

Innspillsnotat

Større opptaksområder/ sykehusområder i Helse Sør-Øst

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn og rammer.....	3
1.2	Hovedstadsprosessen.....	4
1.3	Premisser og arbeidsprosesser.....	4
1.4	Sykehusområder, større opptaksområder.....	5
2	Forslag til større opptaksområder/nye sykehusområder.....	7
2.1	Kriterier for inndeling.....	7
2.2	Nye og større opptaksområder/sykehusområder i Oslo og Akershus øst – to alternativer	8
2.2.1	Alternativ 1.....	8
2.2.2	Alternativ 2.....	9
2.3	Sykehuset Asker og Bærum (SAB), Sykehuset Buskerud (SB), Ringerike sykehus og Blefjell sykehus.....	10
2.4	Sykehuset Østfold (SØ).....	10
2.5	Sykehuset Innlandet (SI).....	10
2.6	Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Psykiatrien i Vestfold.....	11
2.7	Sørlandet sykehus.....	11
2.8	Sunnaas sykehus.....	11
2.9	Forslag til nye opptaksområder – oppsummering.....	11
3	Videre arbeid - organisering og forankring.....	12
3.1	Organisering og forankring.....	12
3.2	Videre fremdrift:.....	12
	Vedlegg:.....	13

1 Innledning

Hensikten med dette notatet er å innhente innspill på nye og større opptaksområder. I direktørmøtet 31.01 ble det lagt opp til at det skulle være en innspillsrunde og en utdypende dialog på enkelte områder bla knyttet til kapasitet UUS, Aker og Ahus.

Det ønskes innspill med hovedvekt på:

- Forslag til kriterier for inndeling av nye opptaksområder
- Forslaget til de foreslåtte sykehusområder/opptaksområder
- Andre spesielle / relevante forhold

Frist for tilbakemelding: 5. mars.

Innspill sendes postmottak@helse-sorost.no m/kopi til torstein.palsrud@helse-sorost.no.

Innspillene vil inngå i det videre arbeide, som skal føre frem til et beslutningsgrunnlag for styret i Helse Sør-Øst i april 2008. Saksfremlegg mv. vil bli tatt opp i direktørmøter, samt i møte med brukerutvalg og konserntillitsvalgte i forkant av styrebehandlingen. I områder der det er foreslått endring av sykehustilknytning vil det legges opp til dialog med kommunene.

1.1 Bakgrunn og rammer

Hovedintensjonene bak sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er bl.a. formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

”Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer.”

I protokollen fra foretaksmøte 30. mai 2007 konkluderes det med at det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst sitt framtidige handlingsrom og økonomiske stilling at resultatkrav nås, og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Det blir samtidig uttrykt at eier er inneforstått med at det vil kunne innebære betydelige omstillinger.

Det er nærmere redegjort for dette i styresakene 30/2007, 40/2007 og 68/2007 m/vedlegg. Helse Sør-Øst legger til grunn at løsningsforslagene skal understøtte nasjonale målsetninger for spesialisthelsetjenesten, herunder Nasjonal helseplan, opptrappingsplanen psykisk helse mv.

Arbeidet skal som helhet bidra til å bedre helsetjenesten og å fylle visjonen til Helse Sør-Øst:

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

Overordnede mål for arbeidet er besluttet å være de samme som for Nasjonal kvalitetsstrategi som legger til grunn at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

1.2 Hovedstadsprosessen

Det er nærmere gjort rede for utfordringer, mål og aktiviteter for omstillingsarbeidet i styresak 068/2007 *Program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*. Vedrørende hovedstadsprosessen fattet styret følgende enstemmige vedtak:

1. Styret slutter seg til den overordnede beskrivelse av mål og aktiviteter for hovedstadsprosessen og ber om at det til møtet i april 2008 legges frem beslutningsgrunnlag for:
 - Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tværfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
 - Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
 - Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus
 - Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
 - Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen*
 - Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester

*Spørsmål om samarbeidsformer og evt endringer i foretaksstruktur vil utredet nærmere i den videre prosess frem mot juni 2008.

1.3 Premisser og arbeidsprosesser

For å utrede dette beslutningsgrunnlaget er det lagt opp til flere parallelle arbeidsprosesser:

- Utrede større opptaksområder/sykehusområder
- Identifisere hva som bør samles av spesialiserte tjenester med hovedfokus på hva som bør være regionale funksjoner
- Utrede fremtidig organisering av spesialisert rehabilitering
- Etablere prinsipper for utvikling av lokalbaserte spesialisthelsetjenester, samhandling med kommunen (tre parallelle prosesser somatikk, psykisk helse og rus)
- Status dagens kapasitet og optimal kapasitetsutnyttelse
- Kartlegging av bygningsmassen

Plassering av regionsfunksjoner på identifiserte foretak herunder samordning av fagområder som i dag er regionsfunksjoner (samordning RH, UUS) vil inngå i beslutningsgrunnlaget som utarbeides i perioden april-juni.

Prinsipper for plassering av spesifikke funksjoner innenfor områdene vil bli håndtert i perioden april-juni. På grunnlag av underliggende dokumenter og styresaker er følgende premisser lagt til grunn for organisering av tjenestene jfr. styresakene 030 og 040/2007:

- Spissfunksjoner skal i hovedsak samles
- Akuttberedskapen skal i større grad samordnes
- Spesialiserte funksjoner skal vurderes innenfor større opptaksområder
- Flere lokalsykehus med basisfunksjoner og klart oppdrag å sørge for tett samhandling med primærhelsetjenesten
- Gode behandlingslinjer er utgangspunkt for organisering
- Samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og tilbud til rusmiddelmissbrukere
- Sengekapasitet skal tilpasses behovet
- Som hovedregel skal nybygg (Rikshospitalet, AHUS, SAB og UUS/KIS) utnyttes
- Hovedstadsområdet, dvs. Oslo og Akershus, ses i sammenheng med Buskerud, Østfold og Innlandet
- Endringene skal komme hele regionen tilgode
- Nødvendige endringer i kapasitet og HF-struktur gjennomføres

1.4 Sykehusområder, større opptaksområder

I protokoll fra foretaksmøtet 31.05.2007 er det forutsatt følgende under pkt. 5.3 "Helseforetakenes opptaksområder":

"Et tema i forberedelsesarbeidet forut for sammenslåingen har vært eventuelle behov for å foreta endringer i helseforetakenes opptaksområde, spesielt i hovedstadsområdet. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Sør-Øst RHF vurderer behov for eventuelle endringer i opptaksområder som ledd i arbeidet med å følge opp og virkeliggjøre formål med sammenslåingen."

Organiseringen av helsetjenesten, herunder inndeling i opptaksområder, skal understøtte pasientenes behov og god kvalitet i tjenestene. Arbeidet med å utrede nye opptaksområder skal derfor bidra til at framtidig organisering av spesialisthelsetjenestene gir et bærekraftig helsevesen som sikrer pasientene behandling av høy kvalitet. Organiseringen skal legge grunnlag for å videreutvikle tjenestetilbudet i takt med endringer i pasientenes behov og medisinsk fagutvikling og forskning, og være ressurseffektiv.

Endringer i demografi, i pasientenes behov og den faglige og teknologiske utviklingen har skapt et behov for å vurdere oppgave- og funksjonsfordelingen mellom foretakene. Det blir flere eldre og pasienter med kroniske lidelser. Disse trenger ofte tett oppfølging, og har behov for nærhet til tjenestetilbudet. Ny teknologi legger på mange områder til rette for dette.

Samtidig medfører den faglige og teknologiske utviklingen at noen tjenester bør sentraliseres for å sikre volumer som sikrer høy faglig kvalitet og god ressursutnyttelse. En samling av funksjoner i større opptaksområder gir større pasientgrunnlag og muliggjør å samle og utvikle større fagmiljø. For enkelte funksjoner er det godt dokumentert at det er sammenheng mellom kvalitet og pasientvolum. I tillegg vil det å arbeide innenfor større sykehusområder gi muligheter for samhandling rundt teknologiske investeringer. Det er også behov for å skape mer helhetlige behandlingsforløp. Dette betyr at det er ønskelig å vurdere tiltak både å desentralisere og sentralisere funksjoner, og for å styrke samhandlingen, både

helseforetakene imellom og mellom helseforetakene og kommunene. For å legge til rette for dette vurderes å etablere større opptaksområder i Helse Sør-Øst.

I Norge har begrepet opptaksområdet vært brukt lenge. Begrepet har i hovedsak vært knyttet til enkeltsykehus/enkelthelseforetak. Begrepet sykehusområder har ikke vært benyttet i Norge. Det er hentet fra København, der det angir områder der sykehus innenfor området samarbeider og koordinerer sine tjenestetilbud.

Hovedstadsområdet, dvs. Oslo og Akershus, har til sammen 9 helseforetak som betjener en befolkning på vel 1 million. Foretakene er lokalisert med korte avstander. Stockholm har 7 sykehus som betjener en befolkning på nær 2 millioner, mens København-regionen har hatt 11 (14) sykehus. Disse samles nå innenfor 4 sykehusområder, som skal betjene en befolkning på 1,5 mill.

I 2004 ble det foretatt en omfattende gjennomgang og justering av opptaksområdene i hovedstadsområdet. Dette ga noen samordningsgevinster. Sammenlignet med Stockholm og København har vårt hovedstadsområde allikevel fortsatt små opptaksområder, og det er både akuttfunksjoner og dublering av spesialfunksjoner ved flere foretak med korte avstander mellom.

En organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder har som formål at flere tjenester skal kunne ytes desentralt. Ved å differensiere tjenestene innenfor større opptaksområder i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester, kan man sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, både lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester av høy faglig kvalitet og god samlet ressursutnyttelse. En stor andel av pasientene vil kunne ferdigbehandles på lokalsykehusnivå (LEON-prinsippet), og de fleste pasientene (80-90 %) vil kunne ferdigbehandles innenfor opptaksområdet. Organiseringen og fordelingen av tjenestene vil kunne gi oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne. Det vil også legge til rette for mer helhetlige behandlingsskjeder, samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket samarbeid mellom små og store sykehus (om vaktordninger, ambulering mv) og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene.

Overordnet fremdrift i det videre arbeidet med Hovedstadsprosessen:

I perioden frem til styresak i april 2008 skal forslag til områdeinndeling ferdigstilles, regionale funksjoner identifiseres og forslag til prinsipper for fordeling av funksjoner innenfor et større opptaksområde utarbeides.

I perioden fra april til juni vil en arbeide videre innenfor de definerte områdene og foreta plassering av regionale funksjoner, herunder samordning av fagområder som i dag er regionsfunksjoner (samordning RH, UUS) og konkretisere prinsipper for funksjonsdelingen innenfor de nye opptaksområdene. I perioden april til juni vil ulike tilnærminger til samarbeidsformer innenfor sykehusområdene utredes for å sikre at målsetningene med større grad av samordning blir virkeliggjort.

På dette grunnlag vil det utformes en helhetlig plan, som vil bli sendt på høring i perioden juni til oktober.

2 Forslag til større opptaksområder/nye sykehusområder

For enkelte funksjoner er det behov for å sentralisere behandlingen til færre enheter i regionen for å få tilstrekkelig pasientvolum for å yte tjenester av god kvalitet. For å tilrettelegge for større pasientvolum også utenfor hovedstadsområdet og dermed sikre et desentralt tilbud ble det i styresak 68/2007 lagt opp til å vurdere behov for evt. endringer også i øvrige deler av regionen. Dette skal bidra til at behandlingstilbudet utenfor hovedstadsområdet utvikles slik at pasientene kan få tilbud om breddekompetanse og tett oppfølging når det er nødvendig og mer spesialisert behandling der det er påkrevet.

Sykehusområdene skal sikre kapasitet knyttet til lokale behov og bidra til at det meste av pasientenes behov dekkes der.

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

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

2.1 Kriterier for inndeling

Det presiseres at forslagene til ny områdeinndeling, slik de fremstår nedenfor, er basert på internasjonale sammenlikninger, generell kunnskap om, og foreløpige vurderinger av, eksisterende struktur og pasientstrømmer. Vurderingene vil bli utdypet i dialog med helseforetakenes ledelse, med tillitsvalgte og brukere.

De endelige forslag til nye opptaksområder skal vurderes og utarbeides med utgangspunkt i følgende kriterier:

- Dagens opptaksområder
- Eksisterende pasientstrømmer
- Samlet pasientvolum (3-500 000)
- Eksisterende kapasitet og fremtidig kapasitet som følge av pågående utbygging
- Bygningsmessig standard
- Geografi/avstander/infrastruktur/veier
- Kommune- og bydelsgrenser
- Etablert samhandling

Når det gjelder pasientgrunnlag tas det utgangspunkt i befolkningsstatistikk fra SSB og eksisterende områdeinndeling.

Det er en særskilt utfordring knyttet til å samordne aktiviteten ved de to regionsykehusene UUS og RH. Samling av regionsfunksjoner er et mål, og det er derfor viktig å skape en bedre integrering/fordeling av aktiviteter ved de to HFene. Oppgavedeling mellom UUS og RH vil bli klargjort særskilt. I denne sammenheng vil en også måtte avklare omfanget av tilbud på lokalsykehusnivå ved disse foretakene. RH har i dag ikke et spesifikt opptaksområde for behandling av pasienter på lokal og sentralsykehusnivå.

Det vil i alle sykehusområder bli lagt opp en gjennomgang av og mulig samordning av akuttfunksjoner og at spesialiserte funksjoner samles i tråd med anbefalinger som utarbeides i prosesser med dialogseminarer mv.

2.2 Nye og større opptaksområder/sykehusområder i Oslo og Akershus øst – to alternativer

Oslo og Akershus (unntatt kommunene Asker og Bærum), utgjøre en befolkning på om lag 900.000 innbyggere. Tilbudet til denne befolkningen vil med disse forutsetninger dekkes av AUS, AHUS, UUS, LDS, DS og RH.

Helse Sør-Øst har en spesiell utfordring knyttet til, og et ansvar for, å sikre effektiv utnyttelse av nybygde lokaliteter. Dette gjelder i særlig grad Nye Ahus, som skal settes i drift fra oktober 2008, men også nybygg ved RH, UUS. Effektiv utnyttelse av disse investeringene er avgjørende for fremtidig investeringsbehov i regionen som helhet.

I planleggingen av Nye Ahus er sykehuset dimensjonert med et pasientgrunnlag tilsvarende Romerike og de nye bydelene 10, 11 og 12 i Oslo. Nye Ahus er dermed dimensjonert for å dekke lokal- og sentralsykehusfunksjoner for ca. 340.000 innbyggere i 2015.

I tidligere vedtak om opptaksområder er det forutsatt at bydel 12 i Oslo (Alna med ca 45.000 innb.) overføres til opptaksområdet for Nye Ahus i 2010. Fra dette tidspunkt kan eventuelt også en tilbakeføring av Nes kommune fra SI-Kongsvinger vurderes.¹

Det aktivitetsnivået som ble lagt til grunn i planleggingen av Nye Ahus for 2015 er allerede nådd, uten at forutsetningene om økt åpningstid (10 timer 240 dager i året) er gjennomført og de nye bygningene tatt i bruk. Hvis forutsetningene om økt åpningstid iverksettes i de nybygde lokalene, viser foreløpige beregninger at den kirurgiske kapasiteten ved Nye Ahus (poliklinikk, operasjonsstuekapasitet og sengeplasser) kan ivareta en betydelig større befolkning (250-275.000 flere) enn forutsatt. En slik utvikling vil, selv med en konvertering fra innleggelse til dagbehandling på 20 %, innebære et økt behov for kirurgiske senger. Det er imidlertid ikke mulig å dekke det indremedisinske tjenestebehovet for en tilsvarende stor befolkning innenfor planlagt kapasitet, ei heller innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette tilsier at planleggingen av utnyttelsen av Nye Ahus må 1) vurderes innenfor et større område enn forutsatt og 2) vurdere å se foretaket i sammenheng med ett eller flere andre helseforetak.

Innenfor hovedstadsområdet Oslo og Akershus øst skisseres to alternative løsninger for områdeinndeling.

2.2.1 Alternativ 1

Området AHUS / AUS.

Opptaksområdet består av Romerike, Follo, samt bydelene 10, 11, 12 og 13 i Oslo, som utgjør en befolkning på om lag 475.000 innbyggere.

- Kirurgiske akuttfunksjoner skal i hovedsak samles.
- Spesialiserte funksjoner skal samordnes og i hovedsak samles.

¹ Sykehusforbruket i Nes kommune (ca 18.000 innb.) tilsvarer ca 3.700 drg-poeng eller om lag 15.250 liggedøgn. Om lag 1/3 av dette er tjenester utført ved SI (i hovedsak avdeling Kongsvinger), 1/3 er utført ved AHUS og 1/3 av andre (herav ca. 500 drg ved RH).

- Området omfatter alle virksomheter under dagens to sykehus
- En vil kunne vurdere enkelte modifikasjoner når det gjelder Nes (18.000) og evt. tilgrensende kommuner fra Oppland (Gran og Lunner) forbindelse med slutføring av nye Ahus.
- Det legges til grunn at det innenfor området planlegges et helhetlig tilbud innen somatikk, rus og psykisk helsevern.
- Balansen mellom kapasitet innen kirurgi, indremedisin og psykiatri (DPS og sykehus) må belyses nærmere.
- Fordelingen av spesialiserte funksjoner og dagens regionfunksjoner må avklares inn mot området RH, UUS.

Området RH, UUS, LDS, DS.

Opptaksområdet består av Oslo med unntak av bydelene 10, 11, 12 og 13, og utgjør en befolkning på om lag 425.000 innbyggere.

- Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
- Spesialiserte funksjoner skal samordnes og i hovedsak samles.
- Det legges til grunn at det innenfor området planlegges et helhetlig tilbud for somatikk, rus og psykisk helsevern.
- Balansen mellom kapasitet innen kirurgi, indremedisin og psykiatri (DPS og sykehus) må belyses nærmere.
- LDS og DS vil i hovedsak være lokalsykehus. Lokalsykehusområder og funksjonsfordeling innenfor opptaksområdet må avklares nærmere.
- Omfang av lokalsykehusfunksjoner ved RH og UUS må belyses nærmere.
- UUS skal videreføres som regionalt og nasjonalt traumesykehus
- Fordelingen av spesialiserte funksjoner og regionfunksjonene belyses nærmere og det legges opp til avklaring og samordning mellom RH som regionalt/nasjonalt sykehus og UUS.

2.2.2 Alternativ 2

Området AHUS.

Opptaksområdet består av Romerike, Follo, samt bydelene 11, 12 og 13 i Oslo som utgjør en befolkning på om lag 450.000 innbyggere.

- Alternativet forutsetter at Ski sykehus og Folloklinikken overføres fra AUS til Ahus
- En vil kunne vurdere enkelte modifikasjoner når det gjelder Nes (18.000) og evt. tilgrensende kommuner fra Oppland (Gran og Lunner).
- Konsekvensen av at Bydel 13 (Alna 45.000) har felles DPS med bydel 10 (Bjerke 25.000) må vurderes.
- Det legges til grunn at det innenfor området planlegges et helhetlig tilbud for somatikk, rus og psykisk helsevern.
- Balansen mellom kapasitet innen kirurgi, indremedisin og psykiatri (DPS og sykehus) må belyses nærmere (kfr. redegjørelsen ovenfor,).

Området RH, UUS, AUS, LDS, DS.

Opptaksområdet består av Oslo med unntak av bydelene 11, 12 og 13, som utgjør en befolkning på om lag 450.000 innbyggere.

- Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet

- Spesialiserte funksjoner skal samordnes og i hovedsak samles
- Det legges til grunn at det innenfor området planlegges et helhetlig tilbud for somatikk, rus og psykisk helsevern.
- Balansen mellom kapasitet innen kirurgi, indremedisin og psykiatri (DPS og sykehus) må belyses nærmere.
- AUS, LDS og DS vil i hovedsak være lokalsykehus.
- Konsekvensen av at Bydel 13 (Alna 45.000) har felles DPS med bydel 10 (Bjerke 25.000) vurderes.
- Omfang av lokalsykehusfunksjoner ved RH og UUS må belyses nærmere.
- UUS skal videreføres som regionalt og nasjonalt traumesykehus.

Fordelingen av spesialiserte funksjoner og regionfunksjonene må utredes nærmere, likeledes fordeling/omfang av lokalsykehusfunksjoner mellom sykehusene. Forholdet mellom RH og UUS, evt. RH som regionalt/nasjonalt sykehus, avklares.

2.3 Sykehuset Asker og Bærum (SAB), Sykehuset Buskerud (SB), Ringerike sykehus og Blefjell sykehus

SAB har et opptaksområde på om lag 160.000 innbyggere (kommunene Asker og Bærum). Det er et viktig spørsmål om foretakets kapasitet og funksjoner skal vurderes innenfor Oslo og Akershus, eller i større grad skal sees i sammenheng med sykehusstilbudet i Buskerud.

SB har i dag et lokalsykehusopptaksområde på om lag 140.000 innbyggere, mens det dekker sentralsykehusfunksjoner for et område på ca. 240.000 innbyggere, dvs. deler av Blefjell sykehus sitt opptaksområde, med ca. 91.000 innbyggere, og Ringerike sykehus sitt opptaksområde, med ca. 75.000 innbyggere.

SB og SAB har i dag etablert et samarbeid innen psykisk helsevern, enkelte kirurgiske fagområder og radiologi, for å utnytte komplementær kompetanse og kapasitet.

Dersom disse fire helseforetakene sees under ett, vil opptaksområdet omfatte om lag 459.000 innbyggere.² Evt. grensejusteringer i forhold til Sykehuset Telemark kan vurderes. En særskilt problemstilling som vil bli drøftet er om det er hensiktsmessig at to av enhetene under Blefjell sykehus, dvs. sykehusene i Rjukan og Notodden, bør sees i sammenheng med Telemark sykehus.

2.4 Sykehuset Østfold (SØ)

SØ har et opptaksområde på om lag 270.000 innbyggere. Dette er noe mindre enn det som anses som optimalt. Opptaksområdet ble vurdert i forbindelse med Helse Øst 2025 og planlagt sykehusutbygging. Det ble da lagt til grunn at sykehuset fremover skulle dekke samme opptaksområde. Et alternativ kan være å innlemme deler av Follo (110.000 innbyggere) i opptaksområdet til SØ. Dette vil imidlertid øke avgrensingsproblematikken (og antallet alternative løsninger) i forhold til hovedstadsområdet.

2.5 Sykehuset Innlandet (SI)

SI har i dag et opptaksområde med i underkant av 400.000 innbyggere. SI består uendret. Eventuelle grensejusteringer mot Ahus (Nes kommune og Kongsvinger sykehus), Ringerike sykehus (Jevnaker og Sør-Aurdal) kan vurderes senere.³

² Samarbeidet innen området vil også omfatte Martina Hansens Hospital.

³ Samarbeidet innen området omfatter også Revmatismesykehuset.

2.6 Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Psykiatrien i Vestfold

ST har i dag et opptaksområde på om lag 126.000 innbyggere, mens SiV har et opptaksområde på ca. 215.000 innbyggere. Tilsvarende også for PiV, som er et eget helseforetak innen psykisk helsevern. Samlet gir dette et opptaksområde på ca 340.000 innbyggere. Nærmere samordning innen dette området ble vurdert som hensiktsmessige i forbindelse med oppfølgingen av Resept 2006. Som nevnt ovenfor kan evt. deler av Blefjell sykehus (Rjukan og Notodden) vurderes lagt til det nye sykehusområdet TS/SiV/PiV.⁴

2.7 Sørlandet sykehus

SS har i dag et opptaksområde på om lag 270.000 innbyggere. Opptaksområdet er på størrelse med Østfold, og er noe mindre en det som anses som optimalt. SS foreslås å bestå uendret. En kan i det videre arbeidet vurdere om det er hensiktsmessig med eventuelle grensejusteringer på grunnlag av eksisterende pasientstrømmer eller andre forhold.

2.8 Sunnaas sykehus

Sunnaas sykehus HF ivaretar regionale, flerregionale og landsdekkende funksjoner innen spesialisert medisinsk rehabilitering. Helseforetaket er nasjonalt kompetansesenter for brukere med medfødte sjeldne diagnoser. Sykehuset ivaretar bl.a. sentral enhet for rehabilitering (SeR).

I omstillingsprogrammet, j.fr styrets vedtak, er det forutsatt at organiseringen av spesialisert rehabilitering skal utredes. Det tas utgangspunkt i eksisterende organisering av spesialisert rehabilitering på Sunnaas sykehus og problemstillinger rundt samling av funksjoner samt innhold av spesialisert rehabilitering vil bli utredet. Forslag til organisering vil bli fremlagt som del av arbeid med organisering av regionfunksjonene.

2.9 Forslag til nye opptaksområder – oppsummering

Sykehusområder/ Opptaksområder	Område Innb.tall	Kommentarer
Oslo / Romerike / Follo Alternativ 1 Område: AHUS / AUS Område: RH, UUS, LDS, DS	475.000 425.000	<ul style="list-style-type: none">Follo og Romerike, bydel 10, 11, 12 og 13Oslo,(unntatt bydel 10, 11, 12 og 13)
Oslo / Romerike / Follo Alternativ 2 Område: AHUS Område: RH, UUS, AUS, LDS, DS	450.000 450.000	<ul style="list-style-type: none">Follo og Romerike, bydel 11, 12 og 13Oslo, (unnt.bydel 11, 12 og 13)
Sykehuset Asker og Bærum Sykehuset Buskerud Blefjell sykehus Ringerike sykehus	160.000 140.000 ⁵ 91.000 68.000	<ul style="list-style-type: none">Et samlet opptaksområde på 460.000Mulig at deler av Blefjell sykehus (Rjukan og Notodden) bør vurderes ifht. Telemark
Sunnaas sykehus	Region	<ul style="list-style-type: none">Spesialisert rehabilitering utredes

⁴ Samarbeidet innen området vil også omfatte Betanien Hospital.

⁵ SB dekker sentralsykehusfunksjoner for et område på ca. 240.000

Sykehuset Innlandet	400.000	<ul style="list-style-type: none"> • SI består stort sett uendret • Eventuell vurdering av enkelte grensekommuner: Nes og Ahus. Jevnaker og Buskerud
Sykehuset Østfold	270.000	<ul style="list-style-type: none"> • Opptaksområdet er muligens lite • (Alternativt: Inkludere deler av Follo (110.000))
Sykehuset Telemark	126.000	<ul style="list-style-type: none"> • Et samlet opptaksområde på 340.000
Sykehuset i Vestfold Psykiatrien i Vestfold	215.000	<ul style="list-style-type: none"> • Mulig at deler av Blefjell sykehus (Rjukan og Notodden) bør vurderes ifht. Telemark
Sørlandet Sykehus	270.000	<ul style="list-style-type: none"> • Opptaksområdet er muligens lite

3 Videre arbeid - organisering og forankring

3.1 Organisering og forankring

Ytterligere vurderinger og avklaringer vil skje i dialog med helseforetakenes ledelse, både gjennom drøftinger i direktørmøtene og i møter med helseforetakene innen det enkelte område.

Fortløpende forankring vil skje opp mot, direktørmøte, brukerråd, KTV, mv. iht. styresak 49/2007.

3.2 Videre fremdrift:

Etablere nye opptaksområder/sykehusområder	Ferdigstillelse
<ul style="list-style-type: none"> • Utforme drøftingsnotat med forslag til områder 	15. feb.
<ul style="list-style-type: none"> • Innspillsrunde HF, KTV og BU 	5. mars
<ul style="list-style-type: none"> • Revidert forslag til opptaksområder basert på videre analyser og dialog med foretakene, tillitsvalgte, brukere mv 	11. mars
<ul style="list-style-type: none"> • Styrebehandling 	16-17. april

Vedlegg:

Skandinaviske hovedstadsteder - Sykehuskapasitet og opptaksområder

	Befolkning/ opptaksområde	Senger
Stockholm	1 950 000	2 275
Karolinska Universitets Sjukhuset		
- Huddinge	300 000	406 + 47 *
- Solna	150 000	518 +110*
Södersjukhuset	550 000	439 + 22*
Danderyds sjukhus	450 000	303 +24*
Capio S:t Göran (privat)	350 000	240
Södertälje sjukhus	120 000	86
Norrtälje sjukhus	55 000	80
Sum	(1 975 000) **	
København – Region Hovedstaden	1 535 000	3 859 ***
Nord - Hillerød Helsingør og Fredriksund	310 000	660
Midt - Herlev og Gentofte	425 000	1 212
Byen - Rigshospitalet, Fredriksberg og Bispebjerg	400 000	1 844
Syd – Hvidovre, Glostrup,og Amager	400 000	1 143
Oslo og Akershus	1026 800	3266
Rikshospitalet	Ikke def.*****	838 + 10****
Ullevål universitetssykehus	193 300	804
Aker universitetssykehus	177 800	332
Sykehuset Asker og Bærum	157 400	248
Akershus universitetssykehus	280 000	528*****
Sunnaas Sykehus	Ikke def.*****	148
Diakonhjemmet Sykehus (priv.)	218 300	178
Lovisenberg Diakonale Sykehus (priv)	(inkl. i DIA)	130
Martina Hansens Hospital (priv)****	Ikke def.	60

* +sengene står for barneplasser. I sengetallene inngår ikke tekniske senger (intensiv og neontalplasser).

** Det fremkommer en differanse på 25 000 i forhold til off.tall. hvilket skyldes at Karolinska Solna har fått redusert opptaksområde som det ikke er justert for.

***Det antas at psykiatri og rus er ikke medregnet i sengetallet, da disse områdene ikke inngår i spesialisthelsetjenesten

****De 10 sengene er rehab Stavern

*****Senger for psyk. Kommer i tillegg for Ahus.

*****Sunnaas sykehus (rehab) og Martina Hansens Hospital (ortopedi) er begge spesialsykehus uten definert opptaksområde

Stockholm har 7 sykehus til å betjene en dobbelt så stor befolkning. Her har en stadig redusert opptaksområdet for universitetssykehuset (Karolinska Solna) for å konsentrere forsknings- og universitetsfunksjonen og det er planer om ytterligere fusjoner for sykehusene med de minste opptaksområdene. I Stockholm har en også valgt å definere bare ett av sykehusene som universitetssykehus, men med to lokalisasjoner (Solna og Huddinge). Ved Solna har en lite lokalsykehusfunksjon/opptaksområde, men mange høyspesialiserte tjenester og omfattende forskningsvirksomhet og undervisning (mest universitetsområdet). Huddinge har mer lokalsykehusfunksjoner og dobbelt så stort opptaksområde, stort omfang av noen spesialiserte funksjoner, forskning og undervisning (mest høgskoleområdet).

I København er det vedtatt en sykehusplan for den nyetablerte Region hovedstaden våren 2007. København-regionen har hatt 11 sykehus som nå samles under 4 områdesykehus. Planen opererer med uendret sengeantall fram mot 2012. Det er definert 4 planleggings- og opptaksområder med befolkningsgrunnlag på 310-425(60) tusen.

Opptaksområdene er dimensjonert ut fra at alminnelig forekommende sykdommer skal kunne behandles nær brukerne med fokus på sammenhengende behandlingsforløp og uten unødvendige overflytninger. Hvert planleggingsområde skal ivareta akutt hjelp innen kirurgi, ortopedisk kirurgi, føde og generell medisin.