområdet legge til grunn at nye arealer skal utnyttes og dette medfører at vi vil foreta tilpasninger av Nytt sykehus ift tilgjengelig totalkapasitet i sykehusområdet samlet sett. Dette beskrives i egen rapport.

4.5 Samlet ressursutnyttelse og resultatoppnåelse

Ser vi på samlet resultat for foretakene innen sykehusområdet i 2007 var det et samlet underskudd på ca 250 mill kroner. For inneværende år har alle parallelt iverksatt en rekke tiltak med sikte på å etablere budsjettbalanse. Flere av våre løsningsforslag i denne rapporten vil ytterligere bidra til balanse på lengre sikt, men det er på nåværende tidspunkt for tidlig å tallfeste dette. Vi vil påpeke at strukturelle tiltak ikke vil ha noen positiv effekt på kort sikt, og at man må påregne engangskostnader ifm etablering og omstilling.

Vi ser imidlertid at valg av felles løsninger gir muligheter for redusert investeringsbehov i flere tilfeller. Dette er nærmere redegjort for i kapittel 5.

5 Investeringer

Det er på det nåværende stadium i prosessen ikke mulig å sette opp noen komplett oversikt over investeringsbehov knyttet til strukturelle endringer som følger av etablering av sykehusområdet. Imidlertid er det noen områder som allerede peker seg ut som aktuelle og hvor vi ser betydelig synergieffekter av å velge felles løsninger:

1. Felles arealutnyttelse og justert omfang av Nytt sykehus
2. Felles nybygg for sykehusfunksjoner innen psykisk helse
3. Etablering av nye DPS funksjoner
4. Felles Elektronisk pasientjournalssystem

1. Felles arealutnyttelse og justert omfang av utbyggingsprosjekt nytt sykehus

Nytt sykehus er planlagt gjennom en grundig og omfattende prosess. Per i dag er det flere aktuelle lokaliseringalternativ som utredes i parallell. Samtidig har Helse Sør-Øst med utgangspunkt i den totale tilgang på investeringsmidler satt klare begrensninger i investeringsrammen for et slikt prosjekt.

Etablering av sykehusområdet Hovedstaden vest er en vesentlig endring i forutsetningene for et slikt bygg. Det vil være viktig å se på utnyttelse av bygningsmessig kapasitet ved eksisterende foretak (SAB, MHH og Ringerike) og ta høyde for denne i dimensjonering av et nytt bygg. Dette kan gjøres ved endring i funksjoner og eller opptaksområder mot andre foretak innen sykehusområdet.

Dette arbeidet er håndtert gjennom et eget prosjekt som vil avlegge en prosjektrapport per 30. mai og vi henviser til denne.

2. Felles nybygg for sykehusfunksjoner innen psykisk helse

Dimensjoneringen av dette er forholdsvis detaljert beskrevet i kapittel 3. Endelig utforming og estimering av investeringsmå planlegges i det videre arbeidet. Dette vil innebære et nybygg for akuttavdeling og også betydelig oppgradering av eksisterende bygg og evt nybygg for andre sykehusfunksjoner.

En samling på Blakstad vil kunne åpne mulighet for avhending av Lier og dette må tas hensyn til ifm beregning av netto investeringsbehov.

Det synes helt klart at en samling av sykehusfunksjonene vil gi et betydelig redusert totalt investeringsbehov sammenlignet med parallell utbygging av begge lokasjoner.

3. Etablering nye DPS funksjoner

Det vil være et klart behov for etablering av et nytt Distriktpsikiatrisk senter i Drammen. Dette vil særlig være aktuelt ved eventuell flytting av sykehusfunksjonene og det bør lokaliseres i Drammen sentrum nært til det somatiske sykehuset. Ringerike sykehus har også planlagt å samlokalisere DPS til sykehusanlegget i Hønefoss og selge to eksisterende lokasjoner.

4. Felles løsning for Elektronisk pasientjournal

Det pågår en anskaffelsesprosess for etablering av regional rammeavtale for felles Elektronisk pasientjournalssystem (EPJ). Når denne avtalen er etablert ønsker alle foretakene å innføre det samme systemet. Vi har sett på om og hvordan innføring av nytt pasientsystem kan gjøres mer effektivt i fellesskap. Og vi har sett på 3 ulike strategier, gjort kvalifiserte investeringsanslag og holdt dem mot hverandre:

1. Innføring av EPJ etter samme tradisjonelle modell som brukt ved SI, SAB, Aker, AHUS, SiV m.fl. - hvert sykehus innfører løsning i sin virksomhet. Gevinster vil være relatert til potensialer i det enkelte foretak. For aktuelle foretak er anslått investering på ca 115 millioner fordelt på 2 eller 3 regnskapsår.
2. Felles løsning for Sykehusområdet Vest hvor ett av foretakene sin installasjon brukes som utgangspunkt for implementering i øvrige foretak. Dette scenarioet forutsetter ett innføringsprosjekt hvor gevinster knyttet til samordning av regionen får størst effekt og understøttes av en felles løsning. Den samlede investering for sykehusområdet er estimert til 85 millioner over en 2-3 regnskapsår.
3. Felles innføringsprosjekt, men hvor hvert HF har en installasjon. Denne modellen er fordelaktig på områdene rundt standardisering av oppsett og gjenbruk av kompetanse i HF-ene. Gevinster vil som i Scenario 1 relatere seg til potensialene i det enkelte foretak. Investeringen i dette scenarioet vil ligge rundt 95 millioner fordelt over 2-3 år.

Ut fra denne overordnede analysen kan det se ut som at scenario 2 er det mest fordelaktige både når det gjelder gevinster og investering. I tillegg vil en slik systeminnføring være vesentlig innsatsfaktor ved organisering av sykehusområdet. Etter planen skal en rammeavtale foreligge før sommerferien. Det innebærer god timing i forhold til utvikling av sykehusområdet. Scenarioet forutsetter imidlertid at sykehusområdet organiseres som et HF og/eller lovgiver tillater lagring av pasientinformasjon for flere HF i ett system/database. Nytt lovforslag som er på høring nå synes å tillate det.

6 Styringsmodell

Vi har i arbeidet med utforming av styringsmodell fulgt følgende framgangsmåte:

1. Utarbeide kriterier for valg av styringsmodell
2. Beskrive hovedalternativer og drøfte fordeler og ulemper ved disse
3. Anbefale valg av modell
4. Beskrive tidsperspektivet for eventuelle endringer

Vi har i dette arbeidet innhentet dokumentasjon og erfaringsgrunnlag fra relevante andre sykehusområder som Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus og Helse Fonna.

Vurderinger i forhold til en eventuell deling av Blefjell er gjort, og våre argumenter og anbefalinger er presentert i et eget kapittel.

6.1 Førrende prinsipper for valg av styringsmodell

Vi har diskutert og prioritert ulike kriterier og kommet fram til følgende kriterier som vi mener bør være styrende for valg av styringsmodell:

Vi må velge en styringsmodell som:

- Gir trygghet for befolkningen og som sikrer en forutsigbar og lik tilgjengelighet til helsetjenester i vårt sykehusområde
- Sikrer ivaretagelse og videre utvikling av faglig kvalitet
- Sikrer en helhetlig styring og bedre utnyttelse av våre samlede ressurser
- Bidrar til at ansatte og samarbeidspartnere opplever en nær og synlig ledelse
- Legger til rette for at behandlingsprosessen blir styrende og at styringsmodellen understøtter kjernevirksomheten
- Sikrer tilstrekkelig beslutnings- og gjennomføringsevne i forhold til oppdraget gitt av Helse Sør Øst, men samtidig ivareta styrker ved de eksisterende HF
- Gir tydelige ansvarslinjer
- Understøtte evne til en helhetlig økonomisk styring

6.2 Drøfting av alternativer

Vi har utarbeidet og drøftet følgende alternativer:

- Alternativ 0: Dagens modell**
- Alternativ 1: Dagens modell med overbygning/avtaler**
- Alternativ 2: Etablere to HF**
- Alternativ 3: Etablere ett felles HF med en felles ledelse**

I det følgende gis en beskrivelse og vurdering av de ulike alternativene i forhold til 3 grunnleggende perspektiver; Eierperspektivet, Fagperspektivet og Pasientperspektivet.

Alternativ 0: Dagens modell

Dette alternativet innebærer en videreføring av dagens 4 helseforetak uten strukturelle endringer i styringsmodell.

	Fordeler	Ulemper
Eierperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Innebærer ingen endringer • Stabilitet og forutsigbarhet • Stabile rammer for videre oppfølging av økonomisk balanse 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å treffe nødvendige beslutninger på tvers av foretak • Komplisert å omdisponere ressurser på tvers av foretak
Fagperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitet i eksisterende fagmiljø • Ingen fokus på strukturelle endringer som kan forstyrre den daglige driften 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å oppnå eventuell ønsket mobilitet av fagpersonell • En del relativt små og sårbare fagmiljø og vaktlinjer
Pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghet og forutsigbarhet, tilsynelatende ingen endring • Enkelte tilbud har lave volumer i forhold til definerte faglige minstekrav 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil kunne innebære en gradvis nedbygging over tid som følge av stram økonomi • Vanskelig å etablere gode faglige tilbud som involverer fagmiljøer på tvers av foretak
Andre forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Toppledelsen i foretakene har nærhet til samarbeidspartnere, kommuner, fastleger osv • Korte beslutningsveier 	
Totalvurdering	<p>For pågående prosesser og tiltak med siktemål å etablere bedre økonomisk balanse innen det enkelte foretak vil det kunne være ønskelig å videreføre dette arbeidet innen den struktur vi har. Samtidig vil dette arbeidet da fortsatt være begrenset av de muligheter som ligger innenfor det enkelte foretak.</p> <p>Målbildet under kapittel 3 viser at vi har utviklingsmuligheter for det faglige tilbudet som forutsetter omdisponering av ressurser på tvers av dagens foretaksstruktur.</p> <p>Vår samlede vurdering er at dagens styringsmodell ikke vil gi den beslutnings- og gjennomføringsevne som er nødvendig for å realisere de omstillinger som er gitt i oppdraget.</p>	

Alt 1: Dagens modell med overbygning/avtaler

Dette alternativet innebærer en videreføring av dagens 4 helseforetak som juridiske enheter, men at man vurderer ulike andre ordninger for å bidra til en sterkere koordinering og felles forpliktende samarbeid. Slike ordninger kan være:

- Forpliktende samarbeidsavtaler
- Styringsgruppe eller koordineringsgruppe med formelt mandat og myndighet i forhold til spørsmål som berører flere foretak
- Felles styreleder og/eller ett felles styre for alle foretakene

	Fordeler	Ulemper
Eierperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Evt felles styre vil kunne bidra til helhetstenkning på tvers av helseforetak • Vil øke beslutningsevne ift alternativ 0 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklare ansvarslinjer ift utøvelse og gjennomføring av ansvarsområder og oppgaver som går på tvers av helseforetakene • Svake virkemidler i forhold til gjennomføring av endringer hvor det kan være ulike oppfatninger i de enkelte helseforetak • Vil kunne gi rom for "omkamper" og mulig trenering av upopulære beslutninger
Fagperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Som for alternativ 0 	<ul style="list-style-type: none"> • Som for alternativ 0
Pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Vil øke muligheten for utforming og implementering av tilbud på tvers av foretaksgrenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Som for alternativ 0
Andre forhold	<ul style="list-style-type: none"> • Korte beslutningsveier 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite konkrete erfaringer med slike modeller i praksis
Totalvurdering	<p>Vår vurdering er at en slik modell vil kunne være aktuell for en avgrenset tidsperiode, eventuelt som en interimsløsningen i overgangen fra dagens modell til en annen.</p> <p>Det er ikke naturlig å tenke seg slik modell som en mer permanent løsning, da denne på lengre sikt innebærer en stor risiko for at styringsmodellen blir for svak i forhold til de mål og krav som settes til sykehusområdet fra eier.</p>	

Alt 2: Etablere to HF

Dette alternativet innebærer at man forenkler koordineringsarbeidet ved å redusere antall helseforetak og etablerer felles foretak som følger framtidige hovedmønstre for samarbeid. Det vil særlig være ved en eventuell deling av Blefjell, hvor det kan være naturlig å tenke seg at man lager ett helseforetak bestående av Sykehuset Buskerud inkl Kongsberg, samt ett annet helseforetak bestående av Sykehuset Asker og Bærum og Ringerike sykehus. Dette vil kunne gi to helseforetak med en økt størrelse og mulighet for faglig optimalisering, samtidig som styringsmessig kompleksitet og størrelse vil være mindre enn ved ett stort felles helseforetak.

	Fordeler	Ulemper
Eierperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Enklere foretaksstruktur å forholde seg til i forhold til dagens situasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt en utfordring å beslutte og implementere nye tilbud og ressursdisponeringer som går på tvers av foretaksstruktur
Fagperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Gir mulighet for etablering av større fagmiljøer 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil fortsatt kunne være krevende å utnytte kompetanse på tvers av de to foretakene
Pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gi mer forutsigbare behandlingsforløp 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturen kan være hemmende for gode løsninger for pasienten på tvers av foretak innen sykehusområdet
Andre forhold	<ul style="list-style-type: none"> • I den grad man er bekymret for at ett stort helseforetak vil kunne bli for stort vil dette kunne være en mellomløsning 	<ul style="list-style-type: none"> •
Totalvurdering	<p>En slik løsning vil innebære mindre endringer og sannsynligvis være raskere og enklere å etablere totalt sett.</p> <p>Svakheten vil være at det fortsatt vil være krevende å få besluttet og gjennomført endringer på tvers av foretakstruktur, og det vil til og med kunne være at vi får en tydeligere polarisering mellom to hovedforetak.</p>	

Alt 3: Etablere ett felles HF med en felles ledelse

Dette alternativet innebærer at man etablerer ett felles HF som en juridisk enhet og med en felles ledelse. I en slik modell må man evt ta stilling til hvordan man på videre nivåer i organisasjonen velger organisering etter tverrgående faglige ansvarslinjer, eller velger å lage en organisering hvor geografi/lokasjoner/sykehus blir en hoveddimensjon. Man kan også tenke seg ulike kombinasjoner av disse to hoveddimensjonene.

	Fordeler	Ulemper
Eierperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Styrket beslutnings- og gjennomføringsevne ift omstillinger på tvers av eksisterende helseforetak • Tydelige ansvarslinjer for ressursutnyttelse på tvers • Enhetlig økonomimodell og enklere håndtering av omfordelinger • Enklere utnyttelse av felles ressurser ift IKT og administrative støttefunksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan bidra til økt avstand mellom ansatte, befolkning og HF ledelse • Kan for en periode gi redusert fokus på nå-situasjon når det gjelder økonomi og løpende drift • Erfaringer fra andre helseforetak viser at etableringsfasen vil kunne være krevende
Fagperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Kan stimulere til økt faglig samhandling 	<ul style="list-style-type: none"> • En krevende organisatorisk samordning kan ta fokus bort fra de faglige prosessene • Personfokus og posisjonering vil kunne ta fokus i en etableringsperiode
Pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> • Økt evne til å realisere gode tilbud hvor man utnytter ressurser på tvers av dagens foretak • Økt kvalitet i de funksjoner hvor volum og sentralisering er hensiktsmessig • Likere tilbud på tvers av foretaks- og fylkesgrenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Det vil kunne være et ulikt behov for tjenester og ledelsesfokus i ulike deler av HF og dette kan være vanskelig å få til i praksis • Sentralt plassert ledelse kan lett mangle nødvendig oppmerksomhet og relasjonsbyggingsinteresse opp mot kommunehelsetjenesten i den enkelte kommune.
Andre forhold	<ul style="list-style-type: none"> • En felles ledelse vil gi styrke ift dialog og avklaringer med andre helseforetak eks hovedstadens sentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulike kulturer i eksisterende foretak vil kunne skape utfordringer i en slik etablering • Det beste i hvert av dagens HF kan forsvinne om ny ledelse har andre prioriteringer.
Totalvurdering	<p>Vår samlede vurdering er at på tross av det utfordringer som vil kunne følge med en slik strategi, vil etablering av ett felles helseforetak være den løsning som vil gjøre oss best i stand til å løse oppdraget som er gitt og møte de framtidige utfordringer innen medisinsk teknologisk utvikling, endrede behov i befolkningen og krav til økonomisk balanse.</p> <p>De erfaringer andre større HF har gjort ved fjerning av plassledelse på de enkelte sykehus må tas alvorlig for å sikre intern ledelse i det enkelte sykehus og utviklende samhandling med kommunehelsetjenesten spesielt.</p>	

Samlet vurdering ift våre definerte kriterier

Hvert av alternativene er skåret etter i hvilken grad (Høy, Middels, Lav) de tilfredsstillt hvert av de enkelte kriteriene (Høy = Høy grad av tilfredsstillelse etc)

Kriterier	Alt 0 Dagens modell	Alt 1 Dagens modell m/overb	Alt 2 To HF SB /KB SAB/RS	Alt 3 Ett felles HF
Gir trygghet for befolkningen og som sikrer en forutsigbar og lik tilgjengelighet til helsetjenester i vårt sykehusområde	Høy	Høy	Høy	Høy
Sikrer en helhetlig styring og bedre utnyttelse av våre samlede ressurser	Lav	Middels	Middels	Høy
Bidrar til at ansatte og samarbeidspartnere opplever en nær og synlig ledelse	Høy	Høy	Middels	Middels
Legger til rette for at behandlingsprosessen blir styrende og at styringsmodellen understøtter kjernevirksomheten	Høy	Høy	Høy	Høy
Sikrer tilstrekkelig beslutnings- og gjennomføringsevne ift oppdraget gitt av Helse Sør Øst, men samtidig ivareta styrker ved de eksisterende HF	Lav	Middels	Middels	Høy
Sikrer ivaretagelse og videre utvikling av faglig kvalitet	Høy	Høy	Høy	Høy
Understøtte evne til en helhetlig økonomisk styring	Lav	Middels	Middels	Høy

En slik oppstilling vil alltid preges av noe skjønsmessig vurdering men viser likevel hvordan vi vurderer de ulike alternativene.

Vi har lagt til grunn at hensynet til trygghet i befolkningen og at vi må ha en styringsmodell som understøtter behandlingsprosessen ved alle alternativ.

Det er særlig på kriterier knyttet til beslutnings- og gjennomføringsevne at ett felles HF kommer ut med høyest grad av tilfredsstillelse og det er disse som blir avgjørende i denne analysen.

6.3 Anbefaling om styringsmodell

Vår samlede vurdering er at etablering av ett felles helseforetak er den løsning som vil gjøre oss best i stand til å løse oppdraget som er gitt, møte de framtidige utfordringer innen medisinsk teknologisk utvikling, endrede behov i befolkningen og krav til økonomisk balanse.

Samtidig er vi meget klar over de utfordringer en eventuell slik etablering vil skape og det vil være helt avgjørende at vi evner å dra nytte av de erfaringer som er gjort ved tilsvarende etableringer av andre store helseforetak.

Ett viktig valg vil være hovedprinsipper for utforming av organisasjonsstruktur innen helseforetaket og særlig balansen mellom den geografiske og den tverrgående faglige ansvarsdimensjon.

Man må gjøre svært grundige vurderinger i forkant av en evt. beslutning og etablering. De administrerende direktørene har merket seg at det i møte med tillitsvalgte, verneombud og brukere 28.05.08 fremkom en klar overvekt av synspunkter for å velge modell 1 (Dagens modell med overbygning/avtaler).

6.4 Anbefaling om deling av Blefjell sykehus HF

Som en egen bestilling i hovedstadsprosjektet har Blefjell sykehus HF fått i oppdrag å vurdere en alternativ inndeling av foretaket. Vurderingen som skulle gjøres var om driftsstedene Notodden og Rjukan heller burde innlemmes i sykehusområde Telemark og Vestfold.

Etter en grundig prosess har adm. direktør for Blefjell sykehus foreslått at Blefjell sykehus HF bør deles. Dette medfører at driftsstedet Kongsberg blir en del av vårt sykehusområde og Notodden og Rjukan blir en del av det nye sykehusområde Telemark og Vestfold. Dette er en anbefaling som støttes fullt ut av de andre foretakene i vårt sykehusområde.

Hovedbegrunnelsen for vår anbefaling er at en deling vil samsvare med det vi oppfatter som naturlige pasientstrømmer for pasienter i dette området. Blefjell sykehus Kongsberg har etablerte pasientstrømmer til Sykehuset Buskerud innen både somatikk og psykisk helse. Disse skal uansett valg av sykehusområde videreutvikles for Kongsberg sin del.

Det avgjørende for valg av sykehusområde vil av den grunn være hva som en forventer vil være det mest gunstige for befolkningen som er lokalisert i Telemark. Over 60% av opptaksområdet til Notodden og Rjukan har kortere vei til Sykehuset Telemark enn til Sykehuset Buskerud. Sannsynligheten for at pasienter og fastleger, når de har behov for det, fortsatt vil velge dette sykehuset som sitt primærvalg, er stor, uansett inndeling i nye sykehusområder. Dette har også noe med identitet og kultur å gjøre.

Et av prinsippene i styrevedtaket fra Helse Sør Øst er at "områdesykehuset" skal ha ansvar for faglig koordinering og behandlingstilbud som ytes innen akuttvirksomheten. Videre skal det vektlegges arbeid med utvikling av standardiserte behandlingsforløp mellom tjenestenivåene. Nåværende pasientstrømmer for tilbud innen de spesialiserte behandlingstilbud ytes i dag i hovedsak fra Sykehuset Telemark. Det betyr at dersom Blefjell sykehus ikke blir oppdelt vil man likevel måtte forholde seg til og samarbeide med Sykehuset Telemark for å utvikle de standardiserte behandlingsforløpene. Blefjell sykehus Kongsberg må gjøre det samme med Sykehuset Buskerud. Det virker lite hensiktsmessig og effektivt at et områdesykehus skal ha et faglig ansvar for et behandlingsforløp hvor det andre foretaket er organisert i et annet sykehusområde.

Et siste avgjørende moment for de øvrige foretakene i sykehusområdet har vært hensynet til samlet størrelse og kompleksitet i hovedstadsområde vest. Hovedstadsområdet vest inkl hele dagens Blefjell vil ved en evt formalisering av felles styringsstruktur bli ett av de aller største og mest kompleks enhetene i Helse Sør Øst. En deling av Blefjell vil gi et redusert omfang og kompleksitet, samtidig som størrelsesforholdet mellom Hovedstaden vest og Sykehusområdet Telemark og Vestfold blir mer balansert.

6.5 Tidsperspektivet for evt endringer

I forhold til en mulig beslutning og implementering av en mer formalisert felles styringsstruktur, evt ett felles helseforetak, har vi identifisert følgende forhold som påvirker tidsperspektivet:

- **Tidspunkt for vedtak i Styret i Helse Sør-Øst og tilstrekkelig tid til høring.**
Dette kan tidligst skje i møtet 18-19. juni. Mange vil kunne mene at tiden fram til dette er for kort ift å gjennomføre tilstrekkelig utredning og konsekvensanalyse. I tillegg vil det være nødvendig å gjennomføre en omfattende høring på et slik forslag og denne kan eventuelt gjennomføres fram til møtet i oktober. Oktobermøtet vil etter vår vurdering være absolutt tidligste mulige tidspunkt for et slikt vedtak.
- **Rimelig tid til forberedelse før implementering.**
Det bør settes av rimelig tid til forberedelse før implementering. Samtidig vil for lang tid kunne virke demotiverende og at man mister moment og tempo i endringsarbeidet. Erfaring fra tilsvarende prosesser i sammenlignbare foretak tilsier at 6 måneder vil være et minimum, og at opp mot 9 måneder vil kunne være fornuftig.
- **Behovet for samkjøring med Hovedstaden sentrum**
Flere av tiltakene innen vårt sykehusområde vil forutsette at beslutninger er tatt og iverksatt i Hovedstadsområdet sentrum. Framdriften i dette arbeidet vil i stor grad påvirke mulig fremdrift hos oss.
- **Behovet for kostnadskontroll i 2008 og 2009**
Det vil alltid være en risiko for at større framtidig strukturendring vil redusere oppmerksomhet og ledelsesfokus når det gjelder oppfølging av den løpende drift og kostnadsutvikling i 2009. Det vil derfor være behov for å gjennomføre evt endringer slik at man forsøker å sikre fokus på begge områder, eksempelvis skille klart mellom en kontinuerlig driftsorganisasjon og en separat planleggingsfunksjon for det nye, tydelig milepæler for overføring av ansvar osv. Dette kan også tale for at man må unngå "mellomfaser" av for lang varighet.
- **Formelle forhold ved tidspunkt for implementering**
Det vil kunne være noen forhold av formell regnskapsmessig karakter som taler for at det er hensiktsmessig å legge implementeringsdato til et årsskifte. Dette vil i tilfelle redusere handlingsrommet for valg av tidspunkt betydelig. Vår vurdering er at man her må veie flere forhold opp mot hverandre og at en annen implementeringsdato er fullt ut håndterbart.
- **Innføring av ny inntektsmodell**
En viktig forutsetning for å lykkes med et evt felles helseforetak er at man har etablert forutsigbare rammebetingelser og dette må sees i sammenheng med innføring av ny inntektsmodell

Mulige alternative tidsplaner kan være:

1. Oppstart 1. januar 2009. Meget rask framdrift

	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr	mai	jun
Styrebehandling RHF													
Høring													
Styrebeslutning RHF													
Forberedelse													
Implementering													

Dette vil representere en meget rask fremdrift og forutsetter at man starter forberedelsene før høringsrunden er avsluttet. Dette kan være problematisk i forhold til å fange opp resultatene fra høringsrunde i tilstrekkelig grad.

2. Oppstart 1. april 2009. Anbefalt alternativ ved rask framdrift

	jun	jul	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb	mar	apr
Styrebehandling RHF											
Høring											
Styrebeslutning RHF											
Forberedelse											
Implementering											

Ved evt ønske om rask framdrift er dette det alternativet som anbefales. Det vil sikre en ryddig og god høringsprosess, samtidig som vi står friere til å definere tilstrekkelig tid til forberedelser. Dette alternativet forutsetter at vi finner et egnet tidspunkt for implementering, uten å ta hensyn til årsskiftet. Det anbefales en implementering før sommeren, og det kan være hensiktsmessig å knytte dette til første tertial, dvs 1. april 2009

3. Oppstart 1. januar 2010. Mer langsiktig alternativ

	J u n	J u l	A u g	S e p	O k t	N o v	D e s	J a n	F e b	M a r	A p r	M a i	J u n	A u g	S e p	O k t	N o v	D e s	J a n	
Styrebehandling RHF																				
Høring																				
Styrebehandling RHF																				
Høring																				
Styrebeslutning																				
Interimsorganisasjon																				
Forberedelse																				
Implementering																				

I dette alternativet vil man ha rom for flere runder i styre i 2008, samt meget god tid til forberedelser i 2009. Man vil da også kunne knytte overgangen til årsskiftet 2009 – 2010. På grunn av den lange mellomperioden fra beslutning til implementering vil det ved dette alternativet være helt nødvendig å etablere en midlertidig styringsstruktur eller interimsløsning i store deler av 2009.

7 Kort beskrivelse av prosessen

Arbeidet har pågått i en tidsperiode mellom 17. april og 27. mai. I tillegg har en del av forarbeidet blitt utført siden januar 2008. Denne tidsrammen har gjort det nødvendig å basere mye av analysene og tallmaterialet på allerede utført arbeid og eksisterende materiale

7.1 Dialogkonferanse

Det har vært lagt vekt på å etablere en så god involvering som mulig innenfor den tidsfristen som er gitt. En viktig element i dette var gjennomføring av en felles dialogkonferanse som samlet over 100 fagfolk, ledere og tillitsvalgte i Drammen 5. mai. Følgende grupper var representert:

1. Indremedisin
2. Kirurgi
3. Ortopedi
4. Gyn/Føde
5. Psykisk helse
6. DPS
7. BUP
8. Rus
9. Billeddiagnostikk og lab
10. Styringsmodell
11. Informasjon
12. Prosess og medvirkning
13. Fagdirektører

Gruppe 1-9 arbeidet med følgende spørsmål:

1. Basert på føringene gitt i vedtak i sak 38 i HSØ styret og dialogkonferansene; beskriv oppgavefordeling og vaktordninger og innen dette fagområdet. Bruk 3 tidsperspektiv;
 - Kort sikt: 2008-2009
 - Lang sikt: 2010-2012.
 - Lang sikt: Etter 2012
2. Redegjør for hensiktsmessige tilpasninger i vårt område som følge av bosettingsmønster, eksisterende bygningsmasse og befolkningens forventninger til tilgjengelighet og kvalitet.
3. Tilleggsspørsmål:
 - For gruppene Kirurgi, Ortopedi, Fødselsomsorg og gynekologi: Hvordan vil dere fordele elektiv virksomhet?
 - For gruppene Indremedisin, Psykisk Helse, Rus og Laboratoriefag: Hvordan skal vi oppnå tilstrekkelig desentralisering av spesialiserte funksjoner?

Resultatet av gruppene arbeid ble publisert på intranett ved alle fire helseforetakene innen 1-2 døgn etter samlingen.

7.2 Involvering og gjennomførte informasjonstiltak

I forbindelse med Hovedstadsprosessen har de fire foretakene i vårt område satt i gang flere tiltak for å informere og involvere både ansatte, berørte parter og befolkningen. Under følger en oversikt over noen av tiltakene:

Ansatte

Bruk av intranett

- Foretakene har opprettet egne nettsider på intranett der all relevant informasjon fra Helse Sør-Øst publiseres fortløpende
- Egne nyhetsartikler publiseres på hovedsiden til intranett ukentlig/ved behov
- Det er utarbeidet FAQ – oversikt over vanlige spørsmål og svar

Andre informasjonskanaler:

- Nyhetsbrev sendes direkte til alle postmottak på e-post
- Presentasjonsmateriell blir utarbeidet i fellesskap med informasjonsavdelingene i sykehusområdet etter levering av rapporten

Helseforetakene har underveis i arbeidet gjennomført flere allmøter på sine sykehus.

Blefjell: har også hatt intern prosess rundt en eventuell deling av foretaket, som kommuniseres på nettside og eget informasjonsblad

Tillitsvalgte, verneombud og brukere

Det har i hele perioden blitt avholdt ukentlig møter med tillitsvalgte, verneombud og brukere. På disse møtene har man tatt opp status for arbeidet og hatt en åpen dialog om konsekvenser og muligheter.

På dialogkonferansen 5. mai deltok ca 25 tillitsvalgte, verneombud og brukere og bidro aktivt inn i de ulike gruppene.

Mot slutten av arbeidet har vi bedt om, og fått innvilget, en forlengelse av innleveringsfristen for å avholde en gjennomgang med tillitsvalgte, verneombud og brukere samlet før innlevering av rapporten. Denne samlingen ble gjennomført for tillitsvalgte, verneombud og brukere fra de ulike foretakene 28. mai.

Temaet har vært drøftet på møter i Brukerutvalgene.

Ledere

Status for arbeidet og aktuelle løsningsforslag har vært fast tema på ordinære og utvidede ledermøter i det enkelte foretak i hele perioden. Her har det vært full anledning til innspill, kommentarer og diskusjoner.

Møtene i direktørgruppen har vært avholdt på de forskjellige lokalisasjoner og lokale fagfolk og avdelingsledere har bidratt med presentasjoner og innspill.

Kommunene

Hvert av de deltagende foretak har gjennomført egne møter med sine samarbeidskommuner. I tillegg er det planlagt en egen samling med representanter for alle kommuner i sykehusområdet i begynnelsen av juni.

Styrene ved de enkelte helseforetak

Styret ved det enkelte helseforetak har blitt informert løpende i de styremøter som har vært avholdt i perioden. I tillegg har det vært gjennomført et eget seminar for alle styrene samlet 21. mai.

Eksternt

For å nå ut til befolkningen har foretakene også brukt Internett

- Relevant informasjon fra Helse Sør-Øst publiseres fortløpende
- Egne nyhetsartikler publiseres på hovedsiden ved behov

Befolkningen

- Det er utarbeidet oversikt over omdømmeutfordringer og håndtering av disse
- Det er holdt pressekonferanser og møter med lokalavisene.
- Deltagelse på folkemøter
- Det vil bli arrangert pressekonferanse Dialogkonferanse i regi av HSØ den 6. juni
- Dialogkonferanse med samarbeidskommuner, brukerutvalg og brukerorganisasjoner er planlagt

Berørte grupper

- Venneforeninger, velforeninger og andre berørte grupper tilsendes e-post med nytt om Sykehusområde Vest. Også åpnet for tilbakemeldinger og spørsmål.

Andre

Det har vært gjennomført egne informasjonsmøte med Buskerud Legeforening, Fastlegemøte i Asker og Bærum samt Kvinne- og Familieforbundet. Flere møter med også andre berørte er varslet utover høsten.

8 Vedlegg

8.1 Anbefalinger om volumer og opptaksområder fra Dialogkonferansene i fase 1

8.2 Oppsummering fra dialogkonferanse innen sykehusområdet i fase 2

8.1 Anbefalinger om volumer og opptaksområder fra Dialogkonferansene i fase 1

Spesialitet / fagområde	Anbefalinger, minste opptaksområde	Anbefalinger, optimalt opptaksområde	Anbefalinger, minste befolkningsgrunnlag Sundhedsfaglige råd	Anbefalt antall sykehusavdelinger,		Dagens antall (avdelinger)
				minste opptaksområde	optimale opptaksområde	
Indremedisin						
Endokrinologi	250.000	500.000	300.000	10	5	
Gastroenterologi	250.000	500.000	250.000	10	5	
Kardiologi	200.000	500.000	175 - 200.000	13	5	
Lungesykdommer	250.000	500.000	250.000	10	5	
Geriatrici		2 mill	100 - 150.000		1	
Hematologi	250.000	400 – 500.000	250.000	10	7 - 5	
Revmatologi / Revmakirurgi	800.000	1 – 2 mill	150.000	3	3 - 1	
Infeksjonsmedisin	150.000	250 - 300.000	250.000	17	10 – 9	
Nefrologi	200.000	500.000	350.000	13	5	
Kirurgi						
Gastrokirurgi	350.000	600.000	250.000	7	4	
Karkirurgi	400.000	700.000	600.000	7	4	
Urologi	300.000	450.000 (Gr 1: 2,6)	350.000	9	6 (1)	
Ortopedi	300.000	450.000	200.000	9	6	
Andre spesialiteter:						
Gynekologi / Obstetrik	350.000	450.000	350.000	7	6	
Pediatri	350.000	500.000	100.000	7	5	
Nevrologi	250.000	400.000	300.000	10	7	
Tversgående spesialiteter						
Anestesiologi / Intensiv	100 – 150.000	300.000	-	26 - 17	9	
Onkologi	250.000	400.000	-	10	7	
Slagbehandling	300.000	400.000	-	9	7	

8.2 Oppsummering fra dialogkonferanse innen sykehusområdet i fase 2

Innspillene fra faggruppene i dialogkonferansen er samlet i egne dokument:

1. Indremedisin
2. Kirurgi
3. Ortopedi
4. Gyn/Føde
5. Psykisk helse
6. DPS
7. BUP
8. Rus
9. Billeddiagnostikk og lab