

Innspillsnotat - Område Sentrum

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	2
Overordnede mål for omstillingsarbeidet	2
Behovet for omstilling	2
<i>Pasientenes behov - nå og i fremtiden</i>	2
<i>Bedre kvalitet og ressursutnyttelse i pasientbehandlingen</i>	3
<i>Gjennomføre nasjonal helsepolitikk</i>	4
Ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper	4
<i>Styrket forskning og undervisning</i>	5
Sykehusområde Sentrum.....	5
<i>Særskilte utfordringer for, og muligheter i, Sentrum.....</i>	6
Befolkningssammensetning og sykkelighet	6
Tjenesteapparatet og tjenestetilbudet	7
Bygningsmasse.....	8
Undervisning og forskning	9
Opptaksområde.....	9
<i>Gapet mellom prinsipper og nåsituasjonen i Oslo.....</i>	9
Gode og helhetlige pasientforløp.....	10
Omstillingsbehov erkjent gjennom flere år	10
Alternative modeller for fremtidig rolledeling og struktur	11
<i>Premisser og retningslinjer for modellene</i>	11
<i>Behovet for spesialisthelsetjenester</i>	12
<i>Modell for lokalsykehusfunksjoner og helhetlige pasientforløp i samarbeid med Oslo kommune</i>	12
Premisser for lokalsykehusfunksjoner.....	12
En dør inn: Storbylegevakten	12
Lokalsykehusfunksjoner.....	13
Antall sykehus med lokalsykehusfunksjoner i 2020	14
<i>Psykisk helsevern og rus.....</i>	15
<i>Modeller for område- og regionnivå for Sentrum 2020.....</i>	16
Premisser for område- og regionfunksjoner	16
Seks modeller for område- og regionnivå for Sentrum 2020	16
Nærmere om akuttkirurgi	17
Tre gjenstående modeller for område- og regionnivå.....	18

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

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

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

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

Overordnede mål for omstillingsarbeidet

Formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er, slik det fremkommer i styresak 68/2007 og 038/2008, å sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen. Programmet skal bidra til å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, gjennomføre nasjonal politikk og sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi.

Kvalitetsstrategien forutsetter at tjenestene skal:

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

Arbeidet skal som helhet bidra til en bedre helsetjeneste og til å oppfylle visjonen til Helse Sør-Øst om:

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

Målet er også at eiers forventninger til, og målsetting med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, skal realiseres.

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

Behovet for omstilling

Pasientenes behov - nå og i fremtiden

Viktige utviklingstrekk med betydning for pasientenes behov er:

- Vi lever lengre (forventet levealder øker 0,2 år hvert år) og det blir flere eldre.

- Flere eldre betyr at antall personer med en rekke sykdommer vokser. Det til tross for at en høyere andel eldre er friske.
 - 40 % flere får kreft i 2020 sammenlignet med 1995 og en fjerdedel av alle dødsfall i 2020 vil skyldes kreft
 - Nedgang i dødeligheten av hjerte-karsykdommer fra 1980-tallet vil stoppe opp. Hjerte-karsykdommer vil, sammen med kreft, utgjøre de viktigste dødsårsakene i årene fremover.¹
 - Dobbelt så mange vil ha en demenssykdom om 30 år
- Dagens livsstil (som blant annet medfører flere overvektige) og flere eldre gjør at flere vil ha kroniske sykdommer, blant annet sukkersyke og KOLS
- Nye medisinske metoder (for eksempel nye medisiner) gjør at flere pasienter kan behandles

Bedre kvalitet og ressursutnyttelse i pasientbehandlingen

Det er høy kvalitet på helsetjenesten i Norge. Det finnes allikevel forbedringsmuligheter.

- Overlevelse for de fire vanligste kreftformer og kreft i eggstokkene er best i de nordiske landene (med unntak av Danmark) og sentral Europa, lavere i Storbritannia og Irland og dårligst i Øst-Europa. For 5-års overlevelse totalt sett har Norge bedre resultater enn gjennomsnittet i Europa (Se tabell NB: Tall fra USA er usikre) men dårligere enn vårt naboland, Sverige. Forskjellen er størst for menn, og av de store kreftformene er forskjellen størst for prostatakreft (Eurocare-4).
- 20-30 % av alle pasienter medisinske feil i alle undersøkte land. Dette betyr for Norge at det årlig er 2000 dødsfall og 15000 varige skader som følge av utilsiktede hendelser og feil. 40-50 % kan trolig forebygges.² Å bidra til dette er et viktig mål med omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst.
- Dårlig samordning fremheves i Nasjonal helseplan 2007-2010 som en av de største problemene i norsk helsetjeneste i dag. Objektive mål på svikt i koordinering og samhandling er blant annet
 - høyt antallet korridorpasienter ved sykehus både i Helse Sør-Øst og ellers i landet, på tross av år med innsats for å bedre dette,
 - mange pasienter med krav på individuell plan får ikke dette
 - epikriser sendes fortsatt ofte ikke innen en uke etter at pasienten er utskrevet, til tross for at dette har vært et myndighetskrav i flere år.
- Norge er ett av landene i verden som bruker mest penger på helsetjenester, hvis man måler i totale kostnader per innbygger.³ Gjennomsnittet i OECD er mer enn 30 % lavere enn i Norge. Flere land som bruker mindre penger enn oss har like gode resultater. Blant annet har Sverige, som bruker langt mindre penger per innbygger enn Norge, bedre kreftoverlevelse.
- Sosial ulikhet i helse og sosial ulikhet i bruk av helsetjenester er tegn på at tjenestene ikke er rettferdig fordelt.

¹ Illustrasjonen er hentet fra foredraget til Camilla Stoltenberg på Helsekonferansen 2007.

² British Medical Journal 2005, SHdir, Peter Hjort 2003

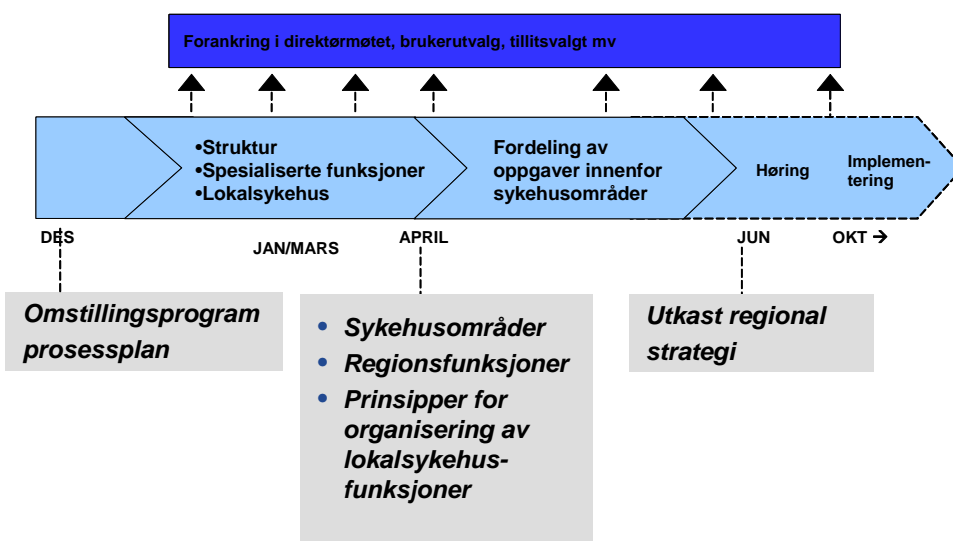
³ Kilde: OECD Health Data 2007; McKinsey analyse

Gjennomføre nasjonal helsepolitikk

For å gjennomføre nasjonal helsepolitikk, blant annet presentert i Nasjonal helseplan, opptrappingsplanen for psykisk helsevern mv., samt i årlige oppdragsdokumenter, statsbudsjetter og reviderte nasjonalbudsjetter, er det behov for omstillinger av tjenestene. Blant annet er det et sentralt helsepolitisk mål å styrke tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse. En slik styrking anses som en forutsetning for å skape en like god kvalitet i og tilgjengelighet til disse tjenestene som innen somatiske helsetjenester.

Ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper

I desember 2007 vedtok styret for Helse Sør-Øst plan for Hovedstadsprosessen og opplegg for første fase, dvs. frem til styremøtet i april (styresak 68/2007).



I samme styresak ble det skissert en ønsket retning for omstillingene i Helse Sør-Øst basert på oppdraget fra eier, helsepolitiske føringer, pasientenes behov og utfordringene generelt sett. Det fremgår av styresaken at for å styrke kvaliteten i tjenestene og møte de fremtidige behov, er det et mål at omstillingene skal bidra til:

- En forståelig og oversiktlig helsetjeneste for brukere og samarbeidspartnere
- Nærhet til og kontinuitet i tjenestene for pasienter med vanlige og kroniske lidelser
- Breddekompetanse tilpasset behovene til pasienter med sammensatte lidelser
- God samhandling som gir helhetlige og koordinerte pasientforløp/behandlingskjeder
- Samling av høyspesialiserte tjenester
- Et styrket tilbud innenfor rus og psykisk helsevern
- Bedre samlet ressursutnyttelse

Med dette som utgangspunkt ble det i Hovedstadsprosessens første fase i januar til april gjennomført flere parallelle utredningsprosesser med bred involvering. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører) deltok i arbeidsgrupper. Innspill fra disse prosessene ble lagt til grunn for utforming av styresak 38/2008.⁴ Styrets vedtak i denne saken angir prinsipper for den videre utvikling og utforming av tjenestene i Helse Sør-Øst.

⁴ Mer informasjon om arbeidet i Hovedstadsprosessens første fase og link til utredninger og dokumenter finnes på: http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a235a

Av styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak fremgår at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene. Sykehusområder skal legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Innenfor et sykehusområde skal tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester, og organiseres slik at prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå ivaretas (LEON- prinsippet). Normalt skal et sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrets vedtak prinsipper for organisering og koordinering av tjenestene innenfor sykehusområdene og for samhandling med kommunen. Noen sentrale prinsipper er:

- Pasientens behov skal være førende for innhold og struktur
- Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
- Akutfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
- Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter
- Regionale funksjoner kun ett sted i regionen, faglige avhengigheter ivaretas
- Overkapasitet må reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning
- Samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern
- Ansvarsfordeling sykehus-DPS 50/50 og realisasjon av bygningsmasse i PHV
- Rikshospitalets rolle knyttet til formelle landsfunksjoner skal ivaretas

Det vises for øvrig til styrets vedtak (se vedlegg).

Styrket forskning og undervisning

Omstillingene i Helse Sør-Øst skal ikke bare bidra til bedre pasientbehandling, men også til økt kvalitet i de tre andre lovpålagte oppgavene for sykehus, dvs. utdanning, forskning og pasientopplæring. Å styrke forskningen er en av forventningene fra eier, jamfør tidligere. For å oppnå dette er det iverksatt egne prosesser, som løper parallelt med det arbeidet som nå pågår i sykehusområdene, herunder i Sentrum. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som utreder universitetssykehusstruktur og -funksjoner i hovedstadsområdet. Gruppen skal levere sin rapport innen slutten av mai 2008. Mens denne arbeidsgruppen er en del av Hovedstadsprosessen, er forskning etablert som et eget innsatsområde i omstillingsprosessen. Det nye sammenslåtte forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har utarbeidet et utkast til felles forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF 2008-2011. Denne har nylig vært på en innspillrunde. Endelig forslag til forskningsstrategi legges frem for styret i Helse Sør-Øst på møtet 22. mai 2008.

Sykehusområde Sentrum

I tråd med styrevedtaket 17. april har de syv sykehusområdene fått i oppdrag å gi innspill til utkast til regional strategi for omstilling av helsetjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. Innspillet skal legges til grunn de rammer og prinsipper som går fram av styresaken (38/2008), samt evt. supplerende vurderinger i perioden fram til juni. Sykehusområdets innspill skal, i følge mandatet, beskrive overordnede mål, status i forhold til regionalt målbilde, sentrale tiltak for å nå målene på kort og lang sikt og forventede effekter av tiltakene (kvalitativt og ressursmessig), samt vurdering av andre konsekvenser.

Særskilte utfordringer for, og muligheter i, Sentrum

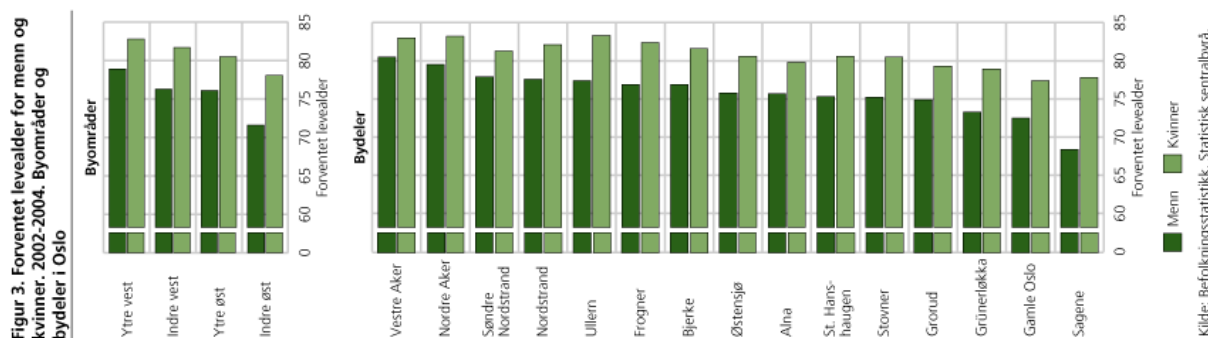
Befolknings sammensetning og sykkelighet

Befolkningsutvikling i Oslo skiller seg noe fra utviklingen ellers i landet. For det første er befolkningsveksten større enn andre steder. Mens 22,7 % av Norges befolkning bor i Oslo/Akershus, har i flere år ca. 40 % av befolkningsveksten kommet i dette området.⁵ Dette betyr at det skjer en sentralisering. Befolkningsveksten har siden 2003 vært større enn tidligere. Bak veksten ligger en kontinuerlig naturlig økende tilvekst som følge av økte fødselstall, kombinert med redusert antall døde, samt netto innflytning. Det er innflytning som fører til den sterke veksten.

Gjennomsnittlig befolkningsvekst i perioden 2008-2025 er estimert til 1 % per år, med størst prosentvis økning i begynnelsen av perioden. Tilveksten er størst i yngre og midlere aldersgrupper.

Oslo skiller seg også fra resten av landet ved at over 30 prosent av innvandrerbefolkningen i Norge bor i Oslo. Hver fjerde Oslo-borger har innvandrerbakgrunn (ca. 131 000 personer).⁶ Andelen forventes å øke i årene fremover. Innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn utgjør 19 % av Oslos befolkning, men det er store variasjoner mellom bydelene.⁷ De bydelene som har flest ikke-vestlige innvandrere er Grorud (34,0 %), Stovner (36,4 %), Alna (36,8 %) og Søndre Nordstrand (40,1 %). Mens bydel Gamle Oslo har hatt en nedgang de senere år, har andelen økt betraktelig i drabantbyene.

Gjennomsnittlig levealder i Oslo i 2001-2005 lå i underkant av ett år under landsgjennomsnittet. Dette til tross for høy forventet levealder på vestkanten i Oslo.⁸ Årsaken er betydelige forskjeller i helse i Oslo etter sosioøkonomisk bakgrunn. Selv om sosial ulikhet i helse er et problem i hele Norge, er forskjellene spesielt store internt i Oslo og de er størst for menn. Forskjellen i gjennomsnittlig levealder for menn som bor i Vestre Aker og på Sagene er ca. 13 år (tabell fra SSB):



Man finner de samme sosiale ulikhetene i helse enten man måler i forhold til inntekt, utdanningsnivå, yrke og bosted. Forskning på området viser at de sosiale forskjellene i helse danner en gradient der forskjellene kan gjenfinnes mellom hver sosioøkonomisk gruppe i hierarkiet. Det tilsier at sosial ulikhet i helse ikke bare et fattigdomsproblem.

Forskjellene i helse mellom sosiale grupper har blitt større, ikke mindre, de siste tiårene. Forskjellene gjenfinnes for de fleste mål på helse, ikke bare forventet levealder. Dette betyr

⁵ Oslo-Speilet 6, 2007

⁶ <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>

⁷ Oslo-Speilet 6, 2007

⁸ Beskrivelse av helsesituasjonen og helseforskjellene i Oslo. Bidrag til en ny hovedstadsmelding. Redaktør: Bjørn Heine Strand, Bidragsytere: Anne Johanne Søgaard, Sidsel Graff-Iversen, Liv Grøtvedt, Kari Alvær, Jørgen Meisfjord, Bjørn Heine Strand.

at mange av de kroniske lidelsene og livsstilssykdommene som i dag øker, herunder diabetes, KOLS, astma, psykiske plager, rusavhengighet og muskel- og skjelettlidelser, både har høyest forekomst og øker særlig i grupper med kort utdanning, lav inntekt, minoritetsbakgrunn, blant eldre og i utsatte bo- og arbeidsmiljøer. Dermed bidrar til nye sosiale forskjeller i levealder og helse.

Personer med pakistansk bakgrunn er den største gruppen ikke-vestlige innvandrere i Oslo fra ett enkeltland. En studie med data fra innvandrere-HUBRO viste store forskjeller mellom nordmenn og pakistanere på selvrapportert helse, diabetes og mental helse.⁹ 55 % av pakistanerne rapporterte dårlig helse, mens 22 % av etnisk norske nordmenn gjorde det, noe som er statistisk signifikant. Forekomsten av diabetes var høyere blant pakistanere (14 %) enn hos nordmenn (3 %). For symptomer på psykiske problemer var tallene 22 % og 10 % for henholdsvis pakistanere og nordmenn. Undersøkelsen viste at sosioøkonomisk status bare delvis kunne forklare forskjellene i helse mellom befolkningsgruppene. Faktorer relatert til genetikk og livsstil, samt psykososiale faktorer relatert til migrasjon, slik som sosial støtte, samfunnsdeltakelse, diskriminering og integrering, kan dermed ha bidratt til funnene.

Oslo har også andre særegne utfordringer som må sees i sammenheng med at Oslo er landets hovedstad og største by. Selv om det finnes dårlige tall på dette, antas at problemer knyttet til rusmisbruk er større i hovedstaden enn ellers i landet.¹⁰ Rusmisbruk og psykiske lidelser er overlappende problemer. Også når det gjelder psykisk helse antas at utfordringene i Oslo er større enn gjennomsnittet i Norge.

Tjenesteapparatet og tjenestetilbudet

Det er ikke bare når det gjelder befolknings sammensetningen og sykdomsbelastningen at Oslo skiller seg ut i forhold til resten av landet. Det gjelder også når man ser på utformingen av tjenesteapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten. Av totalt 7041 sykehussenger i Helse Sør-Øst befinner 2392 (34 %) seg ved sykehusene i område Sentrum.¹¹ Tilsvarende finnes hele 1991 av 4626 legeårsverk (43 %) i dette området. Dette må sees i sammenheng med at flere av sykehusene, fremfor alt Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus har nasjonale og regionale funksjoner.

Ser man på kostnader per liggedøgn (liggedøgnsindeks) ved sykehusene i Sentrum, er denne lavest ved sykehus som kun har lokalsykehusfunksjoner, dvs. ved Lovisenberg (0,88), mens den er høyest ved Rikshospitalet (1,52). Dette er som forventet på grunn av ulikheter i pasientpopulasjoner og tjenester ved sykehusene, men tilsier samtidig at det er ønskelig, sett i forhold til ressursbruk, at de pasienter som kan, behandles på rene lokalsykehus.

Det er videre et særtrekk ved spesialisthelsetjenesten i Sentrum, at det er mange sykehus med korte avstander mellom. Mens lange avstander mellom sykehusene er en utfordring i mange deler av Norge, og også i deler av Helse Sør-Øst, likner sykehusområde Sentrum mer på forholdene i andre europeiske land. I tillegg til korte avstander kjennetegnes sykehusene i Sentrum av at mange av sykehusene tilbyr de samme tjenestene. Også spesialiserte og regionale funksjoner finnes flere steder, noe som skaper mindre pasientvolumer enn det som er faglig ønskelig enkelte steder. I tillegg har flere av sentrumssykehusene et bredt utvalg av høyspesialiserte tjenester og lokalsykehusfunksjoner under samme tak, noe som skaper stor bredde i fagmiljøene og komplekse organisasjoner. Dette gjør trolig at noen pasienter behandles på et for høyt nivå, noe som er uheldig både ut fra faglig kvalitet og god ressursutnyttelse.

⁹ Syed og medarbeidere, 2006

¹⁰ NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

¹¹ Vedlegg 3 i rapporten "Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet. Hovedstadsprosessen – delprosjekt 1.

En konsekvens av organiseringen i Oslo, med dublering av funksjoner og ingen tydelig arbeidsdeling mellom sykehusene, er uoversiktighet for brukerne. Til tross for retningslinjer for hvor innbyggerne "tilhører", opplever pasienter å bli sendt rundt som "pakkepost". I tillegg fører ulike prosedyrer og retningslinjer for innleggelse, utskrivning og oppfølging ved de ulike sykehusene til uoversiktighet også for førstelinjetjenesten. Legevaksleger kan bruke unødig lang tid på å finne ut hvor en pasient skal innlegges og hvordan dette skal meldes.

Det er også et særtrekk ved Sentrum at det er mange avtalespesialister. Mens de øvrige sykehusområdene i stor grad må levere polikliniske spesialisthelsetjenester selv, vil slike tjenester i Sentrum i større grad kunne leveres av avtalespesialister. For at den ressursen avtalespesialistene representerer skal brukes best mulig i den samlede tjenesten, kreves imidlertid god koordinering.

Sentrum har også spesielle utfordringer knyttet til tjenestene innenfor det psykiske helsevern. Et særtrekk er at antallet senger pr. innbygger innen psykiske helsevern i Sentrum er høyere enn ellers i regionen. Viktigere er de store forskjellene internt i sykehusområdet. Rapporten fra arbeidsgruppa som utredet psykisk helsevern i Hovedstadsprosessens første fase, viser store variasjoner i antallet polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere på DPS, fra 185 polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere (UUS) til 346 pr. 1000 (Lovisenberg).¹² Tilsvarende gjelder innenfor barne- og ungdomspsykiatrien der det varierer fra 465 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere (Aker) til 762 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere (UUS). Det er også stor variasjon i antallet akutt plasser og akuttinnleggelser pr. 100 000 innbyggere. Det er mer enn dobbelt så mange innleggelser pr. 100 000 innbyggere ved Lovisenberg enn ved Diakonhjemmet og samtidig nesten dobbelt så mange senger sett i forhold til innbyggere i opptaksområdet. Arbeidsgruppa innen psykisk helsevern mener at det trolig er relativt store forskjeller i sykелighet og befolkningssammensetning mellom bydeler (og opptaksområder). Både slike forskjeller i sykелighet, DPS-struktur, tjenestene innen førstelinjen og samhandlingen har betydning for forbruket av tjenester. Selv om man tar forbehold om at det er forskjeller langs alle disse dimensjonene, er det grunn til å tro at tjenestene innen psykisk helsevern i Sentrum ikke er likeverdige.

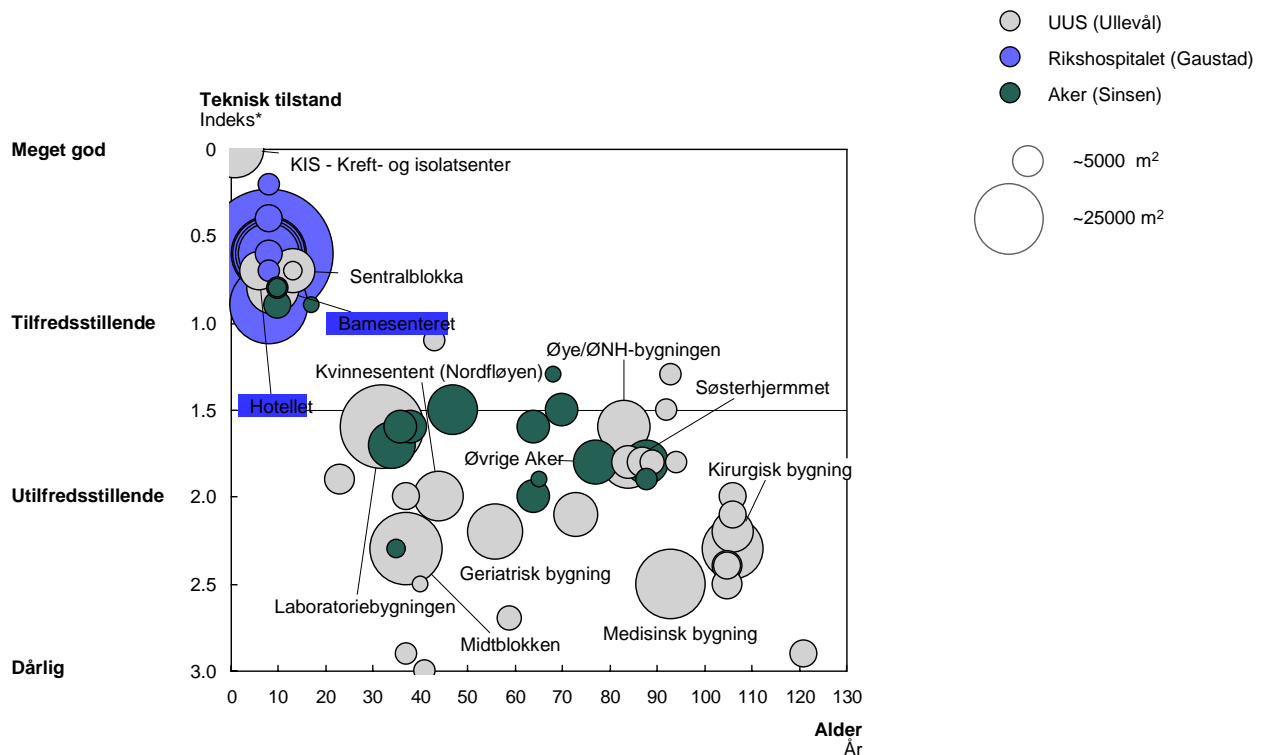
Bygningsmasse

Område sentrum kjennetegnes også av en betydelig bygningsmasse av varierende kvalitet. Innenfor dagens fem sykehus har man bygninger med en aldersmessig spredning fra null til godt over hundre år. Utgangspunktet for Helse Sør-Øst er at den beste bygningsmassen skal prioriteres slik at det oppnås effektiv drift. Videre skal det sikres at man på kort og mellomlang sikt ikke investeres i bygningsmasse det ikke er til hensikt å drive aktiviteter på lang sikt.

Fra Helse Sør-Østs side er det gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid av eksisterende bygningsmasse eiet av RHF'ets helseforetak. Denne kartleggingen har vært gjennomført eksternt og gir en oversikt over bygningsmassens tekniske tilstandsgrad og det nødvendige investeringsbehovet som er nødvendig for å oppgradere bygningene til en riktig standard. Figuren under viser bygningsmassen på Aker, Ullevål og Rikshospitalet i forhold til teknisk tilstandsgrad¹³ (x-aksen) og alder (y-aksen). Størrelsen på sirklene angir bygningenes areal.

¹² Hovedstadsprosessen. Psykisk helsevern. Rapport fra arbeidsgruppe. Helse Sør-Øst, Hamar 28.03.08

¹³ 0 = best ("Meget god teknisk tilstand"), 3 = dårligst ("Dårlig tilstand") – definert i Norsk Standard 3424



Undervisning og forskning

Tre av de fire universitetssykehusene i Helse Sør-Øst ligger i område Sentrum. Hele 61,9 % av all forskning i helsevesenet (målt i NIFU-poeng) skjer i Helse Sør-Øst. Av dette skjer mer enn 85 % (ca. 1210 av 1390 poeng) ved sykehusene i område Sentrum. Selv om man ser bort fra den høye aktiviteten ved Rikshospitalet (utgjør 809 poeng), finner ca. 70 % av den resterende forskningen i Helse Sør-Øst sted i område Sentrum.

Opptaksområde

En særskilt utfordring for sykehusområde Sentrum er at dette er det eneste området som planlegges med et mindre opptaksområde enn sykehusene som inngår opprinnelig hadde. Fra at de fem sykehusene som inngår hadde 610 000 innbyggere i sitt opptaksområde, skal de i den nye områdeinndelingen ha 450 000 innbyggere i sitt opptaksområde.

Gapet mellom prinsipper og nåsituasjonen i Oslo

Av ønsket utviklingsretning, vedtatte prinsipper, generelle utviklingstrekk og utfordringer og Oslos særegne storbyproblemer og tjenesteapparat, fremgår det at det er et gap mellom målene og dagens situasjon. For å lukke dette gapet bør omstillingene i sykehusområde Sentrum bør bidra til:

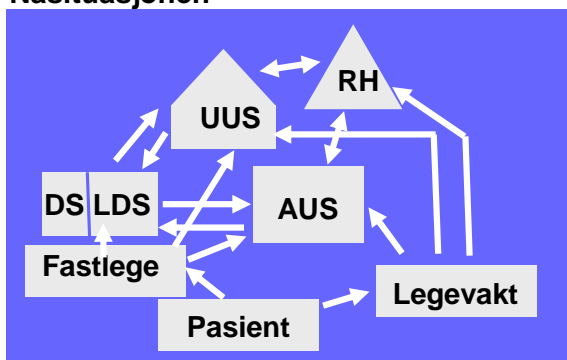
- Tydeligere differensiering
- Tydeligere lokalsykehusfunksjoner tilpasset pasienter med sammensatt behov
- Samordning av psykisk helse og rus
- Færre sykehus med akuttkirurgi
- Samle spesialiserte funksjoner, herunder kreftbehandling, for å øke kvalitet
- Å flytte/samle regionfunksjoner
- Å tilpasse kapasitet og forbedre areal og kapasitetsutnyttelse
- Å styrke forskning og andre universitetsfunksjoner

- Bedre samarbeid med Oslo kommune og bydelene, herunder videre samarbeid om utviklingen av "Storbylegevakten"

Gode og helhetlige pasientforløp

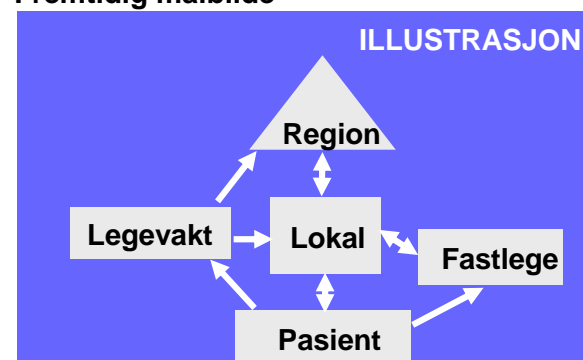
Mange enheter med funksjoner som kan håndtere samme problemstilling skaper i Oslo et uoversiktlig og komplekst system for både pasienter og ansatte i helsetjenesten. Funksjonsfordeling kan bidra til fragmentert behandling og den store bredden i tilbudet på den enkelte enhet kan føre til behandling på høyere nivå enn ønskelig med manglende breddekompetanse. Ved å utvikle tjenesten i den retningen som er skissert vil man få et oversiktlig system, der pasientene vet hvilket lokalsykehus de tilhører. På lokalsykehuset vil de få flertallet av sine tjenester, både innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Hvis det i tillegg finnes en legevakt som utøver effektiv triage og diagnostikk, slik at pasienter raskt ledes til riktig sted (nivå/enhet), vil det skapes oversiktlig og samtidig gode og helhetlige pasientforløp.

Nåsituasjonen



- Mange enheter med funksjoner som kan håndtere samme problemstilling
- Funksjonsfordeling kan i enkelte tilfelle gi fragmentert behandling
- Kan føre til behandling på høyere nivå enn ønskelig med manglende breddekompetanse

Fremtidig målbilde



- Oversiktlig system – enkelt for pasientene å vite hvor de skal henvende seg
- Robuste lokalsykehus med god kompetanse og kvalitet
- Tydelig nivådeling og ferdigbehandling på riktig nivå
- Legevakt med effektiv "triage" som sluser pasientene til riktig nivå/enhet

Omstillingsbehov erkjent gjennom flere år

At det er behov for omstillinger i spesialisthelsetjenesten i Oslo har vært erkjent gjennom flere år. En diskusjon om sykehusstrukturen har pågått i mange år og det har i denne tiden blitt gjennomført en rekke faglige utredninger. At grensen mellom Helse Øst og Helse Sør gikk midt gjennom byen bidro til å vanskeliggjøre omstillingsarbeidet. Etter at sammenslåing ble vedtatt i januar 2007 er det skapt nye muligheter.

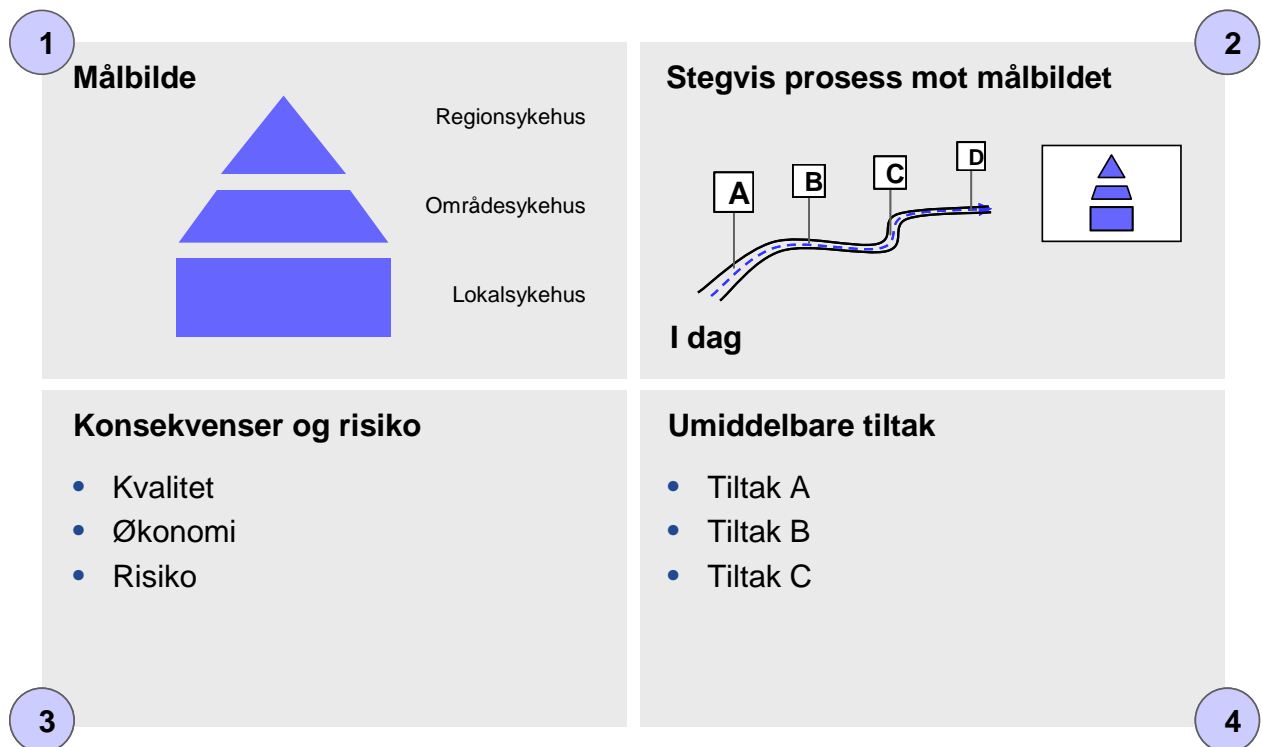
Alternative modeller for fremtidig rolledeling og struktur

Premisser og retningslinjer for modellene

Som en del av arbeidet er det for område Sentrum utarbeidet alternative modeller for fremtidig rolledeling og organisasjonsstruktur for sykehusene i området. Premisser som følger av styrevedtak i Helse Sør-Øst skal ligge til grunn for modellene. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.

Modellene skal utvikles som realistiske løsningsforslag for den nære fremtiden (ca. 2020), og bygges opp slik at de over tid gir en modell som gir en best mulig løsning for område Sentrum. Modellene skal både angi et fremtidig målbilde og angi umiddelbare omstillingstiltak. De må være utformet slik at de gir grunnlag for positive endringer også i tidlige faser av implementeringen. Modellene skal legge opp til at det over tid kun investeres i bygningsmasse som skal prioriteres på lang sikt. Modellene skal optimeres på basis av kvalitet og kostnadsbase. Det skal ikke optimeres ut i fra dagens finansieringsmodell.

Metoden innebærer å bestemme det langsiktige målbildet før konkrete omstillinger vurderes:



Det legges opp til en stegvis prosess, der det først besluttes hvordan aktivitetene bør organiseres på en best mulig måte. Arbeidet frem til styrebehandling i juni fokuserer først og fremst på å definere en god struktur for kjerneaktivitetene. Aktivitetsstrukturen definerer en fremtidig modell for fordeling og funksjoner, uavhengig av hvordan sykehusene er organisert i HFer.

I det videre brukes betegnelsen *sykehus* om en enhet som har sin *hovedaktivitet* på ett geografisk sted. Det kan likevel ikke til hinder for at det kan være aktiviteter som er lokalisert andre steder.

Behovet for spesialisthelsetjenester

Flere ulike forhold vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester i område Sentrum i 2020. Noen faktorer vil bidra til behov for økt behandlingsskapasitet, slik som befolkningsøkning, økende andel eldre, stigende insidensrater for noen sykdommer (kreft, fedme m.m) og medisinsk-faglig og teknologisk utvikling.

Andre faktorer vil kunne bidra til å redusere behovet for behandlingsskapasitet, slik som økt bruk av nye behandlingsformer (dagbehandling, intervensjonsteknologi, telemedisin, ambulante tjenester, hjemmebehandling m.m) og effektivisering i form av kortere liggetid og bedre samhandling med kommunen.

Som følge av målet om å samle regionale funksjoner og flerområdefunksjoner (spesialiserte funksjoner som ikke skal være i alle sykehusområder), samt styrets vedtak om at sykehusområdene normalt skal dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, vil det kunne bli endringer i pasientvolumer og dermed kapasitetsbehovet på tvers av sykehusområde. Det er faglige utredninger og anbefalinger (herunder dialogseminarene) som vil bli lagt til grunn for vurderinger knyttet til samling og lokalisering av spesialiserte funksjoner som krever større opptaksområder enn 300-500.000 innbyggere og for andre endringer i pasientstrømmer på tvers av sykehusområder. Det vil bli lagt opp til videre prosesser ut over juni 2008 der hvor det ikke er besluttet samling.

En endring for område Sentrum vil følge av at Nye AHUS fra 2011, i følge nåværende plan, skal overta ansvaret for Follo-kommunene og bydel Alna fra område Sentrum. Dette vil redusere sykehusområde Sentrums opptaksområde fra ca 610.000 til ca 450.000. Det vil bli særskilt vurdert hvordan AHUS skal ivareta et større opptaksområde. Styrets vedtak i april åpner for justeringer av sykehusområder.

Modell for lokalsykehusfunksjoner og helhetlige pasientforløp i samarbeid med Oslo kommune

Premisser for lokalsykehusfunksjoner

Flere av de prinsippene styret vedtok for den videre utvikling og utforming av tjenestene i Helse Sør-Øst i styresak 038-2008 legger føringer for organiseringen av lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner. Et viktig prinsipp er at det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. Dette må hensyntas ved organisering. Klarere differensiering, laveste effektive omsorgsnivå og tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonene tilsier at lokalsykehus/lokalsykehusfunksjoner bør skilles fra regionsfunksjoner. Prinsippene om samling av akuttkirurgi og spesialiserte funksjoner innenfor et sykehusområde har også betydning for lokalsykehus/lokalsykehusfunksjoner. I denne sammenheng er det imidlertid viktig at styret har presisert at lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud.

I prosessen i Sentrum er det etablert en egen prosess for i samarbeid med Oslo kommune å kartlegge hva som er status for samhandlingen mellom helseforetakene og kommunen, og for å utforme forslag til tiltak for å styrke samhandlingen i tråd med styrevedtaket og partenes felles visjon. Samhandling, både prinsipper og tiltak, omhandles derfor ikke mer her. Unntaket gjelder samarbeidet om "fremtidens storbylegevakt".

En dør inn: Storbylegevakten

For å sikre gode og effektive pasientforløp, som beskrevet tidligere, bør legevakten ha høy tilgjengelighet og tilby effektiv triage og diagnostikk, slik at pasienter raskt ledes inn i riktig

behandlingskjede. Riktig behandlingskjede betyr at pasienten sendes rett til riktig behandlingsnivå (lokalsykehus, områdesykehus eller regionssykehus), eller hjem.

Oslo kommune og Helse Sør-Øst ble i vår enige om å iverksette en utredning om fremtidens storbylegevakt. Utredningen skal belyse hva som ville være en ønskelig og visjonær videreutvikling av legevakten for de neste 5 år og for perioden frem mot år 2020. Det overordede målet for arbeidet er å legge grunnlaget for en storbylegevakt tilpasset befolkningens nåværende og fremtidige behov og ønsker, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir.

Partene har delt utredningsarbeidet i to faser, et forprosjekt og et hovedprosjekt. Mandatet for forprosjektet var å utrede ønsket innhold i og omfang av fremtidens storbylegevakt, samt organisering og fremdrift for hovedfasen, der formålet vil være å utrede fremtidig ansvars- og oppgavedeling, samt finansiering og mulig lokalisering. Ferdig forprosjektrapport ble avgitt 14.april 2008.¹⁴ Gruppen gir her blant annet uttrykk for at den mener den mener dagens legevakt fungerer godt, men at en forutsetning for en moderne og effektiv legevakt med god behandlingskvalitet er en faglig sterk tilknytning til et akuttsykehus. Dette for å sikre personellet ved legevakta faglig støtte fra sykehusspesialister når det trengs. Dermed vil flere pasienter kunne ferdigbehandles uten innleggelse i sykehus.

Storbylegevaktprosjektet må sees i sammenheng med det samlede omstillingsprogrammet for Helse Sør-Øst, og anses i Helse Sør-Øst som et delprosjekt i Hovedstadsprosessen.

Lokalsykehusfunksjoner

Med utgangspunkt i nasjonale helsepolitiske føringer, utredninger om lokalsykehus og prinsipper utarbeidet som ledd i Hovedstadsprosessen, er det i arbeidet i område Sentrum foreslått følgende oppgaver for lokalsykehus/lokalsykehusfunksjoner i Sentrum:

- **Indremedisin**
 - Innleggelse akutte tilstander når ikke annet er bestemt som rutine
 - Akutte forverringer hos kroniske pasienter
 - Overvåkingssenhet, intensivenhet og anestesilege på vakt
 - Poliklinikk, alle grenspesialiteter (egne ansatte eller fra områdesykehus)
 - Dialyse
- **Kirurgi**
 - Tilgang til gastrokirurgisk tilsyn hele døgnet
 - Elektiv kirurgi (utnytte anestesi og kirurgisk beredskap)
 - Poliklinikk (egne ansatte eller fra områdesykehus)
- **Ortopedi**
 - Poliklinikk
 - Elektiv kirurgi (effektiv utnyttelse av anestesi)
- **Psykatri**
 - Akuttavdeling
 - Sengeavdeling
 - DPS
- **Rus**
 - Ruspoliklinikk
 - Over tid utvikle vurderings- og utredningskompetanse, avgiftningstilbud, døgnstøtte og døgnbehandling
 - Akuttfunksjon (anbefalt lokalisert ett sted i Sentrum)
- **Rehabilitering**

¹⁴ Rapporten finnes på Helse Sør-Østs nettsider:

http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=771

- Ambulante tjenester
- Ikke-selvhjulpne pasienter
- (Dag)tilbud til pasienter som trenger tjenester nær hjemmet
- **Hovedansvar for samhandling med kommunehelsetjenesten**

Den foreslåtte oppgavelisten må videreutvikles, blant annet for å følge opp nasjonal lokalsykehuspolitikk jfr. Revidert nasjonalbudsjett for 2008.

Antall sykehus med lokalsykehusfunksjoner i 2020

Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. For å sikre dette og for å møte fremtidig behov for breddekompetanse, må lokalsykehusfunksjonene styrkes og tydeliggjøres frem mot 2020.

En viktig rolle for lokalsykehuset er å sikre et godt samarbeid med kommunen og bydelene. Lokalsykehus skal ha samme opptaksområde for somatikk, psykiatri og rus, og opptaksområdene bør følge bydelsgrensene.

Det foreligger ikke konkrete faglige anbefalinger for hva som er optimalt opptaksområde for lokalsykehus. Det finnes heller ikke i dag entydige nasjonale helsepolitiske føringer for dette, men det er andre helsepolitiske føringer knyttet til lokalsykehus som må vektlegges, jmfør blant annet Soria Moria-erklæringen (som sier at ingen lokalsykehus skal legges ned) og Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Faglige råd fra dialogseminarene om optimalt opptaksområde for utvalgte basisfunksjoner ved lokalsykehus antyder at disse bør ha opptaksområde mellom 100.000 og 200.000. Fra et driftsperspektiv antas det ikke hensiktsmessig for et lokalsykehus i Sentrum å ha mindre opptaksområde enn i dag, altså omkring 150.000.

Mens de fem sykehusene som inngår i sykehusområde Sentrum i dag har 610 000 innbyggere i sitt opptaksområde, skal de i den nye områdeinndelingen, etter planen, ha 450 000 innbyggere. I dag har alle fem sykehusene i område Sentrum lokalfunksjoner. Målet om å sikre robuste fag- og driftsenheter tilsier at det i fremtiden bør bli færre sykehus med lokalsykehusfunksjoner i område Sentrum.

Regionnivået bør i ny modell i utgangspunktet ikke ha oppgaver som lokalsykehus. Dersom områdefunksjonen knyttes mot regionfunksjoner, bør også dette nivået skilles fra lokalsykehusfunksjonen.

Dagens struktur

- Lokalsykehus og sykehus med lokalsykehusfunksjoner på fem lokasjoner: UUS, AUS, LD, DS, RH
- Begrenset tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonen

Optimalt opptaksområde

- Det foreligger ikke konkrete anbefalinger om hva som er optimal størrelse på lokalsykehus
- Dialogseminarene antyder at enkelte funksjoner bør ha opptaksområde mellom 100.000 og 200.000
- Fra et driftsperspektiv antas det ikke hensiktsmessig for et lokalsykehus å ha mindre opptaksområde enn i dag ~150.000

Skape robuste lokalsykehus

- Samling, styrking og tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjoner
 - Færre sykehus med lokalsykehusfunksjoner for å sikre robuste fag- og driftsenheter
 - Hvis områdefunksjonen knyttes mot regionfunksjoner bør lokalsykehusfunksjoner rendyrkes annet sted
- Spørsmål: Hvilken fordeling av opptaksområder gir grunnlag for robuste lokalsykehus og hvor mange sykehus bør ha lokalsykehusfunksjoner?**

Psykisk helsevern og rus

I område Sentrum finnes ulike nasjonale og regionale funksjoner innen psykiatri. Ullevål har Avdeling for sikkerhetspsykiatri, Avdeling for spiseforstyrrelser og Psykiatrisk avdeling for utviklingshemmede. Aker har Ressurssenter om vold, traumer og selvmordsforebygging og Senter for hørsel og psykisk helse. Det er to alternativer for plassering av disse funksjonene. Alternativ 1 er å samle regionale funksjoner og legge oppgaven til region-/områdesykehus. Alternativ 2 er å samle funksjonene og legge dem til ett av lokalsykehusene.

Rus er en ny oppgave for spesialisthelsetjenesten (2004). Det er i dag ikke formelt definert nivåer for funksjonene. I tidligere Helse Øst RHF var tre tilbud utpekte som regionale funksjoner. Det var tre plasser på Aker universitetssykehus HF (Gaustad) hvor pasientene ble lagt inn etter § 6.2 i Sosialtjenesteloven, 5 avrusnings- og utredningsplasser ved Aker for ungdom, samt 10 familieplasser og 10 plasser for innleggelse etter Sosialtjenesten § 6.2a på Sykehuset Innlandet HF. I Helse Sør var 4 § 6.2 plasser på Vestfoldklinikken og 4 plasser på SSHF utpekt som regionale (tvang) og 5 § 6.2a plasser på Borgestadklinikken (gravide på tvang) som regionale. Noen ytterlige nivåinndelingen har ikke eksistert. Ved rusreformen i 2004 valgte Helse Øst å legge ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til Aker universitetssykehus og 9 ulike institusjonen ble overført fra Oslo kommune. Aker fikk dermed ansvar for rustjenesten til befolkningen i Oslo.

Arbeidsgruppa som utredet rustjenestene i fase 1 i Hovedstadsprosessen har gitt anbefalinger angående hva som bør være spesialiserte funksjoner innen TSB. Gruppa anbefaler at følgende spesialiserte funksjoner ikke skal finnes i alle sykehusområder (flerområdefunksjoner):

- tvang §§ 6-2 og 6-2 a
- gravide

Videre har gruppa anbefalt følgende som regionale funksjoner:

- Koordinering av tilbud til enkeltpasienter i forhold til døgnbehandlingssteder gitt av avtalepartene som har en regional funksjon

- Analyse pasientstrøm, ventelistesituasjon mv.
- Eventuelle langtids døgntilbud

Også for rus er det to alternativer for plassering av disse funksjonene. Alternativ 1 er å samle regionale funksjoner og legge oppgaven til region-/områdesykehus. Alternativ 2 er å samle funksjonene og legge dem til ett av lokalsykehusene.

For både psykisk helsevern og rus vil det gå særskilte prosesser for dialog omkring og innspill i forhold til disse problemstillingene.

Modeller for område- og regionnivå for Sentrum 2020

Premisser for område- og regionfunksjoner

Flere av de prinsippene styret vedtok for den videre utvikling og utforming av tjenestene i Helse Sør-Øst i styresak 038-2008 legger føringer for organiseringen av område- og regionnivået. Som nevnt tidligere tilsier prinsippene om klarere differensiering, laveste effektive omsorgsnivå og tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonene tilsier at lokalsykehus/lokalsykehusfunksjoner bør skilles fra regionsfunksjoner. Prinsippene om samling av akuttkirurgi og spesialiserte funksjoner innenfor et sykehusområde har likeledes betydning. I tillegg er det en føring fra eier at Rikshospitalets rolle knyttet til landsfunksjoner skal ivaretas.

Seks modeller for område- og regionnivå for Sentrum 2020

I utgangspunktet ble det utviklet seks ulike modeller for hvordan område- og regionnivået kan tenkes organisert i område Sentrum:

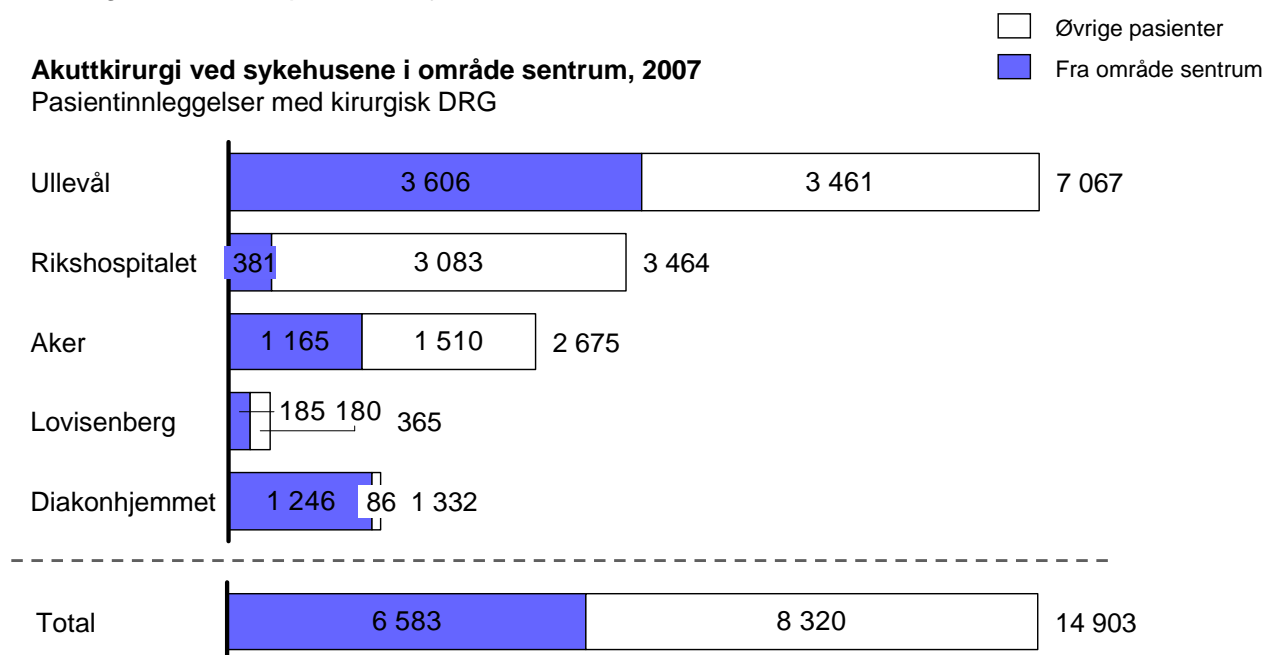
<p>Modell 1 Region- og område-sykehus samlet</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ett region- og område sykehus
<p>Modell 2 Regionsykehus og områdesykehus</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Regionsykehus inkludert multitraume og akuttkirurgi • Ett område- og lokalsykehus, inkl. akuttkirurgi
<p>Modell 3 Regionsykehus og områdesykehus med multitraume</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ett regionsykehus med landsfunksjoner og blant annet transplantasjon • Områdesykehus m/multitraume og nødvendige regionoppgaver knyttet til denne funksjonen
<p>Modell 4 To spesialiserte sentre</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ett regionsykehus med blant annet landsfunksjoner, transplantasjonskirurgi, kreft, regionsoppgaver i indremedisin • Ett regionsykehus med blant annet multitraume, nevro, ortopedi, mor/barn, områdesykehusfunksjon (akutt og elektiv kirurgi og medisin)
<p>Modell 5 To konkurrerende sykehus</p>		<ul style="list-style-type: none"> • To komplette sykehus som konkurrerer • Fordi alle nivåer dekkes er det ingen rene lokalsykehus
<p>Modell 6 Ett sykehus</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ett komplett sykehus med alle nivåer • Fordi alle nivåer dekkes er det ingen rene lokalsykehus

De to siste modellene (5 og 6) ble vurdert til ikke å være i tråd med de prinsippene Helse Sør-Øst har lagt til grunn, og heller ikke er tilpasset område Sentrums situasjon med betydelige oppgaver på regionnivå. På denne bakgrunn ble det besluttet å ikke gå videre med modellene 5 og 6. Etter en nærmere vurdering av akuttkirurgiske oppgaver, er heller ikke modell 2 videreutviklet.

Nærmere om akuttkirurgi

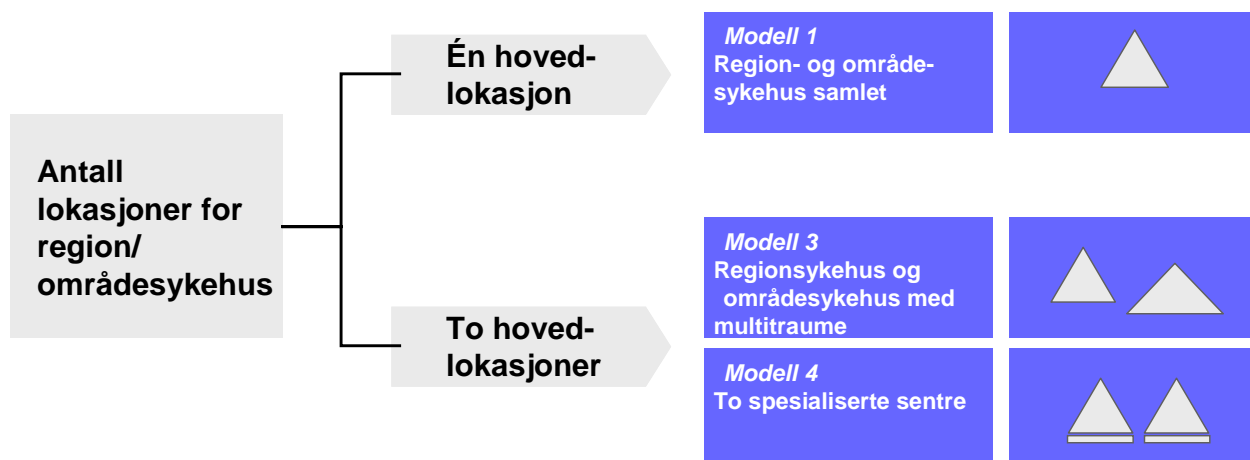
Akuttkirurgi skal ifølge prinsippene normalt ligge bare ett sted i et sykehusområde. Begrunnelsen for samling er at kvalitetshensyn (herunder optimalt opptaksområde) tilsier at det er faglig ønskelig med én lokasjon i et område med 300-500 000 innbyggere, dersom geografi og andre lokale forhold legger til rette for dette. Lokale forhold må hensyntas. Også nasjonale føringer for organisering av akuttfunksjoner må løpende hensyntas, jfr. Revidert nasjonalbudsjett 2008.

Hvis multitraume (regional funksjon) skal kunne skilles fra akuttkirurgiske områdefunksjoner, må et visst volum av akuttkirurgi plasseres sammen med multitraumefunksjonen. Det vil kreve en deling av akuttkirurgien i område Sentrum. Beregninger viser at volumet av akuttkirurgi knyttet til befolkningen i område Sentrum ikke er tilstrekkelig til at det er faglig ønskelig å dele dette på to lokasjoner.



Dersom hele område Sentrums akuttkirurgi legges til regionsykehuset, noe som vil være en forutsetning for at nivået skal kunne overta multitraume, vil det ikke være grunnlag for akuttkirurgi på områdesykehuset. Dermed mister områdesykehuset en av sine viktigste oppgaver. Følgelig er en slik nivådeling mellom region- og områdesykehus ikke hensiktsmessig. Multitraume- og områdefunksjonen bør derfor ikke ligge på to forskjellige lokasjoner.

Tre gjenstående modeller for område- og regionnivå



Modell 1 – Region og områdefunksjon samlet

Det etableres ett region- og områdesykehus i område Sentrum, som håndterer både landsfunksjoner, regionfunksjoner og områdefunksjoner. Dette sykehuset vil ikke ha lokalsykehusoppgaver.

Utgangspunktet for denne modellen er at det på lang sikt anses som viktig å samle område- og regionaktiviteten på én og samme lokasjon. Modellen vil kreve en utvidelse av eksisterende bygningsmasse ett sted og en reduksjon et annet. Ut i fra forutsetningen om å over tid kun investere i bygningsmasse som skal prioriteres på lang sikt, vil en vurdere en utvidelse av Rikshospitalet på Gaustad, som i dag har en god bygningsmasse. Behovet for investeringer og økonomiske konsekvenser av nybygg vil måtte vurderes nærmere, også vurdert opp mot kostnader ved å fortsette drift på flere lokasjoner og vedlikeholdskostnader i gammel bygningsmasse.

Antatte dubleringer ved Modell 1

Hovedområde	Spesialitet	DAGENS FUNKSJONER				SCENARIO 1		
		RH		UUS		RH+UUS		
		Region-funksjon	Område-funksjon	Region-funksjon	Område-funksjon	Region-funksjon	Område-funksjon	
Skala Kirurgi	Plastikkirurgi	Ja		ja	ja	ja	ja	
	Nevrokirurgi	Ja		ja	ja	ja	ja	
	Karkirurgi	Ja	Ja	samarbeid AUS		Ja	Ja	
	Thoraxkirurgi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Gastroenterologisk kirurgi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Urologi	Ja		samarbeid AUS		Ja	Ja	
	Ortopedi (inkl reumakir, barneortopedi, håndkirurgi, ryggkir osv)	Ja		ja	ja	ja	ja	
	Barnekirurgi	Ja		ja	ja	ja	ja	
	Kreftkirurgi (samlet)	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Øre, Nese, Hals	Ja	Ja			Ja	Ja	
	Øye			ja	ja	ja	ja	
	Indremedisin	Slagbehandling (tverrfaglig)	Ja		ja	ja	ja	ja
		Geriatrici (jf. lokalsykehusprosjekt)			ja	ja	ja	ja
		Infeksjonsmedisin	Ja		ja	ja	ja	ja
		Endokrinologi	Ja				Ja	Ja
Kardiologi		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Lungemedisin		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Nefrologi		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Rheumatologi		Ja				Ja	Ja	
Nevrologi inkl nevrofysiologi		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Gastroenterologisk medisin		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Hematologi		Ja		ja	ja	ja	ja	
Fysikalsk medisin og rehabilitering		Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Hud		Ja	Ja			Ja	Ja	
Kvinne-barn	Gynekologi / føde	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Pediatri	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Tverrgående spesialiteter - Medisinske støtte-funksjoner:	Anestesi/intensivmedisin	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Radiologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Klinisk fysiologi og nukleærmedisin	Ja		ja	ja	ja	ja	
	Klinisk biokjemi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Klinisk immunologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Klinisk mikrobiologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Patologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
	Klinisk genetik	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	
Klinisk farmakologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja		
Andre spesialiteter på sykehuset som ikke er nevnt over	TAKO - senteret; nasjonalt kompetansesenter for tann-							
	Hospice Lovisenberg - enhet for behandling og omsorg							
	medisinsk biokjemi							
	Traumatologi			ja	ja	ja	ja	
	Nasjonale beredskapsfunksjoner					Ja	Ja	
	Regionale beredskapsfunksjoner			ja		ja	Ja	
	Prehospital akuttmedisin			ja	ja	ja	ja	
	Kjvekekirurgi			ja	ja	ja	ja	
	Bryst- og endokrinkirurgi			ja	ja	ja	ja	
	Hyperbarmedisin (intensiv)			ja		ja	Ja	
Onkologi	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja		

Modell 3 – ett regionsykehus og ett områdesykehus med multitraume

Modell 3 innebærer at man anser det som hensiktsmessig på lang sikt å opprettholde to lokasjoner for område- og regionsoppgaver. I denne modellen blir Rikshospitalet regionsykehus med landsoppgaver og regionoppgaver. Regionoppgaver som ikke er knyttet til multitraume samles her. Eventuelt behov for kapasitetsutvidelse må derfor utredes.

Ullevål blir områdesykehus med multitraumefunksjon. Sykehuset beholder regionoppgaver som er nødvendige for multitraume, og har ellers vanlige områdesykehusfunksjoner (akutfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte funksjoner). En slik organisering vil innebære større samling av elektive funksjoner på en lokasjon og akutfunksjoner på en annen.

Antatte dubleringer ved modell 3

