

## Saksframlegg

Referanse

**Saksgang:**

<b>Styre</b>	<b>Møtedato</b>
Styret Helse Sør-Øst RHF	20/11/08

**SAK NR 108-2008**

**OMSTILLINGSPROGRAMMET. INNSATSOMRÅDE 1 HOVEDSTADSPROSESSEN**

**Forslag til vedtak:**

1. Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst, slik det er beskrevet i styresak 068/2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst*. Programmet skal sikre en bærekraftig utvikling av Helse Sør-Øst og bidra til at kvaliteten i tjenestene bedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi, som innebærer 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
  
2. Målet med omstillingen i Helse Sør-Øst er å møte pasientenes behov nå og i fremtiden, jfr. styresak 038/2008. Styret legger til grunn at de endringer som gjøres bidrar til å understøtte visjonen om gode og likeverdige helsetjenester og at Helse Sør-Øst sitt "sørge for"-ansvar innfris. Vedtakene i denne saken innarbeides i Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020
  
3. Styret viser til at en i utredningsprosessen har ivaretatt nødvendig forankring og medvirkning hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner. Det legges til grunn at dette videreføres i oppfølgingen av de vedtak som fattes i denne saken. Det er avgjørende at de endringer som skal iverksettes gjennomføres på en måte som gir forutsigbarhet, trygghet og gode løsninger for de ansatte som berøres. Styret understreker at god involvering av de ansatte skal sikres gjennom den regionale omstillingsavtalen og de 12 prinsippene for medvirkning som er vedtatt.

#### 4. Generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst

Fremtidig organisering og prioriteringer vil sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i regionen, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene og et mer desentralisert tilbud.

For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelig tilbud. Dette vil sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av et gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Tilstrekkelige opptaksområder og volum etableres for å sikre kvalitet på mer spesialiserte tjenester.

Det skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på hele pasientforløpet. Utformingen av pasientforløpene vil være bestemmende for dimensjoneringen og organiseringen av de ulike behandlingstilbudene.

##### a. Sykehusområder

Helse Sør-Øst deles inn i sykehusområder. Dette innebærer følgende:

- Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering.
- Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres etter pasientenes behov. Sykehusene, i samarbeid med kommunene og fastlegene, skal organisere tilbudet for å sikre rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON). Tjenestene skal utvikles fra døgn- til dagbehandling og polikliniske tjenester der dette er hensiktsmessig for pasienter og i tråd med faglig god praksis. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.
- Innenfor hvert sykehusområde må det etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling for å sikre etterlevelse av prinsippene i denne styresaken.
- Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner og informasjonsgrunnlag som sikrer helhetlige og sammenhengende pasientforløp som bygger på beste kunnskap, er trygge og baseres på reell brukermedvirkning.
- Pasientenes rett til fritt sykehusvalg skal understøttes.
- Sykehusområdene danner grunnlaget for fremtidig inntektsfordeling i regionen.
- Sykehusområdene danner grunnlaget for å vurdere fremtidig behov for investeringer i bygninger, utstyr og IKT.

b. Forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten

- Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i det enkelte sykehusområde skal skje i en forpliktende og avtalebasert samhandling med kommunene i opptaksområdet. Kommuner og helseforetak er likeverdige avtaleparter.
- Eksisterende avtaler mellom helseforetak og kommuner/bydeler skal videreutvikles slik at de sikrer klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Samarbeidsavtalene skal omfatte somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering, lærings- og mestringstiltak og forebyggende arbeid.
- Det etableres samarbeidsutvalg som normalt skal ha representasjon fra brukerne, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt praksiskonsulentene.

c. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester

- Sykehusområdene skal utvikle lokalbaserte spesialisthelsetjenester som møter behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester skal sikre desentralisert utredning og behandling, herunder lindrende behandling, oppfølging, læring og mestring og rehabilitering.
- Lokalbaserte spesialisthelsetjenester kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner. Akuttfunksjoner skal utvikles med utgangspunkt i gode lokale prosesser med bred involvering. Det skal etableres lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder, der lokalbaserte spesialiserte akuttfunksjoner sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet. Etablering av felles akuttmottak vurderes.
- I det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet vil følgende inngå:
  - Dag- og døgntilbud innen i indremedisin
  - Elektive kirurgiske tjenester
  - Bredt spekter av polikliniske tjenester i samarbeid med mer spesialiserte sykehus
  - Diagnostisk tilbud
  - DPS / BUP / psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon
  - Ambulante spesialisthelsetjenester
  - Tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling
  - Lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten
  - Lærings- og mestringssentra i et nært samarbeid med kommunene, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet

d. Organisering av akuttfunksjoner og prehospitaltjenester

- Akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.
- Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt

- Det skal sikres effektive og trygge prehospitaltjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredning av organiseringen av prehospitaltjenester
- e. Organisering av spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner
- Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.
  - Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.
  - Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.
  - I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.
- f. Regionale fagråd
- Det etableres tverrfaglige regionale fagråd for å styrke fagutvikling, samt for å sikre et likeverdig tilbud og bedre effekten av tjenestetilbudet. Regionale fagråd skal bidra til regional faglig koordinering, raskere implementering av nasjonale og regionale retningslinjer og faglig rådgivning overfor det regionale helseforetaket. Fagrådernes mandat og sammensetning fastsettes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.
  - Fagrådene skal i utgangspunktet ledes av regionsavdelingen, eventuelt av fagavdeling ved annet helseforetak i regionen.
  - Råd som gis må bygge på dokumentert kunnskap og god praksis og sikre legitimitet gjennom gode prosesser, der forankring og dialog med fagmiljøet og brukere ivaretas.
- g. Relasjon til private leverandører av spesialisthelsetjenester
- Private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Vedtatt strategi for Helse Sør-Øst (jfr. styresak 020/2008) legges til grunn.
  - Private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som helseforetakene.
  - Private leverandører både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering bidrar sammen med det offentlige tjenestetilbudet til å dekke befolkningens behov innenfor det enkelte sykehusområde. Krav til leveranser utformes av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene. Avtalene inngås av Helse Sør-Øst RHF.
  - Avtalespesialistene bidrar sammen med det offentlige tjenestetilbudet til å dekke befolkningens behov innenfor det sykehusområdet de er lokalisert. Rammeavtalene inngås på nasjonalt nivå med alle de regionale helseforetakene. Helse Sør Øst RHF tildeler hjemler og inngår individuelle avtaler i samråd med helseforetakene i sykehusområdet. Faglig oppfølging vil bli lagt til sykehusområdene.
  - Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt kjøpe helsetjenester fra Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS basert på et definert opptaksområde og andre definerte funksjoner og oppgaver.

## 5. Prinsipper for organisering og utvikling av rehabiliteringstjenestene

### a. Rehabiliteringstilbudet i sykehusområdene

- Rehabiliteringstjenestene i sykehusområdene styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering. Rehabilitering er en naturlig del av et pasientforløp. Det er sykehusområdenes ansvar å ivareta spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Fremtidig organisering og prioriteringer skal sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen rehabilitering, slik at en gjennom et mer desentralisert tilbud oppnår mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene.
- Som ledd i arbeidet med å etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen rehabilitering skal sykehusområdene i samarbeid med kommunene utforme områdevisse planer for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles.
- Helse Sør-Øst RHF vil i løpet av første halvår 2009 utarbeide en regional plan for habilitering og rehabilitering.

### b. Samling av den regionale rehabiliteringen

- Regionale rehabiliteringsfunksjoner samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning.
- Forskning, utdanning og gode tverrfaglige behandlingstilbud sikres ved at de regionale funksjonene organiseres i tett samarbeid med øvrige regionsykehusfunksjoner.

## 6. Prinsipper for organisering og utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

- Tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst videreutvikles i tråd med prinsippene som ble lagt til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2008.
- Den framtidig organisering og prioritering innen psykisk helsevern skal sikre et mer likeverdig tilbud mellom sykehusområdene.
- Det skal sikres en enhetlig ledelse av DPS- og institusjonstilbudet innen psykisk helsevern innen hvert sykehusområde.
- Når gode desentraliserte tilbud er etablert, forutsettes det at overflødige arealer realiseres eller benyttes til annet formål innen spesialisthelsetjenesten.
- Det utarbeides en plan for utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst på strategisk nivå. Planen legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i løpet av annet halvår 2009.
- Sykehusområdene skal utforme områdevisse planer for hvordan tilbudet innen psykisk helsevern i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

## 7. Prinsipper for organisering og utvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Sør-Øst

- Tilbudet innen TSB skal styrkes i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet. Fremtidige organisering og prioriteringer legger til rette for å sikre mer likeverdighet

og tilgjengelighet innen TSB for å oppnå et mer desentralisert tilbud og mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene.

- Som del av lokalsykehusfunksjonen skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling.
- Det skal sikres en enhetlig ledelse av TSB innen hvert sykehusområde
- Det gjennomføres en regional utredningsprosess for å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal være regionale funksjoner innen TSB, og hvilket som bør integreres i sykehusområdene. Det utarbeides en regional strategi for rusfeltet i Helse Sør-Øst. Planen legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i løpet av annet halvår 2009.
- Sykehusområdene skal innen 31.12. 2009 utforme områdevisse planer for hvordan tilbudet innen TSB i sykehusområdet skal utvikles og styrkes slik at enhetlige behandlingsforløp ivaretas.

#### 8. Nærmere om utdanning, forskning og innovasjon

- Helse Sør-Øst RHF vil utvikle forskning og innovasjon i tråd med regionens vedtatte strategi (sak 050-2008). Det regionale helseforetaket vil videreføre sine forpliktelser i forhold til utdanning av helsepersonell, herunder spesialistutdanning av leger i samme volum og med fokus på å oppnå de nødvendige kvalifikasjoner.
- Det etableres ett sammenhengende system for forskning og utdanning av helsepersonell i hele Helse Sør-Øst, på høyt internasjonalt nivå og i tett samhandling med Universitetet i Oslo (UiO) og høyskolene i helseregionen.
- Forskning ved øvrige sykehus i helseregionen knyttes til kjernen i universitetssykehussystemet gjennom formaliserte forskningsnettverk og bilateral koordinering. Regionale forskningsnettverk harmoniseres med nasjonale og internasjonale nettverk.
- Det foreslåtte Oslo universitetssykehus HF (OUS HF) skal utgjøre kjernen (navet) i universitetssykehussystemet, og ha tung forsknings- og undervisningsaktivitet og en regional understøttende funksjon innen klinikk og forskning. Dette sykehuset vil ha sentrale oppgaver knyttet til grunnutdanning av leger og andre profesjoner, forskerutdanning og en forpliktelse til å ivareta regionale funksjoner knyttet til drift av regionale forskningsnettverk, tung regional infrastruktur og innovasjon. Kjerner i universitetssykehussystemet kan ha satellitter bestående av sterke forskningsmiljøer ved andre sykehus når det er nødvendig av faglige hensyn. Samarbeidsorganet konkretiserer oppgaver knyttet til kjernen (navet).
- For å fremme kvalitet innen forskning og utdanning vil Helse Sør-Øst RHF søke å etablere et utvidet strategisk samarbeid med Universitetet i Oslo. Arbeidet styres gjennom Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF.
- Det etableres et regionalt utdanningsutvalg i løpet av første halvår 2009.

#### 9. Utvikling av fellestjenester

- Styret viser til at det som en del av omstillingsprogrammet også er utviklet en strategi for organisering og videreutvikling av fellestjenestene i Helse Sør-Øst. Det vises til utkast til strategidokument for Helse Sør-Øst, jfr. styresak 115-2008 hvor det beskrives behovet for å oppnå både kvalitative og økonomiske gevinster gjennom en bedre utnyttelse av de samlede ressursene til administrative støttefunksjoner

- Styret viser også til sak 109-2008 om etablering av felles tjenesteleverandør innen IKT.
- Revidert strategiplan for innkjøp og logistikk vil bli forelagt styret for behandling i desember 2008. Det samme gjelder sak om organisering av eiendomsområdet.
- Styret legger til grunn at omstilling og videreutvikling av fellestjenestene er en nødvendig forutsetning for å kunne frigjøre ressurser i og til kjernevirksomheten som kan prioriteres til bedre pasientbehandling og styrket forskningsinnsats.

## 10. Inndeling i sykehusområder

- Helse Sør-Øst organiseres i følgende syv sykehusområder:

Sykehusområde	Følgende HF inngår	Opptaksområder/kommentarer
<i>Østfold sykehusområde</i>	Sykehuset Østfold HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
<i>Akershus sykehusområde</i>	Akershus universitetssykehus HF	Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum.  Spesialiserte funksjoner (områdefunksjoner) for Nes kommune.
<i>Oslo sykehusområde</i>	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF	Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)  Opptaksområdene for Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus inngår
<i>Innlandet sykehusområde</i>	Sykehuset Innlandet HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.  Jevnaker kommunes sykehustilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.  Nes kommunes lokalsykehustilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag. Spesialiserte funksjoner ivaretas av Akershus universitetssykehus HF
<i>Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde<sup>1</sup></i>	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg, Ringerike sykehus HF	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder.  Jevnaker kommunes sykehustilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.  Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Buskerud
<i>Telemark og</i>	Sykehuset Telemark HF,	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes

<sup>1</sup> Foreløpig navn. Navnespørsmålet utredes særskilt og fremmes i desembermøtet.



Vestfold sykehusområde1	Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF Blefjell sykehus HF avdeling Rjukan og Notodden	nåværende opptaksområder. Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Telemark
Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.

Dette innebærer:

- Blefjell sykehus HF deles mellom sykehusområdene Buskerud, Asker og Bærum og Telemark/Vestfold slik at sykehuset i Kongsberg og Blefjell sykehus sitt opptaksområde i Buskerud blir en del av Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde, mens sykehusene i Notodden og Rjukan og opptaksområde i Telemark blir en del av Telemark og Vestfold sykehusområde. Deling av Blefjell sykehus HF gjennomføres fra 1. juli 2009, når ett helseforetak etableres i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.
- Ansvar for tjenester til befolkningen i bydel Alna i Oslo og Follo i Akershus overføres fra Oslo sykehusområde til Akershus sykehusområde innen 31.12.10. Det vurderes om slik overføring kan påbegynnes fra et tidligere tidspunkt.
- Ansvar for lokalsykehustjenester til befolkningen i Nes kommune på Romerike vurderes overført fra Innlandet sykehusområde til Akershus sykehusområde etter overføringen fra Oslo er gjennomført og nødvendige kapasitetsanalyser er foretatt.
- Sunnaas sykehus HF videreføres. Virksomheten organiseres og videreutvikles basert på regional plan som forelegges styret første halvår 2009. Nødvendig tilknytning til regionsykehuset ivaretas og videreutvikles.

#### 11. Ny foretaksstruktur

- Virksomhetene innen det enkelte sykehusområde skal som hovedregel organiseres som ett helseforetak.
- Fra 1. januar 2009 etableres Oslo universitetssykehus HF som omfatter Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF.
- Fra 1. juli 2009 etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde som omfatter Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg. Det opprettes et interimsstyre for det nye helseforetaket fra 1. januar 2009.
- Virksomhetene i Telemark og Vestfold sykehusområde videreføres som tre helseforetak. Det etableres en forpliktende avtalestruktur mellom helseforetakene som sikrer at faglige og organisatoriske prinsipper følges opp. Det stilles de samme krav til utvikling av det samlede pasienttilbudet i Telemark og Vestfold sykehusområde som det gjøres i de sykehusområder hvor virksomhetene er organisert i ett helseforetak. Helseforetakene forutsettes å starte interne prosesser fra 01.01.2009 for å sikre at gevinster kan tas ut av samarbeidet på lik linje med de andre sykehusområdene. Organiseringen evalueres fortløpende gjennom virksomhetsrapportering og årlig melding.

#### 12. Det gjennomføres følgende virksomhetsoverdragelser:



- Sykehusområdenes kapasitet og kompetanse innen rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Med basis i en regional utredning skal lokalbaserte og områdefunksjoner ved følgende enheter ved Rikshospitalet HF/SSR overføres fra 1. juli 2009:
  - Rikshospitalet HF/SSR Stavern overføres til Telemark og Vestfold sykehusområde v/Sykehuset i Vestfold HF.
  - Rikshospitalet HF/SSR Sørlandet Kongsgård sykehus overføres til Sørlandet sykehus HF
  - Rikshospitalet HF/SSR Telemark Rehabiliteringssenter (Nordagutu) overføres i sin helhet til Telemark og Vestfold sykehusområde ved Sykehuset Telemark HF

I tillegg skal lokal- og områdefunksjoner ved Sunnaas sykehus HF overføres til respektive sykehusområder.

Definering og samling av regionale funksjoner innen rehabilitering fra disse enhetene gjennomføres innen 01.07.09 etter en nærmere regional utredning ledet av Helse Sør-Øst RHF.

- Følgende enheter virksomhetsoverdras fra det tidspunkt Akershus universitetssykehus HF overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo:
  - Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB
  - Furuset BUP og Follo BUP
  - Ski sykehus
- Den delen av institusjonstilbudet innen psykisk helsevern i Oslo som betjener befolkningen i Follo og bydel Alna overdras til Ahus fra det tidspunkt Ahus overtar ansvaret for denne befolkningen.

### 13. Nærmere om organiseringen og utviklingen av sykehusområde Oslo

Den framtidige organiseringen av Oslo universitetssykehus HF (OUS HF) skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner.

#### a. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester i Oslo

- Befolkningen i sykehusområde Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester som ivaretar god samhandling med kommunen.
- Helse Sør-Øst RHF skal som et ledd i implementering av inngått samarbeidsavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune, etablere et samhandlingsprosjekt i 2009 som vil ha som formål å utprøve nye organisasjonsformer for å sikre likeverd i tilbudet til multietniske grupper og bidra til å redusere sosial ulikhet i Oslo.
- Innenfor Oslo universitetssykehus HF samles lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og TSB, samt regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB. Dette for å tydeliggjøre og styrke lokalsykehusfunksjonen og utvikle en faglig spyspiss innen psykisk helsevern og TSB.
- Helse Sør-Øst RHF vil, i samarbeid med Oslo kommune, etablere et akuttmottak med observasjonssenger for TSB i Oslo sykehusområde. Opptaksområdet for "Rusakutten" vil være Oslo sykehusområde, jfr. det enkelte sykehusområdes helhetlige ansvar for egen befolkning.
- Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS inngår som en del av de lokalbaserte spesialisthelsetjenester gjennom kjøp av helsetjenester basert på et definert opptaksområde og andre definerte funksjoner og oppgaver.

- Arealer og kapasitet knyttet til lokalsykehusfunksjonene må reduseres i samsvar med den foreslåtte endringen i opptaksområde for Oslo sykehusområde og justeres i forhold til etablering av "Rusakutten" og Storbylegevakt.

b. Storbylegevakt

- Samarbeidet med Oslo kommune om å etablere en storbylegevakt i Oslo videreføres. Legevakten skal være tilpasset brukernes behov, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir.
- Helse Sør-Øst RHF vil inngå en samarbeidsavtale med Oslo kommune om innhold, organisering og finansiering av storbylegevakta. Avtalen skal bidra til en forutsigbar drift og finansiering av storbylegevakta og forenkle samarbeidsrelasjonene.
- Kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten.
- Organisatorisk tilknytning og lokalisering i forhold til Oslo universitetssykehus HF må avklares i den videre prosessen

c. Lands-, regions- og områdefunksjoner

- Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad for å sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen. Styret understreker Helse Sør-Øst sin forpliktelse til å ivareta landsfunksjonene slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008
- Det legges til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles. Det samme gjelder den regionale og nasjonale funksjonen innen beredskapsområdet.
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. Behovet for framtidige bygningsmessige investeringer utredes videre i regi av Oslo universitetssykehus HF.
- En forutsetning for å ta ut de langsiktige gevinstene av denne samordningen er betinget av at det skjer bygningsmessige justeringer og oppgraderinger i dagens bygningsmasse. Styret vil understreke at dette må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift av det nye helseforetaket.

#### 14. Gjennomføring - Videre arbeid

a. Gjennomføringsplan

- Styret ber om det til desembermøtet 2008 ferdigstilles en plan for gjennomføring av de vedtatte endringer. Dette sees i sammenheng med behandling av Plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020.
- Det etableres kvalitative og økonomiske mål for hele gjennomføringsprosessen, herunder mål som på sikt vil bidra til økt pasientkvalitet, styrket forskning og frigjøring av ressurser for å møte framtidige pasientbehov.
- Gjennomføringsplanen må angi tydelige krav til prosessene som skal gjennomføres for å opprettholde motivasjon hos ansatte og ledere og bevare faglige miljøer. Styret legger til grunn at nødvendige virkemidler tas i bruk for å unngå ufrivillige oppsigelser av ansatte, og at det i den videre prosessen særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål, arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling.
- Det skal i planen særskilt gjøres rede for:

- Prosess for deling av Blefjell sykehus HF
  - Prosess for videre arbeid med etablering av ett foretak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde
  - Prosess for videre arbeid i forhold til Oslo universitetssykehus HF
  - Prosess for oppfølging av endringer innen rehabiliteringsfeltet
  - Prosess for oppfølging av vedtak og premisser i forhold til alle helseforetak med spesielt fokus på medvirkning fra brukere og ansatte.
- Det redegjøres for hvordan Helse Sør-Øst RHF vil følge opp gjennomføringen av omstillingene, herunder om det er behov for å opprette en egen utviklingsorganisasjon i Helse Sør-Øst.
- b. Premisser og videre oppfølging
- Styrets vedtak i saken vil, sammen med administrerende direktørs saksutredning, danne grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til helseforetakene i særskilte foretaksmøter og som vilkår til bevilgningen gjennom driftsavtalene.
  - Det legges til grunn at helseforetakene i den videre planlegging og gjennomføring av endringer i pasienttilbudet, herunder i akuttfunksjoner, foretar nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser før implementering skjer.
  - Den framtidige organiseringen av medisinske støttefunksjoner i Helse Sør-Øst utredes innen 2010 med utgangspunkt i den nye strukturen.
- c. Medvirkning
- Brukerne og deres organisasjoner skal sikres medvirkning i gjennomføringen av de vedtatte endringer i samsvar med de prinsipper for brukervedvirkning som Helse Sør-Øst legger til grunn.
  - For å sikre god involvering som sikrer trygghet, åpenhet og forutsigbarhet i prosessene for de ansatte, legges den regionale omstillingsavtalen og Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for medvirkning i omstilling til grunn.
- d. Evaluering
- Det øremerkes midler til å gjennomføre en følgeevaluering knyttet til gjennomføringen av de endringer som styret vedtar.
  - Evalueringen skal særlig følge den kvalitative utviklingen i pasienttilbudet og arbeidsmiljøet.

Hamar, 11. november 2008

Bente Mikkelsen  
Administrerende direktør

## 1 Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjon

*Omstillingsprogrammet – Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. (jfr. styresak 068-2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst.) Formålet med omstillingene er å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen og sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi, innenfor den bevilgede ressursrammen.*

*Denne styresaken, sammen med styresakene innen de andre innsatsområdene i omstillingsprogrammet, utgjør i stor grad måten Helse Sør Øst har svart på oppdraget som lå til grunn for Stortingets vedtak om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst, gitt i St. prp. nr. 44 (2006-2007). Administrerende direktør mener at de forslag til vedtak som presenteres i denne saken, sammen med tidligere beslutninger i omstillingsprogrammet, vil gjøre det mulig å sikre en bærekraftig utvikling for Helse Sør-Øst. Dette oppsummeres i strategidokumentet, jfr. sak 115-2008 som skal endelig behandles av styret i desember 2008 sammen med en sak om gjennomføringsplan.*

*I tillegg til de overordnede mål som er satt for omstillingsprogrammet, som er identiske med målene for Nasjonal Kvalitetsstrategi, har styrets premisser gitt i vedtak i styresak 38/2008 vært førende for de forslag til vedtak som ligger i saken. Spesielt viktig som grunnpremiss er at; Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.*

*Fremtidig organisering og prioriteringer skal sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i regionen, slik at en oppnår mindre variasjon i tilbud, kvalitet og ressursforbruk mellom helseforetakene og et mer desentralisert tilbud.*

*Det har vært gjennomført en omfattende prosess som har ivaretatt nødvendig forankring og medvirkning hos brukere, tillitsvalgte, verneombud, kommuner og øvrige samarbeidspartnere.*

*Det foreslås etablert sykehusområder for å oppnå helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå). Sykehusområdene er et virkemiddel for å sikre at de fleste spesialisthelsetjenester i årene fremover tilbys desentralisert i regionen. Det foreslås som et prinsipp at ett sykehusområde utgjør ett helseforetak, dog åpnes det for noen tilpasninger i implementeringen.*

*Innenfor sykehusområdene skal tjenestene differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Dette er i tråd med målet om å sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres. Innenfor hvert sykehusområde skal det sikres et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å ivareta faglig kvalitet i spesialiserte funksjoner, herunder kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner, samtidig som det etableres nærhet til de alminnelige spesialisthelsetjenester. Det siste er viktig for pasienter med kroniske og sammensatte behov. Utvikling av gode lokalbaserte tjenester for alminnelige tilstander er viktig for å legge til rette for et sterkere samarbeid med kommunene, og dermed for et mer helhetlig pasienttilbud. Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i det enkelte sykehusområde skal skje i en forpliktende og avtalebasert samhandling, der kommunene og helseforetakene er likeverdige parter. Sykehusområdene vil også danne grunnlaget for fremtidig inntektsfordeling i regionen.*

*De generelle prinsippene for utvikling av tjenestene i Helse Sør-Øst, som foreslås, er i tråd med vedtakene i styresakene 038/2008 og 067/2008. Prinsippene legges til grunn for utvikling av tjenestene innenfor både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.*

*Regionale fagråd etableres for å styrke fagutvikling, sikre et likeverdig tilbud, ivareta regional faglig rådgivning og for å legge til rette for faglig koordinering og rask implementering av nasjonale faglig retningslinjer.*

*For å ivareta oppdraget fra eier legges det opp til at fremtidig organisering i Oslo skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner. Det offentlige tilbudet etableres som Oslo universitetssykehus HF. Lokalsykehusstilbudet i regi av Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus AS videreføres. Det samme gjelder Akershus universitetssykehus HF sitt ansvar for utvalgte bydeler i Oslo. Dette skal samlet gi befolkningen et styrket lokalbasert spesialisthelsetjenestetilbud, på lik linje med befolkningen i resten av regionen. Det skal være tilpasset storbyens spesielle utfordringer med stor sosial ulikhet, høy forekomst av rusavhengige og en multietnisk befolkning.*

*Lokalsykehusene, sammen med en storbylegevakt og etablering av et akuttilbud for rusmiddelmissbrukere, vil danne kjernen i de lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo sammen med desentraliserte tilbud innen psykisk helsevern. Samorganisering og samling av dagens dublerede regionale funksjoner vil sikre kvalitet og utvikling av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen. Helse Sør-Øst ivaretar og styrker med dette også sin forpliktelse for landsfunksjonene.*

*For å styrke forskning og utdanning skal det etableres et sammenhengende system for forskningen og utdanning av helsepersonell i Helse Sør-Øst på internasjonalt nivå og i tett samarbeid med Universitetet i Oslo og høgskolene i regionen. Oslo universitetssykehus HF skal utgjøre kjernen i dette universitetssykehussystemet. Forskning og undervisning ved øvrige sykehus i helseregionen knyttes sammen gjennom formaliserte forskningsnettverk og bilateral koordinering.*

*Behandlingskapasiteten ved det nye Akershus universitetssykehus HF utnyttes på en god måte gjennom de foreslåtte endringene i opptaksområder og inndeling i sykehusområder. Dette ivaretar også styrets føringer om at nye bygg og bygningsmasse med god kvalitet skal utnyttes maksimalt for å sikre god ressursutnyttelse, tilby god kvalitet på behandling, gode arbeidsforhold for de ansatte.*

*Som følge av endringene i opptaksområdet for sykehusene i Oslo sykehusområde, vil det være nødvendig å redusere og justere kapasitet i tråd med befolkningens behov. En forutsetning for å ta ut de langsiktige gevinstene av denne samordningen, er at det skjer bygningsmessige justeringer og oppgraderinger i dagens bygningsmasse. Disse må ses i sammenheng med muligheten for å ta ut økonomiske gevinster gjennom en mer samordnet drift og riktig utnyttelse av de lokalbaserte spesialisthelsetjenestene.*

*For å sikre god gjennomføring av de foreslåtte endringer vil det til styremøtet i desember legges frem en plan for gjennomføring av de endringer som styret vedtar i denne saken. Planen vil angi kvalitative og økonomiske mål for hele gjennomføringsprosessen og stille tydelige krav til omstillingsprosessene. Planen vil redegjøre for Helse Sør-Øst RHF sin rolle i gjennomføringen.*

*Fellestjenester og støttefunksjoner skal understøtte og forbedre kjernevirksomhet og arbeidsprosesser. Administrerende direktør legger vekt på at det må etableres sterkere regional styring for å bedre kvaliteten og utnytte stordriftsfordeler. En forutsetning for å lykkes med omstillingene er at en kan frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjoner.*



*Gjennomføringsplanen vil angi tydelige krav til prosessene som skal gjennomføres for å opprettholde motivasjon hos ansatte og ledere og bevare faglige miljøer. Administrerende direktør legger til grunn at nødvendige virkemidler tas i bruk for å unngå ufrivillige oppsigelser av ansatte, og at det i den videre prosessen særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål, arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling.*

*For å sikre god involvering som sikrer trygghet, åpenhet og forutsigbarhet i prosessene for de ansatte, legges den regionale omstillingsavtalen og Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for medvirkning i omstilling til grunn.*

## **2 Faktabeskrivelse**

### **2.1 Bakgrunn**

Det vises til St. prp. nr. 44 (2006-2007), som lå til grunn for Stortingsvedtaket om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. I Stortingsproposisjonen ble det sammenslåtte regionale helseforetaket gitt et klart omstillingsoppdrag. Viktige punkter i oppdraget er:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordne fag og styrke forskning
- Oppfylle økonomiske resultatkrav
- Sikre et fortsatt desentralt tilbud
- Ta ut stordriftsfordeler
- Bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv
- Endringer skal komme hele nasjonen til gode

Det vises videre til styrets vedtak i styresak 030/2007 om oppfølging av foretaksmøte 30. mai 2007 og styresak 040/2007, om videreutvikling og konkretisering av det oppdrag og arbeid som er beskrevet i styresak 030/2007. Viktig er også sak nr 067/2008 nr 6 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 5, Mobilisering av medarbeidere, 12 prinsipper for medvirkning i omstilling

Det vises også til styresak 068/2007 Samlet program for utvikling og omstilling i Helse Sør - Øst RHF, samt til styresak 038/2008 fra april, og sak 067/2007 med høringsnotatet om Hovedstadsprosessen fra juni.

Arbeidet har bygget på tidligere strategiarbeid i tidligere Helse Øst og Helse Sør, blant annet Resept 2006, Helse Øst 2025 og diverse utredninger om fag- og funksjonsfordelinger mellom de to tidligere regionene.

Begrunnelse for forslagene som har vært ute på høring, er redegjort for i sak 38/2008. I sak 067/2008 dannet Sluttrapport om hovedstadsprosessen, samt rapport fra område Sentrum (nå omtalt som Oslo sykehusområde), utgangspunktet for høringsdokumentet. Også i disse rapportene redegjøres nærmere for begrunnelse for forslagene.

#### **2.1.1 Mål for omstillingsarbeidet**

Hovedstadsprosessen er en del av det samlede omstillingsprogram for Helse Sør-Øst slik det er beskrevet i styresak 068-2007 Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst. Formålet med omstilling er å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden. Programmet skal sikre en bærekraftig utvikling av hele foretaksgruppen i Helse Sør-Øst.

Målet med programmet er å sikre kvalitet i tjenestene, i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi. Denne 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 å bedre helsetjenesten og 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 for hovedstadsprosessen er også å realisere eiers forventninger til, og målsetting med sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. I St.prp. nr. 44 (2006–2007), Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet. Det er en forventning om at endringene skal komme spesialisthelsetjenesten i hele landet til gode.

### 2.1.2 Prosess

Hovedstadsprosessen har, i tråd med vedtak i sak 068/2007, vært delt i tre hovedfaser, med sentrale styrevedtak i april og juni 2008. Frem til april 2008 ble det på et faglig grunnlag arbeidet med prinsipper for organisering av tjenestene, herunder større opptaksområder (sykehusområder), samhandling, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akuttfunksjoner, spesialisert tjenester, regiontilbud mv. Prinsippene ble utviklet med utgangspunkt i brede prosesser. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, vernetjenesten, kommuner, fastleger og avtalespesialister og private aktører) deltok i arbeidsgrupper og styringsgrupper. Dette arbeidet ledet frem til prinsippene som ble vedtatt av styret i sak 038/2008. Nærmere redegjørelse om begrunnelsen for prinsippene finnes i delrapportene fra fase I. Alle rapporter finnes på Helse Sør-Østs nettsider: [www.helse-sorost.no/hovedstadsprosessen](http://www.helse-sorost.no/hovedstadsprosessen)

I fasen frem til juni 2008 ble dette grunnlaget videreutviklet ved at helseforetakene i de syv foreslåtte sykehusområdene ga sine innspill. Arbeidet i det foreslåtte Oslo sykehusområde ble ledet av Helse Sør-Øst RHF og resulterte i en egen rapport. I tillegg leverte to arbeidsgrupper rapporter i denne fasen; en gruppe leverte en rapport om samlet organisering av spesialisert rehabilitering, og gruppen som utredet lokalbaserte spesialisthelsetjenester og samhandling med kommunene leverte sin delrapport II Om tiltak knyttet til utdanning, kompetanse, fagutvikling og forskning. Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo nedsatte i våren 2008 en gruppe for å utrede universitetssykehusenes struktur og funksjoner. Gruppen leverte sin sluttrapport 6. juni 2008. Alle disse rapportene er vedlagt sak 67/2008 og ligger som uttrykte vedlegg i denne saken.

Det ble utarbeidet en samlet sluttrapport fra Hovedstadsprosessen hvor utfordringer, mål og mulige løsninger for hele regionen ble beskrevet. Denne rapporten dannet, sammen med styresak 038/2008, utgangspunktet for høringsnotatet som ble sendt på bred høring etter styrevedtaket i fra juni.

Styret vedtok blant annet i sak 67/2008 i juni at:

"På bakgrunn av høringen og den videre oppfølgingen i fase III legges det frem ny sak for styret i novembermøtet 2008."



I saksfremlegget pkt. 2.4 fremgår følgende om videre arbeid:

På bakgrunn av innspill fra sykehusområdene og innspill i høringen vil følgende områder bli gjenstand for ytterligere konkretisering i fasen juni-oktober (fase III):

- Risikovurderinger
- Operasjonalisering av mål og evalueringsprosess
- Gevinstrealisering
- Videre arbeid i Sentrum mht. faglige vurderinger, kapasitetsberegninger
- Storbylegevakt, gevinstrealisering mv.
- Prehospitale tjenester
- Medisinske støttefunksjoner
- Planlegge og beregne overføring fra området Sentrum til områder Vest og Øst
- Overordnet plan for implementering

I fasen fra juni til november, parallelt med høringen, har det, i samsvar med styrets vedtak, vært arbeidet med å ytterligere konkretisere og detaljere beslutningsgrunnlaget på flere områder. I tillegg har det blitt gjennomført en rekke møter med ulike aktører, for å informere om omstillingsarbeidet og få innspill. 40-50 myndighetsorgan, organisasjoner, kommuner og andre har tatt i mot tilbud om møte med ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Formålet med møtene har vært å være tilgjengelig for spørsmål, oppklaringer og kommentarer i dialog med høringsinstansene. Det har også vært gjennomført interne prosesser for å involvere ansatte, tillitsvalgte, hovedverneombud og brukere i detaljering og komplettering av beslutningsunderlag. I tillegg har omstillingsprogrammet vært tema i alle faste møter i regionen, i møter med styret, styreledere, direktører, konserntillitsvalgte og brukerorganisasjoner.

Problemstillinger som håndteres i hovedstadsprosessen er relevante for de øvrige regionale helseforetak. Hovedstadsprosessen har vært regelmessige temaer på de ordinære møtene mellom regionene og også ved besøk i ledelsen i de øvrige regioner. Universitetet i Oslo og høyskolene i regionen er en viktig samarbeidspartner både mht utdanning og forskning. Forankring har skjedd gjennom møtene i samarbeidsorganene mellom Helse Sør-Øst RHF og hhv Universitetet i Oslo og høyskolene i regionen.

På bakgrunn av arbeidet med å konkretisere og detaljere beslutningsgrunnlaget, innspill i prosessen og høringsuttalelser legger Helse Sør-Øst nå frem forslag til vedtak om Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst, jfr. styresak 068/2007. Vedtakene i saken, sammen med tidligere styrebehandlinger av omstillingsprogrammet, danner grunnlaget for plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst, som legges frem for styret i desembermøtet 2008.

### **2.1.3 Forankring og medvirkning i prosessen**

Der er, som en del av omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst RHF, gjennomført en omfattende utredningsprosess med bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos helseforetak, ansatte, brukere, tillitsvalgte og verneombud, kommuner og andre samarbeidspartnere. Dette er i samsvar med styrets vedtak i sak 049-2007 Oppfølging av oppdragsdokumentet - medvirkning og involvering i arbeidet med innsatsområdene. Formålet har vært å identifisere nødvendige endringer i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Forankringen har pågått i tre hovedprosesser, i aktørenes utarbeidelse av høringssvar, i medvirkning i aktiviteter iverksatt av Helse Sør-Øst RHF i fase 3 etablert på oppdrag av styret i juni, og i utforming av en overordnet strategisk plan for utvikling av Helse Sør-Øst RHF.

Forankring er gjennomført gjennom det regionale foretakets vanlige arbeid, dvs. i ordinære møter med direktører, styreledere, lederforum, regionstillitsvalgte og konsernverneombud,

brugerutvalg, fylkesleger, samarbeidsorgan med universitet og høyskoler, møter med de øvrige 3 regioner m. flere. I tillegg har prosjektledelsen i Oslo sykehusområde avholdt regelmessige møter med konserntillitsvalgte, samt felles møter med tillitsvalgte og verneombud ved helseforetakene i Oslo.

Faglig forankring var utgangspunktet i prosessens første fase, jfr. forrige avsnitt. Det ble gjennomført brede prosesser. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer deltok i arbeidsgrupper, herunder representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører.

Det har også vært avholdt flere møter med brukerutvalgene i regionen. I mars ble det avholdt to brukerkonferanser, en med brukerråd og brukerutvalg fra alle helseforetakene og en med brukerorganisasjonene (se Sluttrapporten om hovedstadsprosessen). 19. september 2008 ble det også gjennomført en brukerkonferanse, der brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF og representanter fra brukerutvalg ved helseforetakene var til stede. Konferansen var ønsket av brukerutvalget for å få et bredere tilfang av synspunkter forut for utvalgets arbeid med å skrive høringsuttalelse om hovedstadsprosessen til Helse Sør-Øst RHF. Referat fra konferansen finnes på nettsiden: [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)

Arbeidet i forhold til kommuner og fylkeskommuner er gjennomført gjennom de ordinære møtene med fylkeskommunene og gjennom møter med kommuner i regi av Helsedialog (jf. Vedlegg høringsmøter).

Mobilisering av ledere og ansatte har vært et hovedtema i omstillingsprogrammet. Gjennom arbeidet innsatsområde 5 i Omstillingsprogrammet (styresak 38/2008) er det utviklet og vedtatt:

- Regional omstillingsavtale
- 12 prinsipper om medvirkning

Det vises i den forbindelse til styresak 077/2008 Orienteringssak: Omstillingsavtale for Helse Sør-Øst og 067/2008 nr 6 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 5, Mobilisering av medarbeidere, 12 prinsipper for medvirkning i omstilling

I høringsnotatet er det presisert at det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet. For å sikre trygghet og forutsigbarhet er det utarbeidet en omstillingsavtale for alle ansatte i Helse Sør-Øst. Det er et mål å sikre de ansattes kompetanse og at arbeidsplassene utvikles som en konsekvens av omstillingsprosessen.

Ønske om medvirkning og formell representasjon i arbeidsgrupper fremheves for øvrig sterkt i høringene fra fagforeningene, utdanningsinstitusjonene og brukerorganisasjoner og fra kommunene og helseforetakenes side innenfor sine respektive sykehusområder.

I høringsnotatet er det også bedt om innspill i forhold til forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke brukerperspektivet i omstillingsprosessen.

Brukerutvalget mener det må etableres prinsipper for brukermedvirkning på samme måte som det er utviklet for ansatte i prosessen, og presenterer et første forslag i 12 punkter.

Det har i prosessene fremkommet mange og gode innspill. Møtene er referert og oppsummert, og dette materialet er lagt til grunn ved utarbeiding av styresaken.

#### **2.1.4 Plan for strategisk utvikling**

De framtidige løsninger som følger av vedtakene i Hovedstadsprosessen, og i det samlede omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst, skal bidra til å realisere nasjonal helsepolitikk, i samsvar med visjon og verdigrunnlag for Helse Sør-Øst. Dette innebærer at fremtidig utvikling skal bidra til å realisere blant annet Nasjonal helseplan 2007-2010, Nasjonal kvalitetsstrategi,

prinsippene i opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2008, opptrappingsplanen for rusfeltet og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

På bakgrunn av arbeidet og styrets vedtak i sak 38/ 2008, 67/2008, samt vedtak i denne saken, legger administrerende direktør fram en plan for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst 2009-2020 for styret i desembermøtet 2008. Denne planen vil definere formål for de enkelte strategiske valg og sette mål for perioden samt omtale virkemidler og oppfølging av planarbeidet og de overordnede målene for utviklingsarbeidet

## 2.2 Høring

Høringsfristen var 20.10.2008. Det er innkommet rundt 220 uttalelser, som samlet utgjør et materiale på godt over 1000 sider. De fleste høringsinstanser viser til et omfattende arbeid med informasjon, drøftinger, og prosesser internt i egne organisasjoner på alle nivå før endelig behandling av innspill i styrende/formelle organer.

Det er gjennomgående positive tilbakemeldinger på prosessen som har vært gjennomført. Dog har profesjonsorganisasjoner gitt uttrykk for at prosessen har hatt et for høyt tempo.

Generelt gis det også bred støtte til den utviklingsretning som er beskrevet i høringsnotatet med tilhørende vedlegg og til de styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen som er foreslått. Hovedprinsippet om at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene har bred oppslutning. Det har også målene om en bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse, og målet om å sikre kvalitet i tjenestene. Leon-prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) har stor oppslutning, og målsettingen om å "desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må" støttes av mange. Det er videre bred støtte for at tyngdepunktet for spesialisthelsetjenesten skal være på lokalsykehusnivå, og at 80-90 % av behandlingen skal ivaretas innenfor sykehusområdene i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

I den grad målene kommenteres, er det i form av forsterkninger og fortolkninger i forhold til egen virksomhet.

Den kritikk som reises, går i stor grad på mulig operasjonalisering og konkretisering, og det blir tatt tak i delspørsmål som høringsinstansene er uenige i eller finner for lite belyst. Slike delspørsmål er blant annet samling av akuttfunksjoner og av spesialiserte funksjoner. Flere av høringsinstansene peker på at det er viktig å få gjort tilstrekkelige risikovurderinger før man implementerer forslagene som går ut på å samle spesialiserte funksjoner og akuttfunksjoner og at det må tas lokale hensyn.

Fra *Statens helsetilsyn* blir det konstatert at overordnede mål er i tråd med lov og politiske føringer, men tilsynet savner at definering av sykehusområder og struktur i større grad også kunne underbygges av vurderinger knyttet til epidemiologi og "sørge for"-ansvar.

Når det gjelder de overordnede synspunkter høringsinstansene gir uttrykk for på de konkrete spørsmålene i høringen, vil disse bli referert og diskutert nærmere i saksfremlegget, i relasjon til omtalen av det enkelte vedtakspunkt.

Ett forhold som er vektlagt i høringen, er forholdet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Å styrke samhandlingen støttes av alle, men kommunen peker på at når de får flere oppgaver, må det følge ressurser med. Kommunene fremhever også behovet for faglig styrking på sitt nivå.

Noen av brukerorganisasjonene vektlegger at det i den fremtidige organisering må ivaretas små og sjeldne sykdomsgrupper.

Flertallet av høringsinstansene ønsket å bidra i videre prosess.

Høringsinnspillene utgjør samlet sett et stort materiale. Dette vil bli lagt til grunn i det videre arbeidet med omstillingsprosessen. Dette gjelder både faglige vurdering av og forslag til tiltak

for samordning i og mellom sykehusene, men også de vurderinger som er gjort i forhold til samhandlingsflaten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

### 2.2.1 Regionalt brukerutvalg

*I det følgende gjengis et sammendrag av regionalt brukerutvalgs høringsuttalelse. Sammen-  
draget er skrevet av brukerutvalget selv.*

Brukerutvalgets prinsipielle synspunkt er at pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i spesialisthelsetjenesten. Brukerutvalget mener dette også leder til god ressurs-  
utnyttelse.

Brukerutvalget mener at de tre foreslåtte strategiske hovedgrepene, prinsipp og øvrige løsninger vil bidra til en bedre helsetjeneste generelt, og spesielt innenfor de prioriterte områdene rus, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering. Organiseringen av store sykehusområder med sterke lokalsykehusfunksjoner vil, etter brukerutvalgets oppfatning gi et bedre tilbud til den voksende gruppen av eldre med sammensatte behov. Det forutsettes at lokalsykehusene setter personell med geriatriisk kompetanse i front.

For lokalsykehus med beliggenhet nær områdesykehus, mener utvalget at tjenestene må legges om. Aktuelle bruksområder er legefelleskap (fastleger/private avtalespesialister) Utvalget støtter også forslaget om etablering av fagråd/regionenheter med ansvar og myndiggjøring som skal sikre faglig koordinering innad i sykehusområder og regionalt. Brukere og representanter for førstelinjetjenesten må få innflytelse i fagrådene/enhetene.

Brukerutvalget støtter at prinsippene for akuttfunksjonene skal være i samsvar med nasjonale standarder og føringer fra Regjeringen. Brukerutvalget vil spesielt peke på at det er viktig at akuttmottak innen rus, psykisk helsevern og somatikk samordnes i lokalsykehusene. Utvalget forutsetter at mottakene bemannes med tverrfaglig kompetanse og erfarent personell.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar til å gjøre kommunehelsetjenesten bedre, ambulante team, hospiteringsordninger, tettere samhandling mellom sykehusene og fastlegene, f eks gjennom hospitering/ gå turnuser, felles kurs/dialogmøter, er aktuelle tiltak.

Brukerutvalget mener det er viktig med samhandling som sikrer god pasientflyt mellom kommunal omsorgstjeneste og lokalsykehusenes medisinske avdelinger. Utvalget vil imidlertid spesielt understreke det store behovet for bedre tilrettelegging og samhandling rundt barn/familier med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse, pårørende til rusmisbrukere og pårørende innen psykisk helsevern.

Utvalget peker på at nødvendig funksjonsfordeling og spesialisering, krever en god ambulansetjeneste, med godt utstyr og kvalifiserte fagfolk. Helseekspress med kompetent personell er et godt eksempel på god syketransport. Drosjer som anvendes til syketransport må kunne fremvise en jevnere høy standard både mht til punktlighet, tilgjengelighet og service.

Brukerutvalget er svært opptatt av at tilbudet om pasientopplæring styrkes og at Lærings- og mestringssentrene får en tydeligere rolle i sykehusene på alle nivå. Pasientopplæring er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Slik opplæring inngår i klinikkens ansvar på lik linje med øvrig behandling. Utvalget støtter organisering av den helsepedagogiske virksomheten gjennom lærings- og mestringssentrene og mener disse må fremstå som synlige enheter og inngå i helseforetakenes forebyggende og rehabiliterende virksomhet samt være arena for samhandling med kommunehelsetjenesten og med bruker-organisasjonene i opptaksområdet.

Brukerutvalget har over lengre tid vært opptatt av tilbudet til barn og unge med alvorlige og/eller kroniske tilstander og funksjonshemminger og deres pårørende. Brukerutvalget ber om at Helse Sør-Øst i den videre prosessen spesielt planlegger tilbudet til denne gruppen.

Brukerutvalget viser til den store flerkulturelle befolkningen i Helse Sør-Øst, særlig i hovedstadsområdet. Utvalget mener at det er nødvendig med spesielle tilpasninger for å forsikre at brukere med innvandrerbakgrunn reelt får likeverdig helsetilbud.

### **2.2.2 Innspill fra møter i høringsfasen**

I møtene har det blant annet fremkommet synspunkter knyttet til tilgjengelighet til høringsdokumentet pga språk, involvering i utarbeidelsen av dokumentet og på dokumentasjon av det medisinske faglige grunnlag for valg av foreslåtte tiltak. Det er etterspurt konkret og tydelig kvalitetssikring/risikovurdering av de ulike forslag, samt en økonomisk konsekvensanalyse av beslutningsalternativene og kostnader knyttet til gjennomføring. I tillegg er det blitt etterspurt en tydeliggjøring av så vel indremedisinske som (akutt)kirurgiske funksjoner, antall senger og grenseoppgang mellom lands-, regions- og lokalsykehusfunksjoner.

Videre er det påpekt at rus og psykiatritilbudet er lite omtalt i høringsdokumentet. Grenseoppgangen mellom kommunenes ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar, involvering og tjenestens tilbud til pårørende er etterlyst av de fleste. Tilsvarende er det etterlyst en tydeligere omtale av spesialisthelsetjenestens rehabiliteringsansvar og tilbud, og også her grenseoppgangen til kommunehelsetjenesten. Den samme etterlysning har gjort seg gjeldende mht avtalespesialister.

Videre har det i disse møtene blitt pekt på nødvendigheten av å sikre undervisningstilbud i spesialisthelsetjenesten sammen med høyskoler og universitet. Dette gjelder særlig forhold knyttet til organisering, kvalitet og kapasitet.

Det vises for øvrig til innspill fra møtene som omtales senere i saken.

## **2.3 Handlingsalternativer og hovedpunkter**

### **2.3.1 Pasientenes behov nå og i fremtiden**

Styret la følgende premisser til grunn jfr. styresak 038/2008: "*Pasientenes behov skal være førende for styrets beslutninger om tjenestens struktur og innhold*"

Dette hovedprinsippet har bred oppslutning. Prinsippet innebærer at det er behov for omstilling. Tjenestene har i for stor grad vært utformet med utgangspunkt i medisinske spesialiteter, og ikke ut fra pasientforløp. I tillegg har fagområder og tjenester som oppfattes å ha høy status fått mer ressurser enn andre fagområder og tjenester, som psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Selv om det over flere år har vært gjort en innsats for å rette på dette, er det fortsatt behov for å omfordele ressurser for å møte pasientenes behov. Det er også store variasjoner i behandlingstilbud, tilgjengelighet, brukermedvirkning, medisinsk og pleiemessig praksis og ressursbruk i regionen, og pasientsikkerhet er ikke tilstrekkelig ivare tatt. Dette gjør at pasientens behov må være førende for beslutninger om struktur og innhold, for å sikre trygge, gode og likeverdige helsetjenester i tråd med visjonen og formålet i spesialisthelsetjenesteloven

På denne bakgrunn foreslås at det legges til grunn at pasientenes behov er førende for styrets beslutninger om tjenestens struktur og innhold, jfr. styresak 038/2008.

### **2.3.2 Generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst**

Helhetlige pasientforløp med god faglig kvalitet og tilstrekkelig kapasitet i hvert ledd av kjeden vil legge til rette for tjenester av høy kvalitet, i tråd med målsettingen for omstillingsprosessen. Helse Sør-Øst er i gang med arbeidet med pasientforløp, både i form av modellering av kjerneprosesser og som behandlingslinjer innen spesifikke diagnosegrupper. De nasjonale faglige retningslinjene vil danne det faglige grunnlaget for pasientforløpene, som for eksempel hjerneslag.



Helsetilsynet i Oslo og Akershus har påpekt at det i høringsdokumentene ikke foreligger analyser av konkrete pasientforløp ved hyppig forekommende tilstander. Pasientforløp både ved tilstander som gjelder øyeblikkelig hjelp, slik som hjerteinfarkt og hjerneslag, og pasientforløp ved tilstander der hastegraden ikke er så stor, f. eks. kreftsykdommer, vil etter Helsetilsynet i Oslo og Akershus sin vurdering være et nødvendig grunnlag for dimensjonering og plassering av spesialisthelsetjenester. Gjennomgang av pasientforløp, som omfatter hele forløpet fra pasientens bolig / fastlege gjennom spesialisthelsetjenesten og tilbake til bolig / fastlege, vil etter deres syn være helt nødvendig for å få tilstrekkelig grunnlag for å kunne vurdere om den tenkte omorganiseringen vil være egnet til å gi forsvarlige helsetjenester.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus påpeker videre at svikt i samhandling er en av de hyppigste årsakene til uforsvarlige helsetjenester. Svikten forekommer både innad i sykehusavdelinger, mellom avdelinger, mellom ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene. Også med bakgrunn i dette mener Helsetilsynet i Oslo og Akershus at analyse av konkrete pasientforløp ved hyppig forekommende tilstander vil kunne bidra til å vurdere om den foreslåtte omorganiseringen vil være egnet til å gi forsvarlige helsetjenester av god kvalitet.

Statens helsetilsyn savner utredning av epidemiologiske forhold relatert til "sørge for"-ansvaret.

Oslo kommune uttrykker skepsis til reduksjon av sengekapasitet så lenge det er korridor-pasienter og det også forventes befolkningsvekst.

Det har de senere årene vært en betydelig omstilling i spesialisthelsetjenesten, innenfor både somatikk, psykisk helsevern og rus. Det har vært omlegging fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk og ambulant behandling, og det er flere steder etablert tilbud om rehabilitering i samarbeid med kommunen. Dette har bidratt til at behovet for senger har blitt redusert. Denne utviklingen vil fortsette i tråd med ny teknologi og nye muligheter.

Å arbeide med pasientforløp er et sentralt tiltak både for å sikre helhetlige tjenester av god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet i alle ledd av behandlingsskjeden. Helse Sør-Øst har arbeidet med dette i et eget prosjekt siden 2007, hvor prosessledere er utdannet. Alle helseforetak er pålagt gjennom driftsavtalen for 2008 å etablere minst to standardiserte pasientforløp. I tillegg har Helse Sør-Øst startet et arbeid med å sertifisere/akkreditere akuttmottak etter Helsetilsynet sin påvisning av manglende internkontroll.

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har et samarbeidsprosjekt om ventetid og riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten. Samtidig må det benyttes tilpasset metodikk i det videre arbeid med dimensjonering av tjenesten i det enkelte sykehusområde og med stor oppmerksomhet på regionens "sørge for"-ansvar. Å gjøre dette er nødvendig både i det videre arbeidet med omstillingsprosessen, før endringer i tilbudet faktisk gjennomføres, og i det løpende utviklingsarbeidet ved helseforetakene. Dette er nødvendig for å sikre riktig kapasitet i alle ledd, og for å legge til rette for en tjeneste der pasientene slipper unødvendige flyttinger, unødvendig ventetid i sykehus osv. Dette vil heve kvaliteten og samtidig være ressurseffektiverende.

På denne bakgrunn foreslås at det i det videre arbeid med omstillingen skal sikres bedre kvalitet i pasientbehandlingen gjennom større fokus på pasientforløpene. Utformingen av pasientforløpene vil være bestemmende for dimensjoneringen av de ulike behandlingstilbudene.

#### **a) Sykehusområder**

Organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder/sykehusområder skal sikre kvalitet i spesialiserte funksjoner og samtidig legge til rette for at flere tjenester skal kunne ytes desentralt som en del av de lokalbaserte spesialisthelsetjenestene.

Med *lokalbaserte spesialisthelsetjenester* forstås i det videre tjenester for vanlige og sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. Dette omfatter

mange typer virksomheter, fra lokalsykehusfunksjonen som del av spesialisert sykehus, lokalsykehus, distriktsmedisinsk eller distriktpspsykiatrisk sentra, ambulante team, felles akuttmottak med mer. Med *spesialiserte tjenester* forstås tjenester der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig volum og kvalitet eller spisskompetanse. Karakteristisk for slike tjenester vil være at det kreves større befolkningsgrunnlag for å oppnå erfaring og samlet kompetanse

Formålet med etablering av større opptaksområder/sykehusområder er at et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus innenfor et geografisk område skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, et oversiktlig tjenestetilbud med god tilgjengelighet, differensiering av tjenestene i lokalbaserte, spesialiserte tjenester og regionale funksjoner, sikre at flest mulig spesialisttjenester tilbys innenfor hvert sykehusområde, samordning av tjenestene innen somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket forskning og fagutvikling og god samhandling og oppgavefordeling med kommunene, samt god bruk av de samlede ressurser.

Begrunnelse for sykehusområder er redegjort for i sak 38/2008 og styret har gitt sine premisser til sykehusområdene i vedtak i samme sak. Videre drøfting er gjort i vedlagte sluttrapport for hovedstadsprosessen som dannet grunnlag for høringsdokumentet.

Overordnet støtter flertallet av høringsinstansene etablering av sykehusområder som et prinsipp og den foreslåtte geografiske inndelingen. Det ble i styresak 038-2008 foreslått etablert syv sykehusområder, og i innspillene og prosessen frem mot utforming av høringsnotatet fremkom få innvendinger mot å legge sykehusområder til grunn for den videre utviklingen av tjenestene.

De argumenter som fremheves som støtte for forslaget om sykehusområder, er i stor grad de samme som ligger til grunn for forslaget, blant annet bedre arbeidsfordeling mellom sykehus, helhetlige pasientstrømmer og stabile samarbeidsrelasjoner. Helsetilsynet i Oslo og Akershus trekker også frem volum-/kvalitetsaspektet, ved å påpeke behovet for tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for å opprettholde god kvalitet på ferdigheter i utøvelse av spesialisthelsetjenester. Flere av høringsinstansene, blant annet Ullevål universitetssykehus HF, påpeker at det er viktig at opptaksområder er identiske, uavhengig av alder og fagfelt, slik det også ligger til grunn.

De argumenter som trekkes frem mot sykehusområder handler i hovedsak om to ting. For det første er det en frykt for at sykehusområdene skal bety et ekstra administrativt ledd og dermed en byråkratisering. For det annet er det i enkelte sykehusområder en frykt for at inndelingen i sykehusområder skal innebære fusjoner mellom helseforetak og/eller endringer helseforetakenes funksjoner. Dette gjelder fremfor alt i Telemark og Vestfold sykehusområde og delvis i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde. Disse innvendingene vil bli drøftet nærmere senere i dokumentet, i forbindelse med organisering av akuttfunksjoner og spesialiserte funksjoner og ny helseforetaksstruktur.

## **b) Lokalbaserte spesialisthelsetjenester**

Etablering og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester er viktig for å møte behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser og andre som har behov for nærhet til tjenestene, herunder de mange eldre, som det blir flere av, i årene fremover. Lokalbaserte tjenester legger også til rette for et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten. I tråd med dette er utvikling av desentrale, lokalbaserte spesialisthelsetjenester et helsepolitisk prioritert område. I omstillingsoppdraget til Helse Sør-Øst RHF er det presisert at omstillingene skal sikre et fortsatt desentralt tilbud.

Behovet for å styrke lokalbaserte spesialisthelsetjenester får bred støtte i høringsinnspillene. Særlig kommuner og brukergrupper er opptatt av dette, og vektlegger at dette vil være viktig både for å sikre nærhet til tjenester, og for å legge til rette for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er oppslutning om at utvikling av lokalbaserte spesialisthelsetjenester, samtidig med ivaretagelse av de øvrige prinsipper, vil gi bedre helsetjenester til den voksende gruppe eldre, grupper med kroniske sykdommer, og vil legge



grunnlaget for å styrke tjenestene på de prioriterte områdene rus, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og forebygging.

Det påpekes av enkelte at det er behov for å beskrive nærmere innholdet i lokalbaserte spesialisthelsetjenester, herunder å avklare tydeligere hvor skillett mellom lokalbaserte spesialisttjenester og mer spesialiserte tjenester går, og hvordan koordinering mellom nivåene skal skje.

Brakerutvalget i Helse Sør-Øst mener at det ønskelig at lokalsykehusene får personell med geriatrisk kompetanse i front.

Lokalbaserte spesialisthelsetjenester er ikke noe nytt. Lokalsykehus har tradisjonelt hatt en sentral rolle i norsk spesialisthelsetjeneste. Det har også i mange år eksistert distriktsmedisinske og distriktpsikiatriske sentra og andre tilbud utenfor sykehus, som har hatt som formål å sikre spesialisttjenester til befolkningen nær der folk bor. I de senere årene er det også bygget ut ambulante tjenester og etablert tiltak for kompetansedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen gjør det både nødvendig og mulig å utvikle slike tjenester videre, både i og utenfor sykehus. Lokalbaserte tjenester kan tilbys i pasientens hjem, som ambulante tjenester, i distriktsmedisinske sentra, i form av poliklinikker, nærsykehus, i felles akuttmottak/legevakt eller andre enheter drevet av kommuner og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, i lokalsykehus eller som del av et mer spesialisert sykehus. Formålet er å sikre desentralisert utredning og behandling, herunder lindrende behandling, oppfølging, læring og mestring, forebygging og rehabilitering nær der pasientene bor. Dette vil sikre en tett samhandling mellom pasient, fastlege, øvrige deler av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten der pasientene bor. De lokalbaserte tilbudene vil være det viktigste kontaktpunktet med spesialisthelsetjenesten for pasienter med et kronisk eller elektivt pasientforløp. På den annen side vil også den lokalbaserte spesialisthelsetjenesten være en dør inn ved akutte lidelser både innen somatikk, rus og psykisk helsevern. Det kombinerte lokalbaserte akutttilbudet i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten vil skape trygghet for at pasienten ved akutt sykdom vil bli diagnostisert riktig og ferdigbehandlet lokalt eller sendt videre til riktig behandlingsstedet.

Arbeidet i hovedstadsprosessen har kommet nærmere å beskrive et sett med basistjenester som befolkningen kan forvente seg i det lokalbaserte tilbudet. Likevel må det enkelte sykehusområde beskrive tilbudet i sitt område nærmere på basis av premissene som ligger til grunn. Hvilke lokalbaserte spesialisthelsetjenester det er behov for på det enkelte sted, vil være avhengig av lokale forhold, herunder avstand til annet spesialisthelsetjenestetilbud. En forutsetning vil være gode prehospitale tjenester som sikrer trygg transport og behandling som en del av det totale behandlingstilbudet. De tjenester som bør vurderes som del av det samlede lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet er:

- Dag- og døgntilbud innen i indremedisin
- Elektive kirurgiske tjenester
- Bredt spekter av polikliniske tjenester i samarbeid med mer spesialisert sykehus
- Diagnostisk tilbud
- DPS/ BUP/ psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon
- Ambulante rehabiliteringstjenester og andre ambulante spesialisthelsetjenester
- Et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Et lokalbasert rehabiliteringstilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Lærings- og mestringssentre i et nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet

I en befolkning med mange eldre vil det være viktig at det som del av de lokalbaserte tjenestene etableres geriatrisk kompetanse og tilbud. Det må sikres tilstrekkelig geriatrisk kompetanse generelt, samtidig som hele helsetjenesten må settes i stand til å ta vare på eldre med mange ulike lidelser.

De lokalbaserte tjenestene må utformes med utgangspunkt i behovene til befolkningen i opptaksområdet. I Oslo og Akershus, der en stor andel av befolkningen har en ikke-vestlig bakgrunn, er det viktig å tilpasse tjenestene i forhold til disse gruppenes ulike behov, og de spesielle utfordringer dette ofte representerer, både i forhold til sykdomsbilder, kulturforståelse og språk.

For å sikre likeverdige tjenester til befolkningen i Helse Sør-Øst, er det viktig at *alle* har tilgang til gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Dette gjelder også pasienter som har mer spesialiserte sykehus som sitt lokalsykehus. Erfaringen viser at lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus ofte forsvinner i de mer spesialiserte tjenestene, som tradisjonelt har hatt høyere faglig status. For å sikre et likeverdig lokalbasert spesialisthelsetjenestetilbud til alle, som ivaretar behovet for breddekompetanse og gode samarbeidsrelasjoner til primærhelsetjenesten, foreslås at lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialisert sykehus tydeliggjøres organisatorisk.

Lokalbaserte spesialisthelsetjenester kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner, jfr. Revidert Nasjonalbudsjett for 2008. Hvilke akuttfunksjoner det vil være behov for, vil være avhengig av egenskaper ved det kommunale helsetilbudet, herunder styrken og stabiliteten i prehospitaltjenester og i fastlege- og legevaktstilbudet, transporttid til mer spesialisert sykehus, lokale risikofaktorer som trafikk, alpinanlegg med mer. Målet er lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder, der de totale ressursene i primær- og spesialisthelsetjenesten sees i sammenheng og utnyttes optimalt til pasientenes beste. De lokalbaserte akuttfunksjonene må derfor utvikles med utgangspunkt i gode lokale prosesser med bred involvering. Det vises for øvrig til avsnittet om akuttfunksjoner.

Ett tiltak for å sikre en god samlet utnyttelse av lokale akuttmedisinske ressurser, er å etablere felles akuttmottak. Slike er etablert flere steder i Helse Sør-Øst, med noe varierende erfaringer. Enkelte steder har man, på grunn av juridiske, avtalemessige eller andre problemer, reversert prosessene. De erfaringer som er gjort, bør legges til grunn når videre utbygging av felles akuttmottak vurderes. I det videre arbeid på dette området må det tas hensyn til eventuelle endringer, herunder tiltak for å legge til rette for samhandlingsløsninger som følger av den varslede samhandlingsreformen.

Det er i styresaken forslag til mange teknikker for å koordinere tjenestene bedre enn i dag. Det viktigste grepet er å ta utgangspunkt i pasientforløpet fra kontakt med fastlegen, gjennom alle tjenesteledd og tilbake til hjem for de ulike lidelsene. På denne måten kan tjenesten bli mer forutsigbare for pasientene med kroniske lidelser, behov for utredning eller lindrende behandling. Disse pasientene vil få lett tilgang til tjenestene i sitt nærområde. Det lokalbaserte akutttilbudet skal kunne sortere rett (triage), samt utrede og behandle pasienten for vanlige lidelser. Pasienter med akutte lidelser vil kunne vurderes både innen somatikk, psykisk helsevern og rus og raskt kunne gis et forutsigbart pasientforløp, med eventuell overføring dit behandlingen kan gis.

### **c) Forpliktende samhandling med kommunehelsetjenesten**

Forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet er avgjørende for å sikre en samlet tjeneste av god kvalitet med gode pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Å styrke samhandlingen for å utvikle helhetlige pasientforløp er sterkt vektlagt av regjeringen, jfr. tidligere helsepolitiske føringer (blant annet i Nasjonal helseplan) og samhandlingsreformen som det nå er under arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet. Dette er det arbeidet med i de to tidligere helseregionene, Helse Øst og Sør, et arbeid som er videreført i Helse Sør-Øst. Ett eksempel på dette er Helsedialog, som ble etablert i Helse Sør. Erfaringene med, verdiene fra og metodikk utviklet i Helsedialog

er nå ført videre i Helse Sør-Østs arbeid med samhandling. Arenaene for Helsedialog har også vært brukt i forankringsarbeidet i Hovedstadsprosessen.

Det foreslås at planlegging og utvikling av tjenestetilbudet i det enkelte sykehusområde skal skje i en forpliktende samhandling med kommunene i opptaksområdet.

Behovet for et forpliktende samarbeid mellom nivåene fremheves av de fleste høringsinstanser. Oslo kommune oppsummerer blant annet at kommunen har forventninger til at hovedstadsprosessen vil innebære en betydelig forenkling av samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Imidlertid påpekes det at hørings-saken er av overordnet strategisk karakter, og at det gjenstår store utfordringer i konkretiserings- og gjennomføringsperioden om de ønskede gevinster skal oppnås. Sistnevnte synspunkter deles av mange. Oslo kommune understreker i tillegg at samarbeidet skal være mellom likeverdige parter, og at denne holdningen vil være særdeles viktig for gjennomføringen.

De fleste kommunene er opptatt av at det kan forventes at oppgaver overføres til primærhelsetjenesten, og at det da må følge ressurser med. Kommunene fremhever også behovet for faglig styrking på sitt nivå, og gir uttrykk for at de ønsker formell representasjon på helseforetaksnivå. Flere nevner også at de har forventninger til at det vil komme nye ideer og løsninger ut av prosjektarbeidet regjeringen har satt i gang for bedre samhandling mellom ansvarsnivåene.

Gjennomgående har det også blitt påpekt nødvendigheten av samhandling og insentiver for å sikre helhetlige behandlingsløp for pasienter mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det er i tillegg påpekt at en forutsetning for samhandling mellom forvaltningsnivåene er kompetanseoppbygging og -utveksling, blant annet til kommunehelsetjenesten. Innholdet i og organisering av kommunens sykehjemstilbud har særlig vært påpekt som avgjørende for samspillet med sykehusene og vise versa.

Det er i dag etablert samhandling på mange områder mellom helseforetak/sykehus og kommuner/bydeler i deres opptaksområde. Det er imidlertid fortsatt rom for forbedringer i eksisterende avtaler, både når det gjelder avtalenes innhold, avtalenes forpliktelse for partene og strukturer for oppfølging av avtalene, herunder etablering av samarbeidsutvalg. Det anses ønskelig at avtalene sikrer en klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester. Videre anses det hensiktsmessig at det med forankring i avtalene etableres samarbeidsutvalg med myndighet til å forvalte avtalene og håndtere innhold og eventuelle avvik. Dette vil legge til rette for sterkere oppfølging av avtalene og et mer varig, gjensidig og forpliktende samarbeid. Samarbeidsutvalgene bør ha representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene.

Det er behov for å etablere avtaler på områder det i dag i liten grad er etablert et avtalebasert samarbeid. Det gjelder områdene rus, rehabilitering, samt lærings- og mestring og forebygging. Videre er det ønskelig at helseforetak og kommuner sammen, og med utgangspunkt i forpliktende avtaler, utvikler et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedisæravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttmottak mv.

Det er vesentlig at endringer skjer koordinert, slik at pasientene er sikret et tilstrekkelig samlet tilbud. Også her vil samarbeidsutvalgene ha en vesentlig betydning.

#### **d) Organisering av akuttfunksjoner og prehospitaltjenester**

Akuttfunksjoner i kirurgi og ortopedi og for spesialiserte funksjoner innen andre fagområder, foreslås som et minimum samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.

Mange av høringsinstansene er opptatt av spørsmålet om organiseringen av sykehusenes akuttfunksjoner. Det er delte meninger når det gjelder samling av akuttfunksjoner innenfor et

sykehusområde, og flere mener standarden med tilpassede akuttfunksjoner, jfr. RNB, er for uklart beskrevet, og derfor vanskelig å forholde seg til.

I innspill fra Telemark og Vestfold sykehusområde fremheves at sykehusområdet ikke kan være utgangspunkt for å samle akuttfunksjonene. Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark, sammen med øvrige høringsinstanser i disse områdene, tar til orde for at de må videreføres som "fullverdige" akuttsykehus.

Tilsvarende synspunkter kommer frem i innspill fra Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde. Sykehuset Asker og Bærum tar til orde for å opprettholde akuttinntak og et bredt spekter av tjenester både i drammensområdet og i Asker og Bærum. Det foreslår at akuttkirurgi opprettholdes ved alle lokalsykehus med tilstrekkelig pasientvolum. Også Ringerike sykehus ønsker å videreføre dagens akuttfunksjoner ved eget sykehus.

Legeforeningen tar til orde for at det i alle akuttinntak bør være vaktteam som består av spesialister i indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og anesthesiologi, samt laboratorietjenester og radiologi.

Mange av høringsinstansene påpeker betydningen av de prehospitale akuttfunksjonene, og av behovet for å styrke og tilpasse disse, både kvalitativt og kvantitativt, som følge av Helse Sør-Østs forslag om større grad av samling av akuttfunksjoner innen ortopedi og kirurgi.

Mange av høringsinstansene har synspunkter på organiseringen av akuttfunksjoner i sykehusområde Oslo. Dette beskrives nærmere i avsnittet om organiseringen i Oslo.

En sentral diskusjon knyttet til samling av kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner, som reflekteres i høringsinnspillene, knytter seg til i hvilken grad det er forsvarlig med sykehus med indremedisinske akuttfunksjoner uten kirurgiske akuttfunksjoner (jfr. modellen lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner). Slike sykehus har eksistert i mange år, også i Norge. Blant annet har Lovisenberg diakonale sykehus vært uten kirurgiske akuttfunksjoner siden 1993 og Sykehuset Østfold Moss har vært organisert slik i mer enn ett år. Det er i dag begge steder enighet om at dette fungerer godt. Det sentrale spørsmålet er derfor ikke om dette er en forsvarlig modell, men under hvilke betingelser, herunder hvor langt det kan være til sykehus med kirurgiske/ortopediske akuttfunksjoner og hvilke pasienter som kan legges inn på sykehuset uten slike funksjoner.

Hovedbegrunnelsen for å samle akuttfunksjoner innen kirurgi og ortopedi er de faglige anbefalingene, blant annet fra dialogkonferansene, om at det er ønskelig med et opptaksområde på 300-500 000 for å sikre et stort nok volum til at kvalitet kan opprettholdes. I tillegg kommer at det innen de kirurgiske fagområdene er langt lavere antall akuttinnleggelses på kveld og natt enn innenfor indremedisinske fagområder. Mange parallelle vaktløp gir derfor dårlig ressursutnyttelse. Sett i sammenheng med de rekrutteringsproblemer som finnes ved flere mindre sykehus, fremfor alt i distriktene, både i Helse Sør-Øst og i andre helseregioner, tilsier dette at det vil være en bedre utnyttelse av de samlede personellressursene at slike funksjoner samles i større grad enn i dag.

Ser man på utviklingen i andre europeiske land, legges det i flere land opp til større grad av samling av akuttfunksjoner, tilsvarende det som her er anbefalt. Både i London, København og Skåne samles akuttfunksjoner innen kirurgi og ortopedi, samtidig som det legges vekt på etablering av "nærpsykehus"/"local hospitals" med et tjenestetilbud som likner på standarden "lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner", jfr. RNB.

Selv om en samling ett sted innenfor et sykehusområde derfor vil være ønskelig ut fra faglige vurderinger isolert sett, vil andre forhold ha betydning for hvilken organisering som gir best kvalitet i tjenestene på det enkelte sted og innenfor det enkelte sykehusområde. Sentralt i en slik vurdering er transporttid til annet sykehus med slike akuttfunksjoner, samt stabilitet og faglig kvalitet i de prehospitale tjenester. I flere sykehusområder vil samling ett sted ikke være aktuelt i dag med utgangspunkt i slike vurderinger. For å sikre kvalitet i tjenestene vil det da være nødvendig å iverksette andre tiltak. Ett viktig tiltak vil være å samle funksjonene under en samlet ledelse. Akuttfunksjoner kan da tilbys flere steder (som satellitter fra en

avdeling). Samtidig legges det til rette for faglig koordinering/enhetlige prosedyrer innenfor sykehusområdet og for ivaretagelse av kompetanse ved at personell kan rotere mellom de lokalisasjoner der slike funksjoner tilbys.

Prehospitale tjenester er en viktig del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet er vesentlig for å sikre gode akuttmedisinske behandlingsskjeder. Organiseringen av de prehospitale tjenestene må understøtte den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Endringer i fordeling av akutfunksjoner innenfor det enkelte sykehusområde og i øvrig funksjonsdeling i sykehusområdene og i regionen nødvendiggjør en gjennomgang av de prehospitale tjenestene, både i det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Det enkelte sykehusområde må derfor gjennomgå egne prehospitale tjenester for å sikre effektive og trygge tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Helse Sør-Øst vil i tillegg gjennomføre en regional utredning av organiseringen av prehospitale tjenester i hele helseregionen.

Statens helsetilsyn la i februar 2008 frem sine konklusjoner etter et landsomfattende tilsyn med akuttmottak i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynets hovedkonklusjon var at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene, noe som til tider gir uforsvarlig pasientbehandling. Tilsynets funn er fulgt opp i oppdrag til de regionale helseforetak fra eier. Flere tiltak er gjennomført av Helse Sør-Øst og i det enkelte helseforetak som følge av dette. Det er allikevel viktig at det fortsatt er stor oppmerksomhet rettet mot denne delen av den akuttmedisinske behandlingsskjeden. For å møte kvalitetsutfordringene som er avdekket ved sykehusenes akuttmottak, og etterkomme eiers krav, foreslås derfor at det stilles krav om at akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og gode pasientforløp. For å oppfylle disse kravene vil det være behov for å tenke nytt i forhold til bemanning av akuttmottakene. Dette er en følge av den økende spesialiseringen innenfor medisinen, og en utvikling i retning av at flere tilstander er avhengig av rask og spesialisert behandling. Dette gjelder for eksempel hjerteinfarkt som i henhold til god praksis raskt skal få tilgang på diagnostikk og blokkering av kranskarene slik at skade på hjerte ikke oppstår. Tilsvarende finner man innenfor hjerneslagbehandling. Det å stille rask diagnose og sikre at pasienten kommer til riktig behandlingssted, øker behovet for breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse hos de personellgrupper som først møter pasientene. For å sikre dette trengs blant annet mer erfarent personale langt fremme i behandlingsskjedene.

#### **e) Organisering av spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner i Helse Sør-Øst**

Med spesialiserte tjenester menes tjenester for sjeldnere lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig spisskompetanse og dermed faglig kvalitet. Det skilles mellom *spesialiserte områdefunksjoner* som av faglige og ressursmessige vurderinger bør ha et opptaksområde svarende til ett sykehusområde, og derfor bare bør tilbys ett sted i et sykehusområde, og *regionale funksjoner*, som bør samles ett sted for hele helseregion Sør-Øst.

Ut fra de faglige anbefalinger som er gitt om hva som er nødvendig opptaksområde for å ivareta faglig kvalitet innen ulike spesialiteter, foreslås at spesialiserte områdefunksjoner samles ett sted innenfor et sykehusområde, ut fra faglige og ressursmessige vurderinger.

Spesialiserte funksjoner er ofte avhengig av tverrfaglige team. Dette skaper en faglig avhengighet mellom ulike spesialiserte funksjoner, noe som også ble understreket i dialogkonferansene. I noen grad nødvendiggjør de faglige avhengighetene at spesialiserte funksjoner lokaliseres samme sted. Tilsvarende gjelder for regionale funksjoner. For å ivareta dette foreslås at det ved lokalisering av spesialiserte og regionale funksjoner må tas hensyn til faglige avhengigheter.



Den medisinske utviklingen er rask, noe som gjør at det er behov for en løpende vurdering av funksjons- og oppgavefordelingen i regionen. Helse Sør-Øst vil ivareta dette, etter råd fra blant annet regionale fagråd, jfr. neste avsnitt. Når det gjelder lokalisering av funksjoner som blir definert som områdefunksjoner innenfor det enkelte sykehusområde, vil dette overlates til det enkelte helseforetak/helseforetakene innenfor sykehusområdet.

Høringsinstansenes synspunkter i forhold til samling av spesialiserte og regionale funksjoner handler i hovedsak om tre ting. Mange støtter på et generelt grunnlag at det er riktig å samle spesialiserte og regionale funksjoner i større grad enn hva som er tilfelle i dag. Blant annet gir Kreftforeningen og brukerutvalget uttrykk for dette.

Når det gjelder de mest spesialiserte tjenestene, dvs. regionale funksjoner, og eventuelle spesialiserte funksjoner som trenger et opptaksområde større enn ett sykehusområde (flerområdefunksjoner), er det hos flere høringsinstanser uttrykt en frykt for at en samling av disse vil medføre en sentralisering i strid med prinsippet om at sykehusområdene skal tilby 80-90 % av tjenestene. Samtidig frykter helseforetakene i Oslo at prinsippet om at sykehusområdene skal tilby 80-90 % av tjenestene, vil medføre at slike funksjoner flyttes ut av Oslo og at etablerte fagmiljøer her dermed går tapt.

I sykehusområder med mer enn ett helseforetak er det en frykt for at en samling av spesialiserte områdefunksjoner ett sted innenfor et sykehusområde vil føre til tap av slike funksjoner på eget helseforetak/lokalsykehus.

Som for akutfunksjoner vil det kunne være lokale hensyn som tilsier at spesialiserte funksjoner ikke bør samles ett sted innenfor et sykehusområde. En slik lokal faktor vil ofte være avstander innenfor et sykehusområde. Det kan også være andre faktorer, herunder optimal utnyttelse av bygg og andre ressurser.

Det er viktig å understreke at en samling av en spesialiserte funksjon ett sted innenfor et sykehusområde ikke betyr at alle slike tjenester bare må tilbys ett sted. Det er akutfunksjoner og dermed døgntilbudet som det er ønskelig å samle. Når det gjelder polikliniske og dagbaserte tjenester er det, i samsvar med ønsket om å etablere sterke lokalbaserte tjenester, ønskelig at det etableres et desentralt tilbud. Dette må skje i samarbeid med sykehuset som har akutfunksjon for den spesialiserte tjenesten. Ved en slik organisering kan pasienter både utredes og følges opp lokalt, også for lidelser som trenger mer spisskompetanse.

I sykehusområder der lokale forhold ikke legger til rette for samling av akutfunksjoner og døgntilbud for spesialiserte områdefunksjon ett sted, må faglig kvalitet i disse tjenestene ivaretas gjennom andre tiltak. Slike tiltak kan være å samle tjenestene innenfor en enhet med felles ledelse, og med satellittvirksomhet ett eller flere steder, samt tiltak for å sikre faglig koordinering på tvers av enheter mv.

Når det gjelder samling av de mest spesialiserte funksjonene (regions- og flerområdefunksjoner), må Helse Sør-Øst hele tiden vurdere behovet for dette opp mot ønsket om å sikre en mest mulig desentralisert tjeneste, der 80-90 % av tjenestene tilbys i sykehusområdene og regionens samlede "sørge for"-ansvar. Samtidig må det sikres at oppbygging av funksjoner i sykehusområdene ikke bidrar til utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet i regionen som helhet, eller økt behov for legespesialister, noe som ville redusere andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene. Det er også viktig å vurdere tidligere funksjonsfordelte tjenester før disse etableres på nytt. Fremtidig regional funksjonsdeling, herunder desentralisering ved en oppbygging av nye spesialiserte funksjoner i sykehusområdene utenfor Oslo, må derfor vurderes samlet ut fra faglige kriterier (herunder alternative tilnærminger for å sikre kvalitet), ressursmessige betraktninger, samt målet om å desentralisere det som kan desentraliseres.

## f) Regionale fagråd / faglig myndiggjøring

Undersøkelser viser at det er store variasjoner i faglig praksis i helseregionen. Det er også slik at nye prosedyrer og behandlingsformer iverksettes uten vurdering av helsegevinst, opplæring og vurdering av regionale konsekvenser, herunder prioriteringsmessige effekter, og at gamle metoder med mindre helseeffekt videreføres. Det er heller ikke alltid slik at fastsatt rutiner og regionale og nasjonale prosedyrer etterleves eller at regional funksjonsdeling gjennomføres. Likeledes er det ofte for dårlig samsvar mellom kjente, nye behov og effekt av nye behandlingsmetoder og endring av kapasitet i tjenesten. For å legge til rette for et mer likeverdig tjenestetilbud i Helse Sør-Øst med høy faglig kvalitet, herunder styrke regional fagutvikling og rådgivning, foreslås etablering av regionale fagråd. Dette bygger blant annet på erfaringene med regionale fagråd fra tidligere Helse Sør.

Det ble i høringen ikke stilt spesifikke spørsmål til høringsinstansene om etablering av en slik regional rådgivende funksjon. Det er imidlertid, i perioden fra juni frem mot styresaken, arbeidet med å styrke beslutningsgrunnlaget for styret på dette punktet. Et innspillsnotat er drøftet med de administrerende direktørene i helseforetakene, sendt helseforetakene og konserntillitsvalgte for innspill og diskutert med fagdirektørene i flere omganger. I notatet ble det fremmet forslag til mandat for fagrådene, organisering (inndeling i fagråd og deres sammensetning), samt rapportering.

Det er i disse prosessene fremkommet bred støtte for etablering av regionale fagråd. Det gis imidlertid uttrykk for en viss bekymring for at etablering av fagråd kan skape uklarhet i forhold til ledelseslinjen og lojalitetskonflikter. Likeledes er det en viss bekymring for at det avhengig av sammensetningen ville føre til en sentralisering av funksjoner i Helse Sør-Øst.

Når det gjelder hvilke fagråd som bør etableres, ble det i innspillsnotatet foreslått at fagråd skulle etableres med utgangspunkt i medisinske spesialiteter. I flere av innspillene ble det imidlertid tatt til orde for at en slik inndeling var gammelmodig, og at det ville være ønskelig med en mer tverrfaglig tilnærming, evt. inndeling etter pasientforløp. Det ble også sterkt tatt til orde for at fagrådene må være tverrfaglig sammensatt, dvs. at ikke bare leger måtte være representert, uansett inndeling av fagrådene. Videre ble det tatt til orde for en streng vurdering av hvor mange fagråd det er behov for, for å sikre effektiv utnyttelse av personellressursene. I tråd med dette ble det vektlagt at rådene må ha klare oppgaver og mandat, og for at Helse Sør-Øst RHF benytter seg av ad hoc utvalg på mer avgrensede områder når det er behov for dette.

Som følge av innspillene foreslås at regionale fagråd utformes med utgangspunkt i pasientenes behov for tjenester (pasientforløp) og ikke med utgangspunkt i medisinske spesialiteter. Det foreslås at fagrådene skal ha en tverrfaglig sammensetning. For å sikre dette skal Helse Sør-Øst RHF oppnevne fagrådene etter innspill fra helseforetakene og regionalt brukerutvalg/brukerorganisasjonene. Innspillene må legge til rette for en tverrfaglig sammensetning.

Det foreslås videre å gi fagrådene en forankring i relevant regionsavdeling, som leder rådet. Begrunnelsen for dette er regionsavdelingenes rolle innenfor forskning og fagutvikling. Dette må imidlertid vurderes for det enkelte fagråd, da andre løsninger kan være mer hensiktsmessig. Det åpnes derfor for at fagråd kan ledes fra annet helseforetak i regionen.

Administrerende direktør fastsetter mandat for fagrådene. Det etableres en retningslinje for sammensetning og mandat. Både mandat og sammensetning må allikevel gjøres gjenstand for en individuell vurdering, og tilpasses det enkelte tjenesteområde/pasientforløp.

Fagrådene vil rapportere til det regionale helseforetaket og rådene vil bli behandlet i de ordinære møtene med styreledere, direktører, konserntillitsvalgte, konsernverneombud og brukerutvalg. Sentrale oppgaver for fagrådene vil være å utarbeide regionale rutiner knyttet til pasientforløp mellom sykehusområdene og regionale funksjoner, implementere nasjonale retningslinjer og prosedyrer, samt bidra til faglig koordinering på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig ensartet og likeverdig. De regionale



fagråd er videre tiltenkt en sentral rolle i forhold til å sikre at regional funksjons- og oppgavedeling er dynamisk og i samsvar med fagutviklingen innenfor medisinen og pasientenes behov, jfr. samlerapportens omtale av forslaget om å etablere en regional rådgivende funksjon.

Råd må bygge på dokumentert kunnskap og beste praksis og sikres legitimitet gjennom gode prosesser, der forankring og dialog med brukere og det samlede fagmiljøet, herunder universitetet og høyskoler, Helsedirektorat og Kunnskapscenteret ivretas.

Eksisterende råd og utvalg med rådgivningsfunksjon overfor det regionale helseforetaket foreslås restruktureres i tråd med den felles retningslinjen for mandatet og sammensetning som etableres. Den regionale koordinerende enheten innen rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF og den regionale koordinerende enheten innen tverrfaglig rus behandling ved Aker universitetssykehus HF videreføres.

### **g) Relasjon til de private**

Private aktører er en viktig ressurs i helsetjenesten og skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. Vedtatt strategi for Helse Sør-Øst (jfr. styresak 020/2008) legges til grunn.

Prinsippet om organisering i sykehusområder gjør at man bør se de private leverandørene som en integrert del av det tjenestetilbud innen det enkelte sykehusområde. Dette gjelder både somatiske institusjoner/sykehus, og institusjoner innen fagområdene psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

På denne bakgrunn foreslås at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Private leverandører både innen somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering skal bidra, sammen med det offentlige tjenestetilbudet innenfor et sykehusområde, til å dekke befolkningens behov. Krav til leveranser utformes i samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene. Avtalene inngås som tidligere av Helse Sør-Øst RHF. Innenfor rus og rehabilitering, der en stor del av døgnbehandlings-tilbudet i dag tilbys av private, og kapasiteten innenfor det offentlige er lav, må det etableres gode prosesser der utvikling av tilbudet innenfor sykehusområdene sees i sammenheng med bruken av /kjøp av tjenester fra de private.

Med utgangspunkt i prinsippet om likeverdighet, foreslås at private leverandører av spesialisthelsetjenester underlegges samme krav til omstilling, organisering og drifts-effektivitet som de offentlige helseforetakene.

I høringsinnspillene fra private leverandører av tjenester ses positivt på inndeling i sykehusområder som bedre utgangspunkt for samhandling og utnyttelse av samlede tjenester. De ønsker imidlertid, ved opprettelse av sykehusområde, fortsatt å forholde seg til det regionale nivået. De understreker behovet for stabile rammevilkår og forutsigbarhet, og gir uttrykk for at de ønsker å få medvirke i videre prosess, herunder å delta i fagråd mv. Det påpekes videre at det er ønskelig at RHF skiller mellom bestiller- og utførerfunksjon.

I møtene som ble avholdt i høringsperioden ble det påpekt at for fagområdene rus, psykiatri og rehabilitering er forholdet til private aktører lite berørt i høringsnotatet. Flere av de private sykehusene, herunder både Martina Hansens Hospital, Betanien og Reumatisesykehuset påpeker likeledes at høringsnotatet ikke omtaler de private spesialsykehusene uten formelt definert opptaksområde. Flere av disse fremhever områder der de kan tilby flere tjenester. I tråd med dette ønsker Feiringklinikken å innlemmes i regionens akuttberedskap (akutt PCI), særlig dersom dublering på dette området bortfaller.

Flere helseforetak, blant annet Sykehuset Asker og Bærum HF og Sykehuset Innlandet HF tar til orde for at helseforetakene må få en rolle i administrasjonen av avtalene med private leverandører. Enkelte helseforetak tar endog til orde for at inngåelse av avtaler legges til dette nivået.

NHO Service påpeker at det er effektiviseringsgevinster å hente på medisinske støttefunksjoner, og tilbyr seg å medvirke i en prosess for å utrede dette mer i forbindelse med samordningen av Oslo sykehusene,

Med utgangspunkt i høringsinnspillene er det viktig å understreke at gjeldende politiske føringer innebærer at det er det regionale helseforetaket som må inngå avtalene med de private leverandørene. Avtaler skal derfor fortsatt inngås av Helse Sør-Øst RHF. Krav til leveranser kan og bør imidlertid utformes i samarbeid mellom det regionale helseforetaket og helseforetak i det enkelte sykehusområde.

På lik linje med de private institusjonene er avtalespesialistene en viktig ressurs i helse-tjenesten og skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler. Det er fra flere hold, blant annet i innspillet fra Norsk psykologforening og Legeforeningen påpekt at det savnes en nærmere beskrivelse av avtalespesialistenes rolle. Det er i prosessen i fase III påpekt overfor disse at manglende omtale henger sammen med at man ikke har tatt sikte på å endre avtalespesialistenes rammevilkår. Det er imidlertid et klart mål at også avtalespesialistene i større grad skal bidra, sammen med det offentlige tjenestetilbudet, til å dekke befolkningens behov for tjenester innenfor det sykehusområdet de er lokalisert. Dette skal oppnås ved at de individuelle avtalene utformes i tett dialog mellom Helse Sør-Øst RHF og helseforetakene i sykehusområdet, og at faglig oppfølging vil bli lagt til sykehusområdene. Rammeavtalene vil, som tidligere, inngås på nasjonalt nivå med alle de regionale helseforetak, og det vil, som før, være Helse Sør Øst RHF som tildeler hjemler og inngår individuelle avtaler.

Når det gjelder de to private ideelle sykehusene Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS foreslås at Helse Sør-Øst RHF viderefører kjøp av helsetjenester fra disse basert på et definert opptaksområde, i tillegg til andre definerte funksjoner og oppgaver. Begrunnelsen for dette er ønsket om at disse sykehusene fortsatt skal fungere som lokalsykehus for befolkningen i Oslo, og ta et helhetlig ansvar for lokalbaserte tjenester til befolkningen i sitt opptaksområde, jfr. avsnittet om organisering i Oslo sykehusområde. Dette innebærer å tilby lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. Kravet til gjennomgående ledelse innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus tilpasses til den funksjon og oppgavedeling som avtales, med det mål at tiltakskjeden sees samlet.

### **2.3.3 Prinsipper for organisering og utvikling av rehabiliteringstjenestene**

For å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i regionen, sikre integrering mellom behandling og rehabilitering og legge til rette for at rehabilitering blir en naturlig del av et sammenhengende pasientforløp der det er behov, foreslås at sykehusområdene skal ivareta 80-90 % av spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved bruk av avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Innenfor habilitering er bortimot 100 % av tjenestene integrert i sykehusområdenes tjenestetilbud.

Fremtidig organisering og prioriteringer må sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen habilitering og rehabilitering, slik at en oppnår et mer desentralisert tilbud og mindre variasjon i tilbud og ressursforbruk mellom helseforetakene.

Som ledd i arbeidet med å etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen habilitering og rehabilitering foreslås at sykehusområdene i samarbeid med kommunene utformer områdevis planer for hvordan habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles.

Når det gjelder de regionale rehabiliteringsfunksjoner foreslås at disse samles for å styrke rehabilitering som fagfelt og sikre videre fagutvikling, forskning og utdanning. Samlingen av regionale funksjoner fra alle dagens enheter innen rehabilitering gjennomføres innen 01.07.09 etter en nærmere regional utredning ledet av Helse Sør-Øst RHF.

Samtidig med samling av regionale funksjoner må forskning, utdanning og gode tverrfaglige behandlingstilbud sikres ved at de regionale funksjonene organiseres i tett samarbeid med øvrige regionsykehusfunksjoner.

Som grunnlag for den videre utviklingen av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene utarbeides en regional plan for rehabilitering som legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF i løpet av første halvår 2009. Parallelt og samordnet med regional plan for rehabilitering utarbeides det en tilsvarende plan for habilitering. Planen danner grunnlag for utvikling av tilbudet til pasienter med medfødte og tidlig ervervede sykdommer og funksjonshemminger, samt barn og unge som skades senere i livsløpet. Integrasjon med pediatri og øvrige medisinske områder sikres i planarbeidet. Dette omfatter også nasjonale funksjoner.

I høringsinnspillene er det gjennomgående en positiv respons til at rehabiliteringsområdet trekkes fram særskilt. Det er imidlertid ingen entydig tilbakemelding fra høringsinstansene når det gjelder organisering av spesialisert rehabilitering. Mange av høringsinstansene mener det er riktig å samle de spesialiserte funksjonene for å sikre et godt tilbud for de få pasientene med komplekse tilstander, men det er et mindretall av høringsinstansene som uforbeholdent går inn for et eget rehabiliteringsforetak. Mange mener det vil være mest hensiktsmessig å organisere spesialisert rehabilitering på lik linje med andre medisinske områder, dvs. i tilknytning til lands- og regionssykehuset (ref modell 1 i høringsnotatet). Majoriteten av høringsinstansene er primært opptatt av at tilbudet til de store pasient-/brukergruppene skal etableres så nært der brukerne bor som overhodet mulig, dvs. i tilknytning til område-/lokalsykehus og i samhandling med primærhelsetjenesten.

Mer spesifikt gir de viktigste målgruppene uttrykk for følgende i høringen:

*Brakerorganisasjoner og brukerutvalg* er ikke entydige i sine anbefalinger når det gjelder ett regionalt foretak. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), som organiserer mange av brukerorganisasjonene, uttrykker sterk tvil til etablering av ett foretak og er opptatt av å desentralisere spesialistkompetanse til nytte for mange brukere. Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) går inn for et felles foretak for å styrke feltet, mens Rasmusbrukernes interesseorganisasjon (RIO) understreker at det må skje en kompetanseoverføring ut i sykehusområdene. Landsforeningen For Slagrammede (LFS) (jf. pkt 10) etterlyser den faglige begrunnelsen for å samle spesialisert rehabilitering. For den del av befolkningen som rammes av hjerneslag er det viktig med behandling av høy kvalitet i nærheten der pasienten bor, da rehabilitering går over mange år. Kreftforeningen uttaler tilsvarende, dvs. at det er stort behov for rehabilitering, men at den må integreres i behandlingsskjeden. Landsforeningen for ryggmargsskadde tilsluttet Norges handikapforbund støtter derimot at Rikshospitalet SSR (Spesialsykehuset for rehabilitering) og Sunnaas sykehus samles i et nytt rehabiliteringsforetak, men er usikre på hva det vil bety for lokaliseringen og evt. hva endringen vil innebære for den etablerte kompetansen ved Sunnaas. Norsk Revmatikerforbund (NRF) uttaler at det er en uheldig tankegang og konsekvens at rehabilitering holdes utenfor den ordinære sykehusorganisering og ikke inkluderes naturlig i behandlingsforløpet.

Helse Sør-Østs brukerutvalg ser nytten av å samle regionale funksjoner i en egen enhet, men peker på at det kan resultere i sentralisering av flere tilbud enn nødvendig. Lokale brukerutvalg har ulike synspunkter.

*De fleste helseforetakene* uttrykker sterk tvil til etablering av et eget regionalt rehabiliteringsforetak. De offentlige Oslo-foretakene, Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF går inn for en integrert klinikk i et nytt regionssykehus – en likestilling av rehabilitering og fysikalsk medisin i et tverrfaglig universitetsmiljø, der regionale funksjoner overføres gradvis og etter en omforent implementeringsplan så rask oppgangen mellom funksjonsnivåene er definert og de fysiske, bygningsmessige forutsetningene tilsier det. Dette synet deles i all hovedsak av sykehusene Buskerud, Blefjell, Ringerike, Sørlandet, Innlandet, Akershus, Vestfold og Psykiatrien i Vestfold, som mener rehabilitering må organiseres på samme måte som øvrige medisinske funksjoner. Sykehusene er i tillegg

opptatt av rehabilitering som en del av akuttsykehusets og lokalsykehusets kompetanse, og bibehold av institusjoner med etablert rehabiliteringskompetanse i eget sykehusområde. Det er kun Sykehuset Østfold og Sunnaas sykehus som går inn for et eget foretak. Det samme gjør Sykehuset Asker og Bærum på kort sikt, men mener som de andre at spesialisert rehabilitering må organiseres sammen med øvrige regionsfunksjoner. Sykehuset Telemark har ikke svart på spørsmålet om organisering av rehabilitering.

*KS og kommunene* legger primært vekt på styrking av sykehusområdene og samhandlingsperspektivet. Det er delte meninger mht etablering av eget foretak og det understrekes at det kun må være (høy)spesialisert, kompleks rehabilitering som samles i en egen institusjon. Nærhetsprinsippet og helhetlige, planlagte forløp mellom nivåene er klare føringer i uttalelsene.

*Fagforbundene*, med unntak av Dnlf som ikke tar standpunkt til spørsmålet i høringsnotatet, støtter med visse organisatoriske føringer, samling av kompleks rehabilitering i ett foretak.

I sum "anbefaler" høringsuttalelsene at rehabilitering organiseres som de øvrige medisinske fagområdene. Det kommer også fram at mange ønsker seg en motor, en faglig samling/nettverk som kan drive rehabiliteringsområdet framover i en brukerrettet organisering der individuelle planer og samordning både vertikalt og horisontalt i behandlingsforløpene, er sentrale punkter.

Begrunnelsen for å styrkes sykehusområdene, både med hensyn til kompetanse og kapasitet, samtidig som de regionale funksjonene innen rehabilitering samles, er nettopp for å skape optimale rammebetingelser for utvikling av rehabiliteringstjenestene, og med det et likeverdig tilbud av rehabiliteringstjenester for hele befolkningen i Helse Sør-Øst.

Det er i all vesentlighet de samme prinsippene som gjelder for rehabilitering som de øvrige medisinske fag og funksjoner som legges til grunn i styresaken. Også for rehabilitering vil det være viktig å samle det spesialiserte for å sikre maksimal gjenvinning av funksjonsdyktighet og livskvalitet etter skader eller sykdom, og å desentralisere det alminnelige for å skape et helhetlig rehabiliteringstilbud med høy kvalitet så nært brukerens dagligliv som overhodet mulig (80-90 %). Erkjennelsen av at rehabilitering starter den dagen man blir innlagt på sykehus innebærer at både lokal-, område- og regionsykehusets rolle (avhengig av kompleksitet) vil få en viktig betydning i tidlig rehabilitering for å sikre medisinsk og bruker-opplevd kvalitet.

Med utgangspunkt i innspillene foreslås derfor å legge til grunn de samme prinsipper for organisering av spesialisert rehabilitering som for de øvrige medisinske områdene gjennom å desentralisere 80 – 90 % av rehabiliteringstjenestene og legge ansvaret til sykehusområdene/helseforetakene. På noe sikt og etter en utskilling av lokalbaserte funksjoner og områdefunksjoner, skal regionale og enkelte flerområdefunksjoner samlokaliseres med øvrige regionale funksjoner. Sunnaas sykehus HF videreføres som eget foretak i perioden fram til samlokalisering. Som grunnlag for denne samlokalisering og integrering etableres det en helhetlig plan for rehabilitering og utvikles en gjennomgående strategi og omforent implementeringsplan for en samling og gradvis overføring av regionale funksjoner.

#### **2.3.4 Prinsipper for organisering og utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst**

Tiltakene som er foreslått har som formål å realisere de politiske målsettinger formulert i opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2008. Selv om opptrappingsplanen avsluttes i 2008, skal planens føringer videreføres. I tillegg ligger de generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst til grunn for forslagene. Formålet med de generelle prinsippene er blant annet enklere strukturer og mer oversiktlige og samordnede tjenester for pasientene. Dette anses som vesentlig for å lykkes med det oppdrag som er gitt av eier innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I tillegg har forslagene som formål å sikre enhetlig ledelse innen psykisk helsevern, for voksne og barn, jfr. den sterke anbefalingen om dette fra arbeidsgruppa som utredet psykisk

helsevern i prosessens fase I. Enhetlig ledelse har som formål å sikre gode pasientforløp mellom DPS-nivå/ BUP og institusjonstilbudet, noe som anses som en forutsetning for at DPS-ene/ BUP-ene skal kunne utøve sin virksomhet på en god måte. Dersom ikke enhetlig ledelse etableres for disse nivåene, må gode pasientforløp ivaretas på andre måter.

Det er i egne prosesser i fase III fremkommet at fagmiljøet innen psykisk helsevern mener tilbudet innen barne- og ungdomspsykiatri må organiseres sammen med voksenpsykiatrien og integrert i DPS-strukturen i Oslo. Dette foreslås derfor.

Mange høringsinstanser etterlyser en tydeligere beskrivelse av psykisk helsevern og av spesifikke tiltak for å styrke dette fagfeltet. Det tas til orde for at de klare målene om å satse på disse områdene ikke synes i de organisatoriske drøftingene i høringsnotatet, som de mener i for stor grad vektlegger somatikkens premisser.

Fra kommuner og andre tjenester er synspunktet gjennomgående at tjenester innen psykisk helsevern i størst mulig grad skal være desentraliserte, og at prinsippet om samordning av somatikk, psykisk helsevern og rus på dette nivået er viktig for psykisk helsevern. LEON-prinsippet og behovet for sammenhengende behandlingslinjer, herunder god samhandlingen med fastlegene, kommunene og NAV, understrekes.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus påpeker at den foreslåtte omorganiseringen vil medføre endringer i de distriktspsykiatriske poliklinikkene (DPS). Helsetilsynet i Oslo og Akershus har gjentatte ganger og over lang tid avdekket betydelige og inngripende mangler ved flere av disse poliklinikkene. Det har vært liten endring over tid. På denne bakgrunn stiller tilsynet spørsmål ved om gjennomføring av den planlagte omorganiseringen vil fremme kvaliteten på de helsetjenester som ytes ved DPS-ene.

I motsetning til det store flertallet som mener samordning er viktig, gir Psykiatrien i Vestfold HF (PiV) uttrykk for at det er spørrende til om slik samordning faktisk gir bedre samhandling.

Flere av høringsinstansene er opptatt av hva som skal skje med PiV, dvs. om dette skal videreføres som eget helseforetak, både som følge av prinsippet om samordning, og som følge av spørsmålet om styringsmodell innenfor sykehusområder. Kommunene i Vestfold og fylkeskommunen støtter opp om PiV-løsningen, mens en del kommuner i Telemark er opptatt av integrering og sammenhengende behandlingslinjer. Begrunnelsen fra dem som ønsker samling av disse tjenestene på "områdenivå" er først og fremst å styrke fagutvikling, undervisning og forskning. Større fagmiljøer vil gi bedre faglig kvalitet på tjenesten og komme pasientene til gode. Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) er blant dem som tar til orde for at psykisk helsevern generelt bør organiseres i egne foretak.

PiV foreslår at psykisk helsevern og TSB i Telemark og Vestfold går sammen i ett foretak på sikt. Spørsmålet om foretaksorganisering drøftes nærmere i eget avsnittet om helseforetaksstruktur.

Helse Sør-Øst har forståelse for at mange høringsinstanser etterlyser en tydeligere beskrivelse av psykisk helsevern og av spesifikke tiltak for å styrke dette fagfeltet. Disse synspunktene oppfattes som uttrykk for synet at det er behov for å løfte frem fagområdet. Helse Sør-Øst erkjenner dette behovet, men mener imidlertid at de viktigste tiltak for å oppnå dette er formulert i opptrappingsplanen for psykisk helsevern og i de generelle prinsippene for organisering av tjenestene i Helse Sør-Øst. Det er derfor viktig at disse generelle prinsippene ikke avvikes innenfor psykisk helsevern.

Både arbeidsgrupperapporten om psykisk helsevern fra fase I og Helse Sør-Østs egen statusgjennomgang av psykisk helsevern i 2008 viser at det fortsatt er store forskjeller i tilbud i forhold til behov og i ressursbruk. De vedtak som nå gjøres, må derfor bidra til å sikre et likeverdig tilbud ved å skape en struktur- og oppgavefordeling som tilrettelegger for en bedre sammenheng mellom behov og tilbud. I tillegg er det behov for en økt desentralisering, for å øke tilgjengeligheten og tilrettelegge for gode pasientforløp. Enhetlig ledelse er et virkemiddel for å oppnå dette. I tillegg er det et mål å etablere en bedre oppgavefordeling mellom sykehus og DPS (med fordeling 50/50 i 2015)/BUP innen psykisk helsevern for voksne og



barn. Når en desentralisering er oppnådd, vil det bli viktig at overflødige arealer realiseres eller benyttes til annet formål innen spesialisthelsetjenesten

For å sikre en helhetlig utvikling i tråd med disse målene foreslås etablering av områdevisse planer for hvordan tilbudet innen psykisk helsevern innenfor sykehusområdet skal utvikles og styrkes. I tillegg foreslås at det utarbeides en regional plan for utvikling av psykisk helsevern i Helse Sør-Øst på strategisk nivå. Planen legges frem for styrebehandling i løpet av annet halvår 2009.

Som det fremgår under beskrivelsen av organiseringen i Oslo forslås å lokalisere regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB til det offentlige lokalsykehuset i Oslo (for diskusjon vises til dette avsnittet). Begrunnelsen for dette er at volumene av disse funksjonene er så små, at fagmiljøene ville bli små og sårbare dersom de ble samlet sammen med de somatiske lands-, regions- og områdefunksjonene. Ved å samle dem med lokalsykehusfunksjonene innenfor Oslo universitetssykehus HF oppnås både større fagmiljøer og en universitetstilknøyning. Det ligger derfor til rette for utviklingen av en faglig spyspiss innenfor psykisk helsevern og rus.

### **2.3.5 Prinsipper for organisering og utvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst**

Tiltakene som foreslås har som formål å realisere de politiske målsettinger formulert i opptrappingsplanen for rusfeltet. Opptrappingsplanens hovedformål er å fortsette føringene for rusreformen, herunder at kvaliteten i tilbudet skal heves, at helsetjenester skal gjøres mer tilgjengelige for rusmiddelmissbrukere og at samhandlingen og helhetstenkningen skal gjennomsyre behandlingsforløpet. Målet er at rusmiddelmissbrukernes individuelle behov skal fanges opp og mangfoldet og bredden i tilbudet sikres. I tillegg legger opptrappingsplanen til grunn en aktivitetsvekst for å sikre at rusfeltet prioriteres.

I tråd med opptrappingsplanen må fremtidig organisering av tjenestene og prioriteringer innenfor Helse Sør-Øst sikre mer likeverdighet og tilgjengelighet innen TSB og et mer desentralisert tilbud. For å sikre bedre tilgjengelighet vil etablering av et "rusakutttilbud" være viktig. Dette vil gi "en dør inn" og sikre brukerne en vurdering av sine tjenestebehov. Det vises i den sammenheng til forslaget om etablering av en rusakutt i Oslo, i tett samarbeid med Oslo kommune. I andre sykehusområder vil et slikt tilbud være naturlig å integrere i DPS-strukturen. For brukerne er det vesentlige at huller i tiltakskjeden tettes, slik at pasienter får et helhetlig og sammenhengende tilbud. Et slikt tilbud har vært etterspurt i Oslo. Innretning på akutt behov for avrusning må avstemmes med øvrig tjenestetilbud og det kan være andre måter å løse dette behovet for i andre deler av Helse Sør-Øst

Til grunn for vedtaksforslagene ligger de generelle prinsipper for videreutviklingen av spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst. Formålet med prinsippene er blant annet mer helhetlige og oversiktlige tjenester for pasientene, herunder større grad av samordning av tjenestene, dvs. at tilbudet innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus sees i sammenheng og koordineres. Dette siste er særlig vesentlig for pasienter innenfor TSB, fordi de ofte har somatisk og psykiske lidelser i tillegg til sin rusavhengighet. Som for psykisk helsevern er det mange av høringsinstansene som etterlyser en tydeligere beskrivelse av rusfeltet, herunder konkrete tiltak for å styrke dette prioriterte området.

På grunn av de sammensatte problemene pasienter innenfor TSB har, hvor mange har behov for et bredt spekter av hjelpetiltak, blant annet i forbindelse med bolig, jobb mv., er god samhandlingen med fastlegene, kommunene og NAV en vesentlig forutsetning for å lykkes. Dette tilsier videreutvikling av det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet, med integrering av somatikk, psykisk helse og TSB i godt fungerende lokalsykehus er vesentlig. Dette er i tråd med de generelle prinsippene. På sikt anses det nødvendig at alle lokalsykehus har et bredt tilbud TSB, bl.a. ved å kunne disponere private institusjonsplasser. Derfor foreslås at det som del av lokalsykehusfunksjonen over tid utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB, dvs. både ambulante og polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling.

For å sikre en utvikling i tråd med opptrappingsplanen og de generelle prinsippene skal sykehusområdene innen 31.12. 2009 utforme områdevisse planer for hvordan tilbudet innen TSB i sykehusområdet skal utvikles og styrkes, slik at tilgjengelighet til tjenester og helhetlige behandlingsforløp ivaretas, herunder at behovet for akutt avrusing dekkes. Videre vil Helse Sør-Øst RHF gjennomføre en regional utredningsprosess knyttet til å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres innen TSB, og hvilket som bør integreres i sykehusområdene, og når kapasiteten er tilstrekkelig til at en slik integrering kan skje. Dette skal skje som del av arbeidet med å utforme en regional strategi for rusfeltet i Helse Sør-Øst. Planen legges frem til styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF innen 31.12.2009.

Tilsvarende som for psykisk helsevern er det viktig å sikre enhetlig ledelse innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Formålet er å sikre helhetlige tjenester og gode pasientforløp, noe som er svært viktig for pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 2.3.6 Utdanning, forskning og innovasjon

Et hovedmål i forskningsstrategien for Helse Sør-Øst (2008-2011) er forskning på høyt internasjonalt nivå og å styrke forskningen i spiss og bredde som grunnlag for bedre helse-tjenester, jfr. sak nr 050-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 2: Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst. Norges forskningsråds evaluering av medisinsk forskning (2004) har vist at de medisinske forskningsmiljøene generelt er for små, for fragmenterte og for dårlig ledet. Dette, samt den internasjonale utviklingen innen forskning og klinikk, tilsier at det er behov for å skape et sammenhengende forskningssystem med slagkraftige miljøer som har tilgang til gode, understøttende funksjoner både når det gjelder infrastruktur, metodikk og forskningsadministrasjon.

For å ivareta hensyn til forskning og utdanning i Hovedstadsprosessen, igangsatte Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo i februar 2008 en utredning av universitetssykehusenes struktur og funksjon. Rapporten, som hadde en enstemmig anbefaling, ble levert 6. juni 2008. Forslaget til vedtak er i tråd med anbefalingene i denne rapporten, som har vært sendt på en bred høring. En sammenfatning av de 18 høringssvarene ligger på Samarbeidsorganets nettside<sup>2</sup>. Det er ikke mottatt innvendinger mot etableringen av ett sammenhengende system med en sterk kjerne bestående av Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus. Det ble imidlertid advart mot et for snevert, ekskluderende faglig fokus, da utviklingen innen forskning, klinikk og utdanning nødvendigvis gjør et bredt tverrfaglig perspektiv.

I sitt møte 19. september 2008 vedtok Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo, basert på anbefalingene i rapporten og de innkomne høringssvarene, at: "Samarbeidsorganet støtter anbefalingen om å etablere et sammenhengende og koordinert system for forskning og utdanning av helsepersonell i Helse Sør-Øst RHF, på høyt internasjonalt nivå og i tett samhandling med Universitetet i Oslo. Samarbeidsorganet støtter prinsippene som er lagt til grunn i rapporten."

Etableringen av universitetssykehussystemet forutsetter tett samarbeid med Universitetet i Oslo, inkludert flere av fakultetene (bl.a. medisinsk -, matematisk-, naturvitenskapelig -, odontologisk-, og samfunnsvitenskapelig fakultet) og høyskolene. Det vil være særlig behov for tett organisatorisk og strategisk samordning med Det medisinske fakultet. Dette forutsetter samarbeidsevne og gjennomføringskraft hos begge parter. Blant nødvendige tilpasninger er kompatibel organisering, samkjørte prioriteringer, tett samarbeid om investeringer og drift av infrastruktur, og entydige og understøttende rammer for forskningsaktiviteten. Dette arbeidet forutsettes koordinert gjennom Samarbeidsorganet mellom Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF og i Samarbeidsorganet mellom Høyskolene og Helse Sør-Øst RHF.

<sup>2</sup> [http://www.med.uio.no/shhu/Innkallinger/2008/190908/horingssvar\\_sammenfatning\\_sep08.pdf](http://www.med.uio.no/shhu/Innkallinger/2008/190908/horingssvar_sammenfatning_sep08.pdf).

Det regionale helseforetaket vil videreføre sine forpliktelser i forhold til utdanning av helsepersonell, herunder spesialistutdanning av leger og praksis og lærlingplasser, i samme volum og med fokus på å oppnå de nødvendige kvalifikasjoner.

I høringsinnspillene i Hovedstadsprosessen er konsekvenser for utdanning og forskning lite omtalt. Bare et fåtall utdanningsinstitusjoner har uttalt seg. Universitetet i Oslo uttrykker en viss bekymring for reduksjonen i antall helseforetak og hvorvidt det vil ha konsekvenser for universitetsfunksjonen og utdanningen. På den annen side ser universitetet på utvidelsen av sykehusområdene og samling av funksjoner som ny mulighet til å styrke både utdanning og forskning.

Det blir også påpekt som et viktig poeng at forskyvning av tyngdepunktet for pasientbehandlingen til lokalsykehusene, og det at regionsykehuset ikke skal ha alminnelige funksjoner, tilsier at ansvaret for grunnutdanning og for en stor del også videreutdanning i langt større grad må foregå på alle sykehus og i det lokalbaserte spesialisthelsetjenesten. Samtidig påpekes at utvikling av breddekompetanse og en høyere status for de fagområdene som er grunnlaget for lokalsykehusfunksjon, krever holdningsendringer og vilje i fagmiljøet selv til å gjøre endringer i egen aktivitet. Det betyr samtidig et behov for å vurdere spesialistsystemet/-utdanningen.

Fagmiljøene ved Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF har, i sine vurderinger av gevinster ved samordning av regionsfunksjoner, jfr. modell 1 i høringsnotatet, tatt til orde for at dette vil styrke fagutvikling og forskning. Legeforeningen har påpekt at konsekvenser for utdanning og forskning er for lite utredet og beskrevet. YS skiver på lik linje at de savner tydelig mål for hvordan undervisningen av studenter og lærlinger skal organiseres og ledes i ny struktur

Det er videre trukket frem at det vil bli behov for å gjennomgå fordelingen av legehjemler i forbindelse med de strukturelle endringene som vedtas, for blant annet å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet.

Blant annet Norsk psykologforening påpeker at lokalsykehusene må få en sentral rolle i grunn-, videre og etterutdanningen av helsepersonell. Foreningen tar videre til orde for at forskning innen psykisk helse og rus bør legges til lokalsykehuset med ansvar for spesialiserte tjenester.

Det er også påpekt at rendyrking av lokal- og område-/region-sykehusfunksjoner og endringer i pasientstrømmene vil få konsekvenser for forskning og utdanning som må håndteres. Spesielt må eventuell flytting av spissforskningsmiljøer vurderes nøye med hensyn til mulig fragmentering, tilgang til infrastruktur og samarbeidsrelasjoner til andre fagmiljøer. Oppbyggingen av klinisk forskning når klinisk virksomhet er under omstilling innebærer særlige utfordringer.

Innspillene forteller at det blir viktig å sikre arealer til forskning, innovasjon og utdanning i omorganiseringen, herunder i de flyttinger som skal skje. Det er videre viktig å legge til rette for videreutvikling og bevaring av de sterke forskningsmiljøene, blant annet ved å sikre disse tilgang til et tilstrekkelig pasientgrunnlag, også ved endring av pasientstrømmene. Samtidig må de helseforetak som fremover skal ivareta de store og viktige pasientgruppene, ha god forskningsforankring og danne grunnlag for undervisning. For å få til dette er det nødvendig med en effektiv samordning og ressursutnyttelse for forskningen med sikte på å etablere et nav i et sammenhengende universitetssykehussystem, i tråd med forslaget.

I Hovedstadsprosessen er det lagt til grunn at tjenesten struktur og innhold skal utformes med utgangspunkt i pasientenes behov. Det er samtidig forutsatt at endringene skal bidra til å styrke forskningsinnsatsen. Ved omorganisering av det kliniske tjenestetilbudet må det derfor samtidig tilrettelegges for gode rammevilkår, ledelse, og organisering av forskning og utdanning. Dette er lagt til grunn for forslagene til vedtak. Helse Sør-Øst vil etablere et utdanningsutvalg som vil sikre et fortsatt fokus og videreutvikling av utdanning av helsepersonell.

### 2.3.7 Utvikling av fellestjenester

Et av hovedgrepene i Omstillingsprogrammet er å skille ut fellestjenester for å oppnå både kvalitative og økonomiske gevinster. Fellesløsninger for støttefunksjoner innen økonomi, lønns- og personaladministrasjon, ressursstyring (arbeidsplansystem) og felles IKT-system for rekruttering vil medføre standardisering av prosesser, teknologi og organisering og bedre utnyttelse av de samlede ressursene til administrative støttefunksjoner. Helse Sør-Øst bygger blant annet videre på det arbeidet som er gjort i tidligere Helse Sør når det gjelder etablering av felles tjenesteleverandør, Sykehuspartner. Administrative støttefunksjoner skal standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess for å frigjøre ressurser til pasientbehandling og øke kvaliteten på de administrative funksjoner.

Helse Sør-Øst har strenge økonomiske rammebetingelser å forholde seg til, og det ansees som lite realistisk at disse endrer seg vesentlig i tiden fremover. Knapphet på kapitalressurser, investeringsmidler og krav til effektivisering betinger styring på samordnet nivå og god ressursutnyttelse både når det gjelder personell, driftsøkonomi og kapital.

IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette krever betydelige teknologiske investeringer og en realvekst i forhold til dagens nivå. Det nødvendiggjør også regional samordning av IKT-utviklingen, felles prioritering og et sterkt fokus på organisasjonsutvikling og gevinstrealisering i kjernevirksomheten. Organiseringen av IKT skal støtte opp under de mål som er satt for utviklingen av Helse Sør-Øst og sikre god kvalitet på tjenesten, god driftmessig sikkerhet og god ressursutnyttelse gjennom samordnet regional styring, riktig prioritering og uttak av organisasjonsmessig gevinster i helseforetakene. Det vises også til styresak 109-2009 om etablering av felles tjenesteleverandør for IKT.

Forbedring av innkjøpskostnadene vil ha betydelig effekt på den økonomiske situasjon i foretaksgruppen. Det skal utvikles en kultur for kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk gjennom god organisering og bred involvering av ansatte på alle nivå i foretaksgruppen. Det er også et mål med større internkontroll, fokus på etikk og miljøkrav. Det vises til styrets behandling av flere saker gjennom 2007 og 2008 vedrørende strategi- og handlingsplan for innkjøp og logistikk.

Videre vil samordnet styring av eiendomsområdet øke fleksibiliteten for å foreta tilpassinger av eiendomsmassen til pasientbehov, medisinsk utvikling og samfunnsmessige rammebetingelser. Eiendomsavdelingene på alle nivå i helseforetaksgruppen skal bidra til profesjonelt eierskap og forvaltning av foretaksgruppens eiendomsmasse som fremmer kostnadseffektive og gode helsetjenester innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Arealeffektivisering skal bidra til at arealmessig overkapasitet reduseres.

### 2.3.8 Inndeling i sykehusområder

Det er foreslått at Helse Sør-Øst organiseres i følgende syv sykehusområder:

Sykehusområde	Følgende HF inngår	Opptaksområder/kommentarer
<i>Østfold sykehusområde</i>	Sykehuset Østfold HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
<i>Akershus sykehusområde</i>	Akershus universitetssykehus HF	Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum.  Spesialiserte funksjoner (områdefunksjoner) for Nes kommune.
<i>Oslo sykehusområde</i>	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF	Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)  Opptaksområdene for Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus inngår
<i>Innlandet sykehusområde</i>	Sykehuset Innlandet HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.  Jevnaker kommunes sykehistilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.  Nes kommunes lokalsykehistilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag. Spesialiserte funksjoner ivaretas av Akershus universitetssykehus HF
<i>Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde<sup>3</sup></i>	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg, Ringerike sykehus HF	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder.  Jevnaker kommunes sykehistilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.  Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Buskerud
<i>Telemark og Vestfold sykehusområde<sup>3</sup></i>	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF  Blefjell sykehus HF avdeling Rjukan og Notodden	Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder.  Blefjell sykehus HF sitt opptaksområde i Telemark
<i>Sørlandet sykehusområde</i>	Sørlandet sykehus HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.

<sup>3</sup> Foreløpig navn. Navnespørsmålet utredes særskilt og fremmes i desembermøtet.



I inndelingen i sykehusområder er det, i tillegg til optimalt pasientvolum, tatt hensyn til dagens inndeling i helseforetak og geografiske forhold. Dette ligger til grunn for at Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Østfold HF er foreslått videreført som egne sykehusområder med samme opptaksområder som i dag. I disse helseforetakene er det gjennom de senere årene gjennomført betydelige omstillinger både i struktur og i oppgave- og funksjonsfordeling.

#### Deling av Blefjell sykehus HF:

Blefjell sykehus HF har i sitt innspill støttet en deling, men presisert at dette forutsetter at det vedtas organisatoriske løsninger innen Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde som kan tilfredsstille kravet om et felles helhetlig foretak. Dette fordi felles foretak anses av avgjørende betydning for å få til en helhetlig og god prosess i den nye strukturen for foretaket.

Deling av Blefjell støttes av Sykehuset Telemark, Sykehuset Buskerud, Sykehuset i Vestfold, Fylkesmannen i Buskerud og fylkesmannen i Telemark, samt Porsgrunn, Notodden og enkelte andre kommuner. Tinn kommune er mot deling. Flere kommuner i området tar ikke stilling til spørsmålet, men presiserer krav til innhold ved enhetene.

Begrunnelsen for en deling av Blefjell sykehus HF, som nok også ligger til grunn for den brede støtten som fremkommer for dette, er at dette vil samsvare med tradisjonelle, og geografisk sett "naturlige", pasientstrømmer for pasienter i Blefjell sykehus sitt opptaksområde. Kongsberg sykehus har etablerte pasientstrømmer til Sykehuset Buskerud innen både somatikk og psykisk helse, mens spesialiserte behandlingstilbud for pasienter i opptaksområdet for Blefjell sykehus Rjukan og Notodden, i dag i hovedsak ytes fra Sykehuset Telemark.

Som følge av deling av Blefjell foreslås at Blefjell sykehus HF Rjukan og Notodden virksomhetsoverdras til Sykehuset Telemark HF fra det tidspunkt det etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde, dvs. 01.07.2009.

#### Endring av Ahus sitt opptaksområde

Follorådet uttrykker i sitt høringsinnspill at det er tilfreds med å betjenes av Ahus i framtiden. Men det fremholdes forventninger om at Ski sykehus fortsatt skal opprettholdes som lokalsykehus med integrert legevakt og rehabilitering. Videre presiseres at det må bli tilstrekkelig kapasitet for psykiatri/rus (Folloklinikken). Eldrerådet i Follo beklager derimot denne endringen i sykehustilhørighet og viser til pågående samarbeidstiltak med Aker universitetssykehus HF. Vesentlig også for dem er tilbudet ved Ski sykehus.

Nes kommune i Hedmark har i dag Sykehuset Innlandet HF Kongsvinger som lokalsykehus. Somatiske sentralsykehusfunksjoner, rus og psykiatri ivaretas av Ahus. Kommunen ønsker ikke å fortsette slik delt tilhørighet. Begrunnelsen er at de ønsker å benytte det nye og moderne sykehusstilbudet ved Ahus.

Fagforeningen FO og Fellesorganisasjonen ved Aker sykehus er kritiske til at bydeler i Oslo skal betjenes av Ahus. Det er tatt til orde for at befolkningen i Groruddalen samles innenfor Oslo sykehusområde. Argumenter for dette er blant annet at for å kunne utjevne de helsemessige forskjellene mellom øst og vest i Oslo, bør ett lokalsykehus få ansvar for alle bydelene i Groruddalen. I tillegg stilles spørsmål ved om, og evt. når, Ahus har kapasitet til å ta det opptaksområdet det er tiltenkt.

Oslo kommune skriver at kommunen har merket seg at når Nye Ahus skal tas i full bruk forutsettes det at sykehuset beholder Stovner og Grorud og at Alna bydel som tidligere vedtatt overføres til Nye Ahus. Kommunen tar ikke til motmæle mot dette. Den påpeker imidlertid at dersom økte befolkningsprognoser og endret sykdomsbilde medfører økte behov for sykehustjenester, forutsettes det at opptaksområdene blir gjenstand for en ny vurdering.

Det anses som avgjørende at kapasiteten ved nye Ahus utnyttes. Allerede i dag behandler Ahus det antallet pasienter sykehuset ble bygget for å håndtere etter innflytting i 2011 (330 000). Beregninger fra andre prosjekter (Rikshospitalet og St. Olavs hospital) viser at kapasiteten i nybygg er langt større enn beregnet. Dette er sannsynligvis også tilfelle for Ahus. Helse Sør-Øst RHF har gjort analyser av kapasiteten ved Ahus både innen somatikk og psykisk helsevern. Analyser tilsier at en tilførsel i størrelsesorden 160 000 vil være nødvendig for optimal kapasitetsutnyttelse.

For å utnytte kapasiteten som vil eksisteres fra 2011, må sykehuset derfor tilføres et større opptaksområde. Det er vurdert som hensiktsmessig å ta opptaksområde fra Oslo sykehusområde fordi to bydeler i Oslo allerede er overført Ahus. Bydelene Stovner og Grorud ble overført til Ahus allerede i 2004. Det ble samtidig fattet vedtak om overføring av Alna i 2010. Det er etablert gode relasjoner mellom Ahus og bydelene Grorud og Stovner, både med samarbeidsavtaler, avtale om intermedieæravdeling og praktisk tilrettelegging av pasienttransport. Follo er foreslått overført fordi området grenser til Ahus sitt eksisterende opptaksområde.

En reversering av beslutningen om at Stovner og Grorud skal tilhøre Ahus sitt opptaksområde, vil bety at de etablerte samhandlingsrelasjoner mellom bydeler og helseforetak brytes. Dersom man ikke kompenserte et evt. bortfall av de tre bydelene fra Ahus sitt sykehusområde, vil dette innebære en underutnyttning av kapasiteten ved Ahus. For å sikre effektiv drift ved nye Ahus, må da vurderes å flytte opptaksområde fra Østfold eller Innlandet sykehusområde (ca. 100 000 mennesker) til Akershus, noe som ville kunne få uheldige konsekvenser for disse sykehusområdene. Østfold sykehusområde har i utgangspunktet et knapt opptaksområde i fht anbefalinger på sykehusområder med 350-450.000 i opptaksområdet. Overføring ville dermed fått betydning for hvilke funksjoner som kunne tilbys innenfor sykehusområdet, og en overføring av opptaksområde fra Sykehuset Innlandet ville kunne fått konsekvenser for drift ved avdelingen i Kongsvinger. Dersom hele tilførselen som Ahus trenger, dvs. et opptaksområde på 160 000 skulle tas fra Sykehuset Innlandet, ville også tilbudet ved andre deler av dette foretaket berøres.

Tidspunktet for overføring av opptaksområde fra Aker universitetssykehus til Ahus er vurdert. Ahus vil ikke ha full kapasitet før i januar 2011, da siste sengepir står ferdig. Innfasing av Alna er planlagt i 2010. Det vil løpende bli gjort vurderinger for å sikre en god innfasing av Alna og Follo som skal skje innen utgangen av 2010.

Det legges til grunn at Nes kommune i Hedmark fortsatt skal få spesialiserte funksjoner dekket ved Ahus og lokalsykehusfunksjoner ved Sykehuset Innlandet, Kongsvinger, dog slik at lokalbaserte tjenester innen psykisk helsevern og rus også ytes av Sykehuset Innlandet, som følge av prinsippet om samordning av tjenester på tvers av fagområder. Etter at overføringen av Alna og Follo til Ahus er gjennomført, og man har bedre oversikt over kapasiteten ved nye Ahus, vurderes overføring av lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune til Ahus, slik flere høringsinstanser foreslår, og som er i samsvar med prinsippene i denne saken. Ahus skriver i sitt innspill at en er klar til å ta ansvar for Nes. Sykehuset Innlandet tar til orde mot dette, dvs. argumenterer for at Nes fortsatt skal få tjenester ved Kongsvinger sykehus, da det er vesentlig for Kongsvinger sykehus sitt befolkningsunderlag.

#### Justeringer av funksjons- og oppgavefordeling som følge av sykehusområdeetablering

Etablering av sykehusområder medfører justering av eksisterende funksjons- og oppgavefordeling. Dette gjelder spesielt funksjons- og oppgavedelingen mellom sykehusområdene Oslo og Akershus og mellom Oslo og Buskerud, Asker og Bærum. Blant annet skal ansvaret for det pediatriske tilbudet til befolkningen i Asker og Bærum overføres fra Rikshospitalet til Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.

Ivaretagelse av alle områdefunksjoner innen hvert sykehusområde vil innebære etablering av noen nye funksjoner i enkelte sykehusområder. Helse Sør-Øst RHF vurderer dette samlet for regionen, for å sikre god samlet kvalitet og ressursutnyttelse.

Som følge av etablering av sykehusområder og øvrige prinsipper i saken, vil det være grunn til å gjennomgå funksjons- og oppgavedelingen i sykehusområder der organiseringen ikke er i tråd med prinsippene. Innenfor hvert sykehusområde må det etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling for over tid å sikre etterlevelse av prinsippene. I dette arbeidet kan det bygges videre på det arbeidet som ble gjort i sykehusområdene i hovedstadsprosessens fase II. I vurderingen av funksjons- og oppgavefordeling må det tas hensyn til hvordan fremtidige investeringer skal gjøres for å sikre best mulig utnyttelse av eksisterende bygg. Dette vil blant annet gjelde i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.

Når det etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde, vil det være naturlig at det er områdefunksjoner både på sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud. Det må også legges til rette for videreutvikling av nye organisasjonsmodeller i hele regionen. Det må derfor legges til grunn at konseptsykehuset for pasientforløp ved Ringerike sykehus HF videreutvikles.

### **2.3.9 Ny helseforetaksstruktur**

#### **a) Begrunnelse for ett HF i hvert sykehusområde**

I hovedstadsprosessen har det vært vesentlig å etablere et tjenestetilbud som understøtter pasientenes behov. Det har vært et særlig fokus på tjenestens innholdsmessige aspekter knyttet til oppgave- og funksjonsfordeling. Gjennom prosessen har det blitt vurdert hvordan oppgaver og funksjoner er, og bør være, fordelt mellom driftsenheter og foretak for å skape det beste pasienttilbudet, herunder legge til rette for godt samarbeidet med primærhelse-tjenesten. Hovedprinsippene om samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av flest mulig tjenester er gjennomgått tidligere i saken. Omstillingene som foreslås skal således 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

I denne sammenheng er valg av modell for ledelse og organisering av spesialisthelse-tjenestene innenfor sykehusområder et sentralt virkemiddel. Ved etablering av sykehusområder blir et viktig spørsmål hvilken styringsmodell som skal etableres innenfor sykehusområdene, for å oppnå de mål som ligger til grunn for etableringen. Det ble i høringsnotatet skissert flere ulike virkemidler og styringsmodeller for å sikre koordinering, samarbeid og bedre pasientflyt innad i sykehusområdene.

Med helseforetakstruktur siktes det her til den selskapsmessige struktur som defineres innenfor Helse Sør-Øst. Denne strukturen utgjøres av et antall helseforetak som kan bestå av flere driftsenheter og resultatenheter, og som kan sees på som en økonomisk, administrativ og ledelsesmessig fordeling av det regionale foretakets oppgaver og ressurser.

Organisering og ledelse innen sykehusområdene må baseres på den grunnleggende styringsmodell som lå til grunn for sykehusreformen, som er nedfelt i helseforetaksloven og videreført gjennom etableringen av Helse Sør-Øst. I sykehusreformen ble det lagt særlig vekt på tydeliggjøring av ansvar og styrking av ledelsesfunksjonene. For å oppnå konkrete resultater på relativt kort sikt er endringer i helseforetaksstruktur et virkemiddel som er viktige

for riktig funksjonsfordeling, god kvalitet og riktig ressursbruk. Tilsvarende strukturendringer er tidligere gjennomført både i Helse Sør og Helse Øst med positive resultater.

Når det etableres større sykehusområder anses det nødvendig å sikre ledelsesmessig gjennomføringskraft, samt å tilrettelegge for en enhetlig kulturbygging mellom ulike fagområder og ledelsesnivåer og for å sikre gode pasientforløp.

For det regionale helseforetaket vil det være særlig viktig å holde et overordnet strategisk fokus. Det regionale helseforetaket er en relativt liten organisasjon sett i forhold til foretaksgruppen som helhet, noe som gjør organisasjonen best egnet til å utvirke strategisk ledelse og styring. Den viktigste oppgaven er således å legge til rette for at helseforetakene kan gjennomføre sine oppgaver på en god måte, og at foretaksgruppen som helhet kan oppfylle "sørge for"-ansvaret som påligger det regionale helseforetaket

Strukturelle endringer er derfor strategiske virkemidler som må vurderes i et langsiktig perspektiv. Dette gjelder både foretaksstrukturen og oppgave- og funksjonsfordelingen. Store strukturelle omstillinger krever ofte relokalisering av virksomhet for å gi full effekt. Derfor kan det være hensiktsmessig å knytte de organisasjonsmessige endringer sammen gjennom formelle ledelsesstrukturer.

Hovedsynet som kommer til uttrykk i høringsinnspillene, er at det må være sammenfall mellom sykehusområde og helseforetaksstruktur, dvs. ett helseforetak, ett styre og en administrerende direktør pr. sykehusområde. For eksempel er innspillet fra Ahus tydelig på dette. Ahus skriver: *"Det må være samsvar mellom sykehusområde og HF-struktur. Styringsmodellen må lede til fusjoner av HF innen samme område for å samordne fagområder og styre tildeling sv funksjoner"*. Denne forståelsen deles av høringsinstanser fra Innlandet, Østfold, Akershus, Buskerud, Asker og Bærum og Sørlandet og dels Oslo. Når Sykehuset Asker og Bærum HF (SAB) foreslår at Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde bør deles basert på at SAB foreslår to helseforetak, og Blefjell sykehus foreslår deling av opptaksområdet/helseforetaket som ligger i skjæringspunktet mellom 2-3 sykehusområder, viser det samme logikk.

På samme måte som kommunene, støtter brukerrådene gjennomgående opp om synspunktene til "egne" helseforetak. Brukerrådene understreker at grenser må klargjøres slik at brukerne får en opplevelse av tilhørighet, og at grensene synes logisk i forhold til hvor brukerne bor og eksistens av sykehus og kommunikasjoner.

Legeforeningen påpeker at begrepene "styringsmodell" og "fusjon" må klargjøres, men tar ikke stilling til om fusjoner er ønskelig. Foreningen mener dette må måles opp mot gevinster.

Norsk sykepleierforbund uttaler at utgangspunktet for sykehusområdet må være å nå målet om selvdekningsgrad, og da bør det være en ledelse og ett styre. NSF har lite tro på frivillig samarbeid mellom klinikker og at dette blir dynamisk nok. NSF mener å se at slikt samarbeid ikke har fungert selv etter oppdrag fra RHF-nivå, for eksempel i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.

NITO fremholder også at det må være samsvar mellom sykehusområde og HF-struktur. Andre (Fagforbundet og YS) støtter inndelingen i sykehusområder, men er noe skeptisk til styringsmodell som innebærer fusjoner med de omkostninger det medfører, og anser at det må differensieres i tråd med distriktvis forhold.

Unntaket i forhold til dette hovedsynet er først og fremst Telemark og Vestfold sykehusområdet, samt Ringerike sykehus, som tar til orde for avtalebasert modell (se senere). Flere tar også til orde mot ett helseforetak i Oslo (se senere).

Fra flere hold foreligger det anbefalinger om at det gjennomføres sårbarhetsanalyser for å analysere utslagene der uenighetene er størst. Vellykket gjennomføring vil være avhengig av tydelige beslutninger og en prosjektorganisasjon til å bistå med prosessen.

En overordnet vurdering av forholdene ovenfor, samt høringsinnspillene, leder mot den prinsipielle konklusjon om samsvar mellom områdestruktur og helseforetaksstruktur. Ett

helseforetak gir en ledelse som gjennomgående kan styre utviklingen både i et kortsiktig og et langsiktig perspektiv. Ett felles helseforetak vil en ha vesentlig flere virkemidler til rådighet enn ved avtalebaserte løsninger, og ha større mulighet til å samle kompetansen i større fagmiljøer. En slik løsning gjør det også mulig for ansatte å arbeide på tvers av enheter innenfor sykehusområdet. Med utgangspunkt i dette vil det regionale helseforetaket i større grad kunne utvikle strategier for styring av utviklingen i regionen som helhet uten å involveres i mer detaljerte problemstillinger mellom virksomheter innenfor sykehusområdene.

Det at det enkelte sykehusområde skal dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester understøtter at det må være en felles ledelse for sykehusområdet. I tillegg kommer at kommunene slipper å forholde seg til mange foretak.

Spørsmålet om helseforetaksstruktur bør også vurderes i lys av dagens status og fremtidig utvikling innen IKT-området, og behovet for fleksibel bruk av kompetanse. Dagens lovgivning og avtaleverk er knyttet til virksomheten innenfor juridiske enheter. Dette medfører beskrankninger i tilgangen til pasientdata mellom helseforetakene. Likeledes krever det individuelle avtaler for bevegelse av nødvendig fagkompetanse mellom helseforetak. Det forutsettes en stadig sterkere integrasjon mellom pasientbehandling, nye arbeidsmetoder og IKT-systemene. Muligheten til å fremskaffe pasientdata i sann tid og uavhengig av behandlingslokasjonene innenfor sykehusområdet underbygger behovet for å etablere en juridisk enhet - ett helseforetak - innenfor hvert sykehusområde.

#### **b) Foretaksstruktur i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde**

Det viser til den prinsipielle begrunnelsen for ett helseforetak i hvert sykehusområde.

Det er blant helseforetakene i dette sykehusområdet tilslutning til at det er naturlig å se dette området som en samlet enhet. Allerede i fase II av hovedstadsprosessen så helseforetakene i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde utviklingsmuligheter og tok initiativ til tettere samarbeid og konkrete samordningstiltak. Dog er det ikke alle helseforetakene som ønsker ett helseforetak. Ringerike sykehus HF tar til orde for en avtalebasert modell, og Sykehuset Asker og Bærum (SAB) har som sitt primære ønske at deres sykehusområde kun skal omfatte SAB og Ringerike sykehus HF.

Innenfor sykehusområdet er det utfordringer både når det gjelder ulikhet i tilbud, tilgjengelighet, kapasitetsutnyttelse og investeringsbehov. Det er i dag fire mindre og mellomstore helseforetak i området, noe som gir en utfordring i forhold til en avtalebasert modell med tilstrekkelig styringskraft. Både Ringerike sykehus, som er regionens minste sykehus med ett opptaksområde på rundt 75.000 mennesker, og Blefjell sykehus, har hatt store driftsutfordringer gjennom flere år. Dette skyldes at handlingsrommet for modernisering og endring er begrenset av mange små enheter og derved også mindre bærekraft i forhold til nødvendige investeringer innen bygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT. Dette gir også en utfordring i forhold til et likeverdig tilbud, dersom man ikke etablerer god koordinering. Det er under planlegging et nytt sykehus i Buskerud, samtidig som det er investert i ny bygningsmasse i SAB og på Ringerike. Det er særlig viktig at fremtidig sykehusutbygging vurderes i et helhetlig perspektiv, både når det gjelder somatikk, psykisk helsevern og TSB. Dette underbygger behovet for at en enhetlig ledelse innenfor sykehusområdet gjennomføres så snart som mulig. I tillegg er det ønskelig, for å gjennomføre de overordnede mål og prinsipper for regionen, at det overføres flere tjenester fra Oslo sykehusområde til dette sykehusområdet, slik at dekningen av tjenestene i sykehusområdet blir 80-90%, og slik at sykehusområdet også i fremtiden kan opprettholde spesialiserte funksjoner.

Et tilleggsmoment er at Blefjell sykehus anbefaler deling av eget helseforetak under forutsetning av at det etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde.

Det foreslås derfor at det fra 1. juli 2009 etableres ett helseforetak i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde som omfatter Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Ringerike sykehus HF og Blefjell sykehus HF avdeling Kongsberg. Det opprettes et



interimsstyre for det nye helseforetaket fra 1. januar 2009. Det vil være naturlig at det er områdefunksjoner både på Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud, herunder akuttfunksjoner i kirurgi/ortopedi. Det legges en plan for hvordan fremtidig kapasitet skal ivaretas og fremtidige investeringer skal gjøres. Det må også legges til rette for videreutvikling av nye organisasjonsmodeller, som for eksempel konseptsykehus ved Ringerike sykehus HF, jfr. tidligere.

### c) Foretaksstruktur i Telemark og Vestfold sykehusområde

Det viser til den prinsipielle begrunnelsen for ett helseforetak i hvert sykehusområde.

I sykehusområdet Telemark og Vestfold tilrås å foreløpig avvike fra prinsippet om ett helseforetak innen hvert sykehusområde. De fleste høringsinstansene fra området uttrykker i sine innspill at de ikke ønsker et nytt styringsnivå som har som konsekvens at helseforetaksstrukturen endres. Dette gjelder både helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Høringsinstansene ser ikke nytten av å fusjonere, evt. få et nytt administrativt nivå. Det tas imidlertid til orde for å utvikle samarbeidsrelasjonene. Videre tas til orde for at endringene her bør gå over tid, og at omkostningene ved en sammenslåing må vurderes mot gevinstene.

Administrerende direktør konstaterer at det ikke har pågått interne prosesser mellom helseforetakene i Telemark og Vestfold i stor utstrekning, med sikte på å vurdere og påvise hvilket potensiale for gevinster som eksisterer ved ytterligere samorganisering i form av å etablere ett helseforetak. Dette fører til at det ikke på det nåværende tidspunkt er tilrådelig å gjennomføre endring i helseforetaksstruktur før involvering og medvirkning rundt de foreslåtte prinsippene er gjennomført. Derfor innstilles det overfor styret at Telemark og Vestfold sykehusområde inntil videre videreføres som tre helseforetak. Det forutsettes imidlertid at det etableres en forpliktende avtalestruktur mellom helseforetakene som sikrer at faglige og organisatoriske prinsipper følges opp. Det stilles i tillegg de samme krav til utvikling av det samlede pasienttilbudet i sykehusområde Telemark og Vestfold som det gjøres i de områder hvor virksomhetene er organisert i ett helseforetak.

Helseforetakene forutsettes å starte interne prosesser fra og med 01.01.2009 for å sikre at gevinster kan tas ut av samarbeidet på lik linje med de andre sykehusområdene. Organiseringen evalueres fortløpende gjennom virksomhetsrapportering og årlig melding.

#### 2.3.10 Virksomhetsoverdragelser

Som følge av endringene i organiseringen av den spesialiserte rehabiliteringen, vil det være behov for overføring av virksomheter mellom helseforetak i Helse Sør-Øst. Begrunnelsen for dette følger av begrunnelsen for den foreslåtte organisering.

Det er særlig to av de mottakende helseforetak som gir uttrykk for at de ser det som naturlig at funksjoner overføres fra Rikshospitalet HF/SSR til deres virksomhet som følge av at rehabilitering skal integreres i det ordinære behandlingsforløpet. Sørlandet sykehus HF (SSHF) mener at SSR Kristiansand bør overføres til SSHF. Sykehuset i Vestfold HF (SiVHF) understøtter overføring av SSR Stavern til SiVHF. Verken Sykehuset i Telemark (STHF) eller Sykehuset i Østfold (SØHF) har uttalt seg spesielt om organisering av rehabilitering i eget sykehusområde. SØHF ønsker imidlertid samling av regionale funksjoner i et foretak.

På denne bakgrunn foreslås at følgende enheter ved Rikshospitalet HF/SSR, med basis i en regional utredning, fra 1. juli 2009 overføres:

- Rikshospitalet HF/SSR Stavern overføres til Sykehuset i Vestfold.
- Rikshospitalet HF/SSR Sørlandet, Kongsgård sykehus overføres til Sørlandet sykehus HF.
- Telemark Rehabiliteringssenter (Nordagutu) overføres i sin helhet til Sykehuset Telemark HF

I tillegg skal lokal- og områdefunksjoner ved Sunnaas sykehus HF overføres til respektive sykehusområder. Sykehuset Østfold HF skal, som de øvrige sykehusområder, etablere et tilbud som dekker 80-90 % av befolkningens behov for rehabiliteringstjenester.

Definering og samling av regionale funksjoner innen rehabilitering fra disse enhetene gjennomføres innen 01.07.09 etter en nærmere regional utredning ledet av Helse Sør-Øst RHF.

Ett av de sentrale generelle prinsippene for utvikling av tjenestene i Helse Sør-Øst er at helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ta et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby integrerte tjenester på lokalsykehusnivå og mer spesialiserte funksjoner på områdenivå, herunder akuttfunksjoner, innenfor somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det anes som viktig at de generelle prinsippene ikke avvikes i forhold til fagområdene psykisk helsevern og rus. Av den grunn anbefales virksomhetsoverdragelse av enheter fra Aker universitetssykehus HF til Ahus. Det gjelder enheter som i dag i hovedsak tilbyr tjenester innen psykisk helsevern og rus til befolkningen som nå skal få sitt tilbud fra Ahus. Når det gjelder Alna DPS får i dag både Bjerke og Alna i dag DPS-tjenester her. Overføringen innebærer derfor at bydel Bjerke må få et tilbud ved et annet DPS i Oslo.

Av den grunn foreslås at følgende enheter virksomhetsoverdras fra det tidspunkt Ahus overtar ansvar for befolkningen i bydel Alna og i Follo:

- Alna DPS og Follo DPS, inklusive avgiftningstilbud innen TSB
- Furuset BUP og Follo BUP
- Ski sykehus

Med de foreslåtte virksomhetsoverdragelser viser beregninger at DPS-kapasiteten trolig er tilstrekkelig. Når det gjelder institusjonsplasser, mangler imidlertid anslagsvis 60 senger, som ikke kan dekkes innenfor vedtatte investeringer på nye Ahus. Det har i fase III vært gjennomført en egen prosess for å få innspill i forhold til dette. Flere måter å ivareta dette på har vært vurdert.

1. Nybygg på Ahus. Dette er foreløpig beregnet til 350 mill kr.
2. Ahus driver tjenestene i lokaler som leies fra AUS, med personell ansatt i Ahus.
3. AUS beholder ansvaret for psykisk helsevern for en del av Oslo sykehusområdet.
4. Ahus kjøper tjenester av et annet HF.

I vurderingen av disse løsningene er det fremkommet at AUS anser alternativ 2 for å være en dårlig løsning. Dette fordi forslaget innebærer å binde opp deler av Akers bygningsmasse til bruk for Ahus, noe som vil redusere muligheten for å vurdere bruken av disse arealene fritt med utgangspunkt i behovene i Oslo sykehusområde.

Ahus har gitt uttrykk for at deres foretrukne modell er nybygg, og at foretaket ikke har synspunkter dersom ikke denne modellen velges.

Samlet har gruppen som har gitt innspill til Helse Sør-Øst anbefalt at Ahus først bare overtar ansvaret for hele behandlingsskjeden for befolkningen i Follo, mens AUS/UUS midlertidig betjener befolkningen i Grorud, Stovner og Alna.

Med utgangspunkt i handlingsrommet for investering i Helse Sør-Øst, anbefales ikke nybygg/ ombygging på Ahus. Det anbefales heller ikke at sykehusområde Oslo ivaretar ansvaret for deler av Ahus sitt opptaksområde når det gjelder tjenester innen psykisk helsevern. Dette ville være i strid med prinsippet om et helhetlig ansvar, som anses særlig viktig for å ivareta psykisk helsevern og rus, jfr. avsnittene med begrunnelse for prinsipper for organisering av disse tjenestene. På denne bakgrunn anbefales at Ahus sitt eventuelle kapasitetsunderskudd knyttet til sykehuspsykiatri ivaretas ved overføring av den delen av sykehuspsykiatrien i Oslo som betjener befolkningen i Follo og bydel Alna fra det tidspunkt Ahus overtar ansvaret. Hvor stor kapasitetsunderskuddet faktisk er, på det tidspunkt overføringen av opptaksområde skal skje, herunder vurderingen av hvilken virksomhet fra UUS eller Aker som det vil være mest hensiktsmessig å overføre, bør gjøres på et senere tidspunkt.

### **2.3.11 Nærmere om organiseringen og utviklingen av Oslo sykehusområde**

Det er særskilte utfordringer i Oslo. Det er en kraftig befolkningsvekst i år, estimert til mer enn 2 %. I tillegg kommer store sosiale og levekårsmessige forskjeller mellom øst og vest i hovedstaden, som gir seg utslag i stor ulikhet i helse. Oslo har også en større andel av befolkningen med ikke-vestlig bakgrunn enn landet ellers, med de spesielle utfordringer dette representerer i forhold til sykdomsbilder, kulturforståelse og språk. Videre kan nevnes at Oslo-området også opplever:

- Økt bruk av vold og alvorlige trusler i forbindelse med rus, gjengvold, flere skader ved vold og tøffere bruk av mer skadelige våpen
- At en stor andel personer bor alene og har begrensede sosiale nettverk

Spesialisthelsetjenestetilbudet må tilpasses særskilt disse utfordringene i Oslo, kalt storbyutfordringer. Dette vil også gjelde Ahus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet som skal ivareta tilbudet til flere av Oslos bydeler. Tilbudet må utvikles i nært samarbeid med Oslo kommune for begge disse sykehusområdene.

I tillegg til utfordringer knyttet til befolkningen i Oslo, er det utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo. Dette er nærmere beskrevet i rapporten om Oslo sykehusområde, som fulgte som vedlegg til styresaken med høringsnotatet i juni. En viktig faktor er en utstrakt funksjonsdeling mellom sykehusene i Oslo, noe som gjør at mange ikke opplever å ha ett lokalsykehus å forholde seg til. En annen faktor er at mange av de funksjoner som i dag er regulert som lands- og flerregionale funksjoner er lokalisert i Helse Sør-Øst og ved sykehusene i Oslo. Dette er noe av bakgrunnen for at Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet i januar 2008 å sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivare tatt. Helse Sør-Øst RHF må også sikre nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet, som er lagt til Ullevål universitetssykehus.

Når det gjelder regionsfunksjonene, er flertallet av disse dublerede og lokalisert til de to helseforetak i Oslo (UUS og RH). Det finnes også regionsfunksjoner ved Aker US. I oppdraget som ligger til grunn for omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, er behovet for bedre samordning i hovedstaden understreket.

I omstruktureringen i Oslo sykehusområde vil det på denne bakgrunn være viktig å:

- Utvikle gode lokalbaserte tjenester
- Samle regionsfunksjoner

Som en konsekvens av at opptaksområdet blir redusert med ca 160.000 personer vil det også være behov for å tilpasse kapasiteten til nytt opptaksområde, både i forhold til personell, senger og areal.

Arbeidet i fase 2 og høringsprosessen i fase 3 har tatt utgangspunkt i to beskrevne modeller for organisering av innholdet, dvs. for funksjons- og oppgavedeling mellom enheter i Oslo

sykehusområde (modell 1 og modell 2, jfr. høringsnotatet). Modellene ble utformet med utgangspunkt i de generelle prinsippene som styret vedtok i april i sak 038-2008 at skulle legges til grunn i det videre arbeidet.

I høringen har man bedt om vurderinger i forhold til hvilken modell som anbefales, eventuelt om andre modeller i større grad bidrar til at de mål som er satt for omstillingen, ivaretas. Det er i tillegg, i egne prosesser med fagpersoner fra sykehusene i Oslo, bedt om innspill i forhold til i hvilken grad modellene bidrar til realisering av faglige og økonomiske gevinster, i tråd med styresak 067-2008.

De aller fleste helseforetak/sykehus, RHF, kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn, fagorganisasjoner, brukerutvalg og organisasjoner slutter opp om modell 1. Noen skriver at de ikke anser det som sitt mandat å uttale seg om modell i et annet sykehusområde, og påpeker at modellene har likhetspunkter, blant annet samling av akuttkirurgi og organisering av lokalsykehusfunksjonene.

De som tar et tydelig standpunkt for Modell 2 (Sykehuset Østfold, Østfold fylkeskommune og Fagforbundet) legger vekt på behovet for å skjerme elektive regions- og landsfunksjoner ved å skille disse fra kirurgiske akuttfunksjoner og multitraume. Videre er oppfatningen at Modell 1 forutsetter store investeringer og derfor ikke er realistisk.

Samtlige fem sykehus i Oslo anbefaler Modell 1 som utgangspunkt for videre utvikling av helsetilbudet i Oslo. Ingen av de fem går inn for andre modeller, slik hørings spørsmål 4 d) åpnet for. Modell 2 vurderes av flere av sykehusene som lite ønskelig. Mer spesifikt skriver sykehusene følgende i sine innspill:

Aker universitetssykehus HF legger Modell 1 til grunn, men denne beskrives med to separate helseforetak, ett for multitraume og regionfunksjoner og ett med fokus på lokalsykehusfunksjoner og de fleste områdefunksjoner. Lokalsykehuset lanseres under konseptet "Storbysykehuset". Ved dette anbefales at det opprettholdes et bredt akutttilbud innen både indremedisin og kirurgi, i tillegg til at tjenester innen TSB og psykisk helsevern samles her (sykehuset skal ha et totalansvar for tverrfaglig rusbehandling i Oslo). Det tas samtidig til orde for at regionale funksjoner innen indremedisin er marginale, og derfor kan knyttes til ett eller flere lokalsykehus. Legevakten bør tilknyttes det offentlige lokalsykehuset.

Rikshospitalet HF anbefaler samling av lands- regions- og områdefunksjoner i ett helseforetak i Oslo sykehusområde, dvs. går inn for Modell 1, men det mener denne modellen er kritisk avhengig av geografisk samling av funksjonene som det nye sykehuset" må omfatte, dvs. hele Rikshospitalet HF, alle regionfunksjonene og deler av områdefunksjonene ved UUS HF og AUS HF. Det anbefales mest mulig geografisk samling ved Rikshospitalet på Gaustad. Det angis flere forutsetninger for modellen, blant annet:

- God utnyttelse av moderne bygg ved RH, Radiumhospitalet, UUS og SSE
- Ivaretagelse av kreftmiljøet ved Radiumhospitalet
- Storbylegevakt må ligge sentralt
- Tilstrekkelig skille mellom akuttkirurgi/traumefunksjonen og landsfunksjoner
- Oslo bør få et "forsterket lokalsykehus" med enkelt områdefunksjoner.
- Før oppstart av omorganisering må hovedlokasjon, investeringsplan og tidlig samling av regionfunksjoner som ikke er avhengig av nybygg avklares.
- De deler av UUS og AUS som skal inngå i "regionsykehuset" må utskilles før fusjon.

Ullevål universitetssykehus HF (UUS) støtter Modell 1 med noen justeringer. Det anbefales at de tre offentlige helseforetak i Oslo, dvs. UUS, RH og AUS, samles til ett helseforetak, som kan hete Oslo universitetssykehus. Det nye helseforetaket etableres så snart som mulig. UUS støtter prinsippet om samling av akuttfunksjoner innen kirurgi, og tar til orde for

at også indremedisinske akuttfunksjoner bør samles. UUS mener samtidig at opptaksområdet for Oslo er for lite for tre lokalsykehus. En storbylegevakt der det utøves sortering (triage) støttes. Ullevål universitetssykehus vektlegger kulturen knyttet til akuttkirurgi og traumefunksjonen, og påpeker at dette blir viktig å ivareta i den nye strukturen i Oslo. En eventuell flytting av traumefunksjonen må derfor planlegges godt, slik at det kan legges til rette for videreføring av etablerte samarbeidsrutiner.

Diakonhjemmet sykehus (DS) støtter modell 1 med ett regions- og områdesykehus, men er uenig i samling av akuttkirurgien som del av dette sykehuset med den begrunnelse at samling av all akuttkirurgi kan føre til brudd i behandlingslinjer. DS påpeker samtidig at regionssykehuset i så tilfelle må forutsettes å ferdigbehandle disse pasientene. Bortfall av akuttkirurgi ved DS må, i følge sykehuset, erstattes av økt elektiv kirurgi, om ikke ressursutnyttelse og vaktberedskap skal forringes/fordyres. DS ønsker å videreføre spesialiserte oppgaver innen revmatologi og revmakirurgi og psykiatrisk farmakologi, og foreslår at "eldre med brudd", som del av "delayed emergency", videreføres ved DS. DS har også forsøkt å spesialisere seg innen alderspsykiatri og ønsker å ivareta sengetilbudet for hele Oslo sykehusområde som områdefunksjon. Sykehuset støtter forslaget om etablering av en storbylegevakt, men ikke at denne får flere observasjonssenger enn dagens legevakt.

Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) påpeker i sin høringsuttalelse at det bare er modell 1 som ivaretar styrets prinsippvedtak av 17.4.2008. LDS anser også dette som den beste modell på sikt, og mener tre lokalsykehus gir den beste løsning. Samtidig støtter LDS bygging av nytt sykehus på Gaustad, finansiert ved salg fra dagens bygningsmasse, og mener bygging bør startes umiddelbart. Videre tas til orde for etablering av to helseforetak med den begrunnelse at kun ett helseforetak kan bli for stort. LDS mener samling av akuttkirurgi kan fungere i Oslo som har korte avstander, en godt utbygd legevakt og gode samarbeidsforhold. Gastrokirurgisk tilsyn kan utføres ved mer spesialisert sykehus. I likhet med DS forutsetter LDS at et akuttkirurgisk senter ikke vil belaste medisinske senger ekstra på lokalsykehus, dvs. at pasientene skal ferdigbehandles før de overføres. Alternativt må det etableres etterbehandlings-/rehabiliteringssentre ved lokalsykehus.

Oslo kommune støtter modell 1. Primært anses denne modellen å gi størst effektiviseringsgevinst og oversikt på ressursfordeling. I den interne høringen med bydelene har 9 av 13 bydeler støttet Modell 1, ingen har støttet Modell 2. Imidlertid peker Oslo kommune på at Modell 1 vil gi et "gigantsykehus" med betydelige styringsutfordringer, og at sykehuset kan få en for dominerende rolle i spesialisthelsetjenesten i hovedstaden. Om Modell 1 velges, må geografisk lokalisering avklares, da den vil ha store konsekvenser også for andre virksomheter og endret behov for infrastruktur på områder hvor Oslo kommune er ansvarlig. Samarbeid med kommunen i gjennomføringen er derfor viktig. Det nye regionsykehuset bør i følge kommunen ha sykehusdrift både på Gaustad og i Kirkeveien. Kommunen mener AUS bør bli et moderne storby-/lokalsykehus for hovedstaden. Prinsipielt er Oslo kommune imot ett helseforetak i Oslo. Begrunnelsen er at det kan innvirke på lokalsykehusene selvstendighet og evne til å gi tilpasset tilbud til lokalbefolkningen.

Oslo kommune skriver videre i sin høringsuttalelse, når det gjelder samling av kirurgiske akuttfunksjoner ett sted, at kommunen legger til grunn at de vurderingene som er gjort, er basert på grundige utredninger av hvilket befolkningsgrunnlag som er optimalt i forhold til målet om effektiv drift av tjenester av høy faglig kvalitet, og på prosesser med deltagelse fra et bredt spekter av fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter kommunen har sikret et forslag til organisering som vil gi et godt faglig tilbud og trygghet for befolkningen. Oslo kommune forutsetter imidlertid også at risikoanalyser gjennomføres og beredskapsplaner er på plass før det iverksettes en organisering der kun ett sykehus i Oslo sykehusområde skal ha en fullverdig akuttfunksjon.

Når det gjelder fagforeningene, støtter Norsk Sykepleierforbund modell 1. Foreningen fremholder likevel at også at denne modellen har den svakhet at den realistisk sett må bygge på to lokasjoner, og konsekvensen kan bli at man legger seg opp med "halvveisløsninger"



som blir dårlige. Legeforeningen velger i sin høringsuttalelse ikke å konkludere med tanke på valg av modell. Fagforbundet er en av få som gir sin støtte til modell 2, jfr. over.

De tre andre regionale helseforetakene støtter Modell 1 for Oslo sykehusområde. Alle tre understreker at dette henger sammen med at denne modellen gir færrest dubleringer av regionale funksjoner, og at de forventer samordning av regionfunksjonene. Videre fremheves at samordning av fag- og forskningsmiljø i Oslo må innebære at samhandlingen med de andre sykehusområdene blir videreført og helst styrket. Det forutsetter at organisatoriske løsninger som velges ikke reduserer evnen til å ivareta landsfunksjonene.

Også brukerutvalget i Helse Sør-Øst støtter modell I. Det vises til nærmere redegjørelse for brukerutvalget syn innledningsvis.

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i Oslo og Akershus har valgt å ikke uttale seg om modell i Oslo sykehusområde. Helsetilsynet i Oslo og Akershus fremhever imidlertid viktigheten av å ta hensyn til de spesielle demografiske forholdene i Oslo. Det stiller spørsmål ved om det i forslaget til omorganisering av spesialisthelsetjenesten i Oslo-området er tatt tilstrekkelig hensyn til de meget krevende og volummessig store utfordringene for helsetjenesten. Dette tas også opp av Oslo kommune. Begge instanser forutsetter at dette ivaretas i videre arbeid med omorganiseringen.

På tross av bred støtte for modell 1 for fremtidig utvikling av tjenestetilbudet i Oslo, påpeker flere at modellen har visse utfordringer. Dette reflekteres særlig i innspillene fra de tre offentlige helseforetakene, der alle tre foreslår en modell der utvalgte områdefunksjoner legges sammen med lokalsykehusfunksjonene ved det offentlige lokalsykehuset.

Særlig tre forhold påpekes:

- Faglige og driftsmessige utfordringer knyttet til å skille lokal- og områdenivået innenfor indremedisinen, særlig knyttet til organisering av akuttfunksjoner.
- Behovet for å skjerme lands-, regions- og områdesykehuset fra "mindre komplekse pasienter" (innen både indremedisin og kirurgi) for å sikre optimal ivaretagelse av spissfunksjonene (lands- og regionsfunksjoner). Det er frykt for at modellen gir en lokalsykehusstruktur som ikke i tilstrekkelig grad hindrer en uønsket pasientstrøm oppover.
- Utfordringer knyttet til å realisere tilstrekkelige gevinster på kort og lang sikt ved at det ikke i tilstrekkelig grad legges til rette for å redusere antallet vaktlag, utvikle minst en sykehuslokalisasjon og sikre en tidlig samling av avanserte funksjoner.

Både høringsinnspill og innspill i de faglige prosesser i fase III konkluderer relativt entydig med at Modell 2 har faglige svakheter og derfor ikke er ønskelig. Dette gjelder blant annet:

- Fortsatt dublering av regionsfunksjoner
- Lite samling av forskningsressurser
- Problematisk at områdenivået organiseres atskilt fra både lokalsykehusnivå og regionsnivå. Dette gjelder særlig innen indremedisin.

Det foreslås på denne bakgrunn at fremtidig organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo skal understøtte et organisatorisk skille mellom lands-, regions- og områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner, jfr. modell 1. Det foreslås imidlertid at det vurderes om utvalgte områdefunksjoner bør samlokaliseres med det offentlige lokalsykehuset. Hvilke områdefunksjoner og på hvilke måte dette skal gjøres, må vurderes i neste fase.

Å etablere en modell med et organisatorisk skille mellom lands-, regions- og områdefunksjoner på den ene siden og lokalsykehusfunksjoner på den ene siden, jfr. modell 1, vil bidra til å samle regionsfunksjoner og utvikle gode lokalbaserte tjenester, jfr. hovedmålsettingene nevnt over. Samtidig blir det viktig å tilpasse kapasiteten i Oslo sykehusområde til nytt opptaksområde. Det må påpekes at det i vurderingene av kapasitetsjustering, som følger

av at Ahus får økt kapasitet, er lagt til grunn dagens kapasitet (NPR-data for 2007) for å anslå omtrentlig volumer av tjenester som overføres. Det er ikke gjort fremskrivninger og beregninger av hva som er fremtidig nødvendig kapasitet i det enkelte behandlingsledd med utgangspunkt i pasientforløpsanalyser og data om dagens behov og endringer i demografi og epidemiologi. Dette må gjøres i de neste faser av omstillingsprosessen.

#### **a) Lokalbasererte spesialisthelsetjenester i Oslo**

Befolkningen i Oslo skal tilbys lokalbasererte spesialisthelsetjenester, på lik linje med resten av befolkningen i Helse Sør-Øst. Dette er en forutsetning for likeverdige tjenester. De lokalbasererte spesialisthelsetjenestene i Oslo skal utformes i tråd med de generelle prinsippene i denne styresaken. Å utvikle videre og styrke samarbeidet med bydelene i eget opptaksområde vil være en vesentlig oppgave for lokalsykehusene i Oslo og for Ahus som ivaretar befolkningsansvaret for en vesentlig del av Oslos befolkning. For å sikre enhetlig ledelse inngår akuttfunksjoner og døgntilbud innen psykisk helsevern i lokalsykehusfunksjonen i sykehusområde Oslo. Gjennom styrking og tydeliggjøring av lokalbasererte spesialisthelsetjenester og samarbeid med Oslo kommune vil mange pasienter få sin behandling direkte på lokalsykehusene, mens de fleste akutte henvendelsene vil bli vurdert, ferdigbehandlet eller videreført til andre tilbud gjennom Storbylegevakten eller akuttilbudet for tverrfaglig spesialisert rus. Enkelte tilstander vil gå direkte til lands-, regions- og områdenivå.

Det legges til grunn at Helse Sør RHF fortsatt skal kjøpe helsetjenester fra Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg Diakonale sykehus AS basert i et definert opptaksområde, samt andre definerte funksjoner og oppgaver, jfr. punkt 5 h. I ansvaret for et definert opptaksområde inngår å tilby et helhetlig tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Tilpasning til prinsippene om enhetlig ledelse i et sykehusområde innen psykisk helsevern og TSB løses i samhandling mellom de private ideelle sykehusene og det offentlige tilbudet og i driftsavtalene med Helse Sør-Øst.

I Oslo er det foreslått å samle akuttfunksjoner knyttet til de kirurgiske fagområdene ett sted. Lokalsykehusene i Oslo vil derfor som hovedregel ikke ha akuttkirurgi. Oslo Universitetssykehus vil vurdere hvorvidt det er behov for akutte tjenester som satellittfunksjoner lagt til lokalsykehusene. Lokalsykehusene vil imidlertid ha elektiv kirurgi, slik det er lagt til grunn i modellen "lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner" i RNB. Fordeling av elektiv kirurgi på lokalnivå vil skje ut i fra et prinsipp om å samle volumer for å gi høy kvalitet og god driftsøkonomi. Lokalsykehus vil kunne tildeles elektive funksjoner for hele sykehusområdet, både for inngrep som kategoriseres som lokal- og områdefunksjoner. De forskjellige sykehusene vil således få ulike profiler. Endelig identifisering av hvilke funksjoner og volumer som egner seg for slik fordeling, må gjøres i neste fase. På tross av at lokalsykehusene i Oslo dermed vil ha noe ulike profiler, skal de tilby likeverdige tjenester til befolkningen i sine opptaksområder for alle basisfunksjoner, dvs. det som er definert som lokalbasererte tjenester under punkt 2b.

#### ***Det offentlige lokalsykehuset i Oslo sykehusområde***

I tråd med forslaget i høringsnotatet (som er likt for både modell 1 og 2) foreslås at lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og rus (TSB), jfr. de generelle prinsippene og i tråd med definert opptaksområde, samt regionale funksjoner innen psykisk helsevern og rus, samles innenfor Oslo universitetssykehus HF.

Med utgangspunkt i innspillene som er mottatt i høringen bør det i den videre prosess vurderes om utvalgte somatiske områdefunksjoner, fremfor alt innen indremedisin, skal lokaliseres sammen med lokalsykehusfunksjonene. Dette kan ivaretas på flere måter:

- Ved at aktuelle funksjoner organisatorisk legges til det offentlige lokalsykehuset. I denne modellen bør, i følge de faglige vurderinger som er gjort i forrige fase, personell rotere for at kvalitet og kompetanse skal opprettholdes.

- Ved at aktuelle funksjoner fysisk legges til det offentlige lokalsykehuset, men organisatorisk er en del av lands-, regions- og områdesykehuset (satellitt).
- Ved at det offentlige lokalsykehuset fysisk samlokaliseres med deler av lands-, regions- og områdesykehuset og på den måten muliggjør et løpende samarbeid.

I den videre prosess blir det viktig å fastsette kapasitet og oppgavefordeling, med utgangspunkt i analyser av, og tilretteleggelse for gode pasientforløp.

Formålet med å lokalisere regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB til lokalsykehuset, er at volumene av disse funksjonene er så små, at fagmiljøene ville bli små og sårbare dersom de ble samlet sammen med de somatiske lands-, regions- og områdefunksjonene. Samtidig er det viktig å sikre god tilknytning for forskning og utdanning i universitetsmiljøet.

Forslaget om å lokalisere regionale funksjoner innen psykisk helsevern og TSB til lokalsykehuset er utformet i dialog med fagmiljøene. I høringsinnspillene fremgår det at utdanningsinstitusjoner (UiO, Det medisinske fakultet og Det samfunnsvitenskapelige fakultet) og dels fagorganisasjoner støtter forslaget. De uttrykker imidlertid også bekymring for at gode forsknings- og utdanningsmiljøer kan brytes opp ved flytting, og for at lokalisering på lokalnivået medfører at regionsfunksjonene innen psykisk helsevern ikke blir en del av universitetssykehuset.

Med den organiseringen som foreslås, dvs. ved å samle regionsfunksjonene innen psykisk helsevern og rus med lokalsykehusfunksjonene *innenfor* Oslo universitetssykehus HF oppnås både større fagmiljøer og en universitetstilknytning. Det ligger derfor til rette for utvikling av en faglig spyspiss innenfor psykisk helsevern og rus.

Helse Sør-Øst RHF skal i 2009 søke å etablere et samhandlingsprosjekt med Oslo kommune som vil ha som formål å utprøve nye organisasjonsformer for å sikre likeverd i tilbudet til multietniske grupper, og bidra til å redusere sosial ulikhet i Oslo. Et slikt prosjekt vil forankres i den overordnede samarbeidsavtalen med Oslo kommune, men det er naturlig at gjennomføring vil involvere både Ahus og sykehusene i Oslo.

Oslo har den største gruppen med ruslidelser i landet. Samtidig er rustjenestene i dag for lite tilgjengelig. Det vil øke tilgjengeligheten betraktelig hvis det etableres et akuttmottak som er åpent hele døgnet, slik at brukerne kan få gjort en god vurdering av hva de har behov for av helsetjenester. Derfor foreslås at det etableres et akuttmottak med observasjonssenger for TSB i sykehusområde Oslo. Dette tilbudet bør utvikles i et tett samarbeid med Oslo kommune, og arbeidet med å få dette på plass skal starte allerede tidlig i 2009.

Det viktigste grunnlaget for reduserte kostnader for Oslo sykehusområde vil være knyttet til arealeffektivisering som følge av endringer i opptaksområdet. Det er forutsatt at Akershus sykehusområde overtar lokal- og områdefunksjoner for Follo og Alna med en befolkning på 160 000. Aktivitetsmessig tilsvarer dette et stort lokalsykehus. Det betyr at det bør være grunnlag for arealreduksjon i Oslo. En arealreduksjon har stor betydning for evnen til å redusere kostnadsbasen i Oslo. Det er derfor avgjørende at arealer knyttet til lokalsykehusenheten reduseres i samsvar med den foreslåtte endringen i opptaksområde.

Funksjonene som er foreslått å inngå i det offentlige lokalsykehuset, er i dag lokalisert på mange steder. Det gjelder både somatikk og psykisk helsevern. Fremtidig utredning av egnet bygningsmasse knyttet til lokalsykehusfunksjoner må foretas av Oslo universitetssykehus.

## **b) Storbylegevakt**

Organiseringen av tjenestene i Oslo sykehusområde forutsetter en effektiv legevakt som utøver god sortering (triage), blant annet fordi akuttkirurgien vil bli samlet ett sted. En faglig sterk og trygg triage ved legevakta, basert på definerte faglige kriterier/ pasientforløp, vil sikre at pasientene raskt kommer til riktig nivå, enten dette er hjem, ferdigbehandling på legevakta, innleggelse på lokalsykehus eller innleggelse på område-/regionsnivå. Enkelte

pasienter skal ved riktig triage prehospitalt, allerede før legevakta, legges direkte inn på område-/regionsnivå, og enkelte kan av fastlege legges direkte inn på lokalsykehus.

Legevakten i Oslo har allerede i dag en sentral rolle i sorteringen av pasienter i Oslo, i tillegg til sine andre viktige oppgaver. Med utgangspunkt i et felles ønske fra Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommunes side om å styrke Legevakten, har en prosjektgruppe i fase III utredet fremtidens storbylegevakt.

Prosjektgruppas rapport forelå 10. november, mens høringen om hovedstadsprosessen ble avsluttet 20. oktober. Høringsinstansene har derfor ikke fått forholdt seg til forslagene i denne rapporten. Enkelte har allikevel gitt innspill med utgangspunkt i forslagene i forprosjektrapporten og omtalen i høringsnotatet med vedlegg.

Legeforeningen stiller spørsmål ved den faglige begrunnelsen for fremtidens storbylegevakt, fremfor alt forprosjektrapportens anbefaling om et nærmere samarbeid med akuttmottak på sykehus. Foreningen mener legevaktens relasjon mot kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten er viktigere. Helseforetakene i Oslo er positive til den rollen som er skissert for fremtidens storbylegevakt, men de er uenige om lokalisering og i hvilken grad observasjonsposten ved legevakten bør utvides.

I rapporten fra hovedprosjektgruppa anbefales en modell som vil legge til rette for at legevaktas rolle i forhold til triage forsterkes. Det foreslås også å forsterke andre funksjoner, herunder foreslås å utvide observasjonsposten og å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Dette for å legge til rette for at flere kan ferdigbehandles uten innleggelse.

For å bidra til å etablere visjonen om fremtidens storbylegevakt i Oslo, tilpasset brukernes behov, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir, foreslås at Helse Sør-Øst viderefører samarbeidet med Oslo kommune om dette. Det foreslås videre at Helse Sør-Øst RHF inngår en samarbeidsavtale med Oslo kommune om innhold, organisering og finansiering av storbylegevakta. Avtalene skal bidra til en forutsigbar finansiering av storbylegevakta og forenkle samarbeidsrelasjonene.

Storbylegevakten bør lokaliseres i fysisk nærhet til de funksjoner som er av størst betydning for storbylegevaktas brukere, som ved sin nærhet kan bidra til gode pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Storbylegevaktens lokalisering må derfor sees i sammenheng med lokaliseringen av funksjonene til Oslo universitetssykehus HF. En vurdering av hva som er den beste lokalisering i forhold til Oslo universitetssykehus HF må gjøres i den videre prosessen, i tett samarbeid med Oslo kommune.

Dersom resultatet blir som anbefalt i prosjektrapporten, dvs. at observasjonskapasiteten ved Legevakten utvides, må kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten, i tråd med pasientens behov etter LEON prinsippet.

### **c) Lands-, regions- og områdefunksjoner**

Formålet med å samordne de høyspesialiserte fagmiljøene og funksjonene er å legge til rette for styrket pasientbehandling og forskning, og et fagmiljø som vil være en nasjonal og internasjonal spydspiss innen høyspesialisert medisin, og som vil få en tydeligere rolle som nasjonalt referansemiljø i fronten av den internasjonale medisinske fagutviklingen.

Helse Sør-Øst RHF er i foretaksmøte gitt i oppdrag å sikre ivaretagelse av nasjonale funksjoner. Rikshospitalet HF ivaretar i dag langt de fleste lands- og flerregionale funksjoner. I tillegg ivaretas sentrale nasjonale funksjoner ved Ullevål universitetssykehus HF. Mange av de nasjonale og regionale funksjonene har lite volum og er derfor små og sårbare miljøer.

Ett viktig felt i dag, men som i årene fremover vil bli enda viktigere, blant annet som følge av at det blir flere eldre, er nasjonale oppgaver innenfor kreftbehandling. Både Rikshospitalet HF, herunder Radiumhospitalet, og Ullevål universitetssykehus HF ivaretar her viktige funksjoner. Det blir viktig å utvikle dette tilbudet videre, blant annet for å utnytte det nye

forskningsbygget på Radiumhospitalet og den samlede strålekapasiteten, samt sykehotellet, og bygge videre på det viktige samarbeidet med frivillige organisasjoner som er etablert.

I tråd med vedtak i sak 037/2008 vil det legges til grunn at dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles. Det samme gjelder den regionale og nasjonale funksjonen innen beredskapsområdet.

Oppdraget for fase III, gitt i styresak 67/2008 og gjengitt innledningsvis, pekte på behovet for ytterligere utredning av noen problemstillinger. På denne bakgrunn har det i denne fasen blitt gjennomført en rekke utredningsaktiviteter, fremfor alt i Oslo sykehusområde. Blant annet er funksjoner som berøres av de endringer som ble foreslått i høringsnotatet blitt kartlagt. Formålet har blant annet vært å vurdere hvor store volumer som eventuelt skal overføres mellom enheter og sykehusområder. Dette har skjedd i en løpende dialog med faglige ressurspersoner ved foretakene/ sykehusene. Både prosessene og resultatene beskrives nærmere i egen rapport om Oslo sykehusområde, som følger som vedlegg.

I tråd med oppdraget fra styret er det, i et samarbeid mellom fagmiljø og ledere ved UUS og RH og Helse Sør-Øst RHF, gjort vurderinger av hvilke gevinster som vil kunne realiseres ved samordning av fagmiljøene. Arbeidet har vært organisert i forhold til følgende pasientgrupper: Kvinne og barn, hjerte- og lungemedisin, thorax, kreft, nevrofag, ortopedi, plastikk- og kjevekirurgi, gastromedisin og -kirurgi.

Så godt som alle fagmiljøer vurderer at en samling av de høyspesialiserte funksjonene ved de to sykehusene vil gi betydelige faglige gevinster knyttet til pasientbehandling og forskning / utdanning. En betydelig del av dette gevinstbildet er mulig å realisere uten en samlokalisering. Fullt potensial er imidlertid først mulig å realisere ved en fysisk samling av fagmiljøene.

Viktige argumenter knyttet til pasientbehandling er:

- Større pasientvolum gir høyere kvalitet og kritisk masse
- Større fagmiljøer blir mindre sårbare, mer fleksible og styrker rekruttering
- Felles fagmiljøer sikrer enhetlig og standardisert behandling
- Samling av funksjonene gir bedre grensesnitt mellom sykehus og pasienter

Viktige argumenter knyttet til forskning og utdanning er:

- Samordning av fagmiljøer kan styrke samarbeid og samlet produktivitet
- Bredere pasientgrunnlag innenfor høyspesialisert medisin
- Tverrfaglighet styrkes gjennom samling av komplementær kompetanse
- Styrket samlet renommé gjør institusjonen mer attraktiv ift rekruttering og gir større grunnlag for å tiltrekke forskningsmidler internasjonalt
- Bedre og mer koordinerte utdanningsløp hvor rotasjonsordninger kan gi en komplett utdanning

Potensialet for økonomisk verdiskaping er estimert gjennom dette arbeidet for klinisk virksomhet, medisinske støttefunksjoner og ikke-medisinske støttefunksjoner. Estimaten er beregnet basert på fagmiljøenes vurderinger, og en "top-down" fastsetting av et antatt realistisk ambisjonsnivå.

Potensialet er vurdert ut i fra en forutsetning om størst mulig samlokalisering av virksomhetene. På kort sikt er det estimert at om lag 200-300 mill kroner kan realiseres gjennom felles ledelse, men med virksomhet på flere lokalisasjoner. Det må påpekes at netto gevinster i en tidlig fase (år 1 og 2) av omstillingene vil være begrenset.



Det samlede økonomiske potensialet ved full samlokalisering er estimert til om lag 800 millioner kroner i reduserte driftskostnader. Av dette er ~400 identifisert knyttet til den kliniske virksomheten og ~400 for støttefunksjoner.

Differansen mellom potensialet på kort sikt og ved full samlokalisering kan gradvis realiseres ved funksjonsfordeling og begrensede utbygginger for å skape samlokalisert virksomhet på fagområdenivå.

Det anbefales derfor at lands- og regionsfunksjoner over tid samles ett sted, dvs. at hoveddelen av aktivitetene samles på én fysisk lokalisasjon. Sykehuset må lokalisere og samle funksjoner på en slik måte at det oppnås maksimal verdiskaping faglig og økonomisk så tidlig som mulig innenfor eksisterende bygningsmessige rammer. Dette innebærer at funksjoner / fag samles der hvor dette er mulig, også i fasen før et eventuelt nybygg er realisert.

### **Helseforetaksstruktur i Oslo**

Det viser til den prinsipielle begrunnelsen for ett helseforetak i hvert sykehusområde

Det viktigste grepet i Oslo sykehusområde er å få gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester og samtidig å styrke og samle de spesialiserte lands, region og områdefunksjoner. For å sikre dette er det nødvendig lage et organisatorisk skille mellom det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet og lands, region og område funksjoner. På denne måten vil befolkningen få et likeverdig og godt lokalbasert tilbud tilpasset storbyens spesielle behov med stor sosial ulikhet, ruslidelser og en multietnisk befolkning. Samtidig blir lands- og regionsfunksjoner samlet. Dette vil sikre samordning og framtidig samlokalisering av høyspesialiserte fagmiljøer, styrket forskning og tydeliggjøring av rollen som nasjonalt referansesykehus i fronten av den internasjonale medisinske utviklingen, noe som er i tråd med omstillingsoppdraget til Helse Sør-Øst RHF.

Mange av de prosessene som skal til for å etablere det organisatoriske skillet vil ta tid, og det vil være behov for fleksibilitet i denne fasen. Omstillingsprosessen i Oslo sykehusområde vil være en av mest sentrale kildene til driftsforbedringer i hele Helse Sør-Øst. Det vil være av stor betydning for landet for øvrig, i tillegg til egen region, at Helse Sør-Øst klarer å utvikle landsfunksjoner og styrke den kvalitetsmessige og store forskningsinnsatsen som Helse Sør-Øst bidrar med sammen med Universitet i Oslo. Erfaringsmessig er en enhetlig ledelse viktig for full effekt på dette området. Dette vil være spesielt viktig i omstillingsperioden, før endelig innholdsstruktur er etablert. Det vil i denne fasen være nødvendig med fleksibilitet i utnyttelse av kompetanse, utstyr, bygningsmasse og i forhold til den totale ressursmengden tilgjengelig og det totale kapasitetsbehov. De nærmeste årene vil deler av opptaksområde i dagens 5 sykehus overføres til Ahus og Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde. Det er estimert at dette vil endre opptaksområdet med ca 160.000 innbyggere. Dette betyr en betydelig endring som må styres over lang tid med et uavbrutt fokus på kvalitet og trygghet for pasienter, brukere og ansatte. Dette må gjøres gjennom forutsigbare medvirkningsstrukturer. Ett helseforetak gir videre ett IT- og arbeidsgiverområde, noe som er en forutsetning for å kunne organisere tjenesten etter pasientens behov med tilstrekkelig flyt av pasientinformasjon. Selv om sentrale beslutninger som skal styre omstillingsprosessen i Oslo sykehusområde tas før utgangen av 2008, er mange forhold ikke endelig utredet eller må detaljeres i langt større grad. Ett helseforetak vil gi grunnlag for å håndtere disse temaene fortløpende. Ved to helseforetak vil flere av disse måtte ivaretas ved fortsatt forhandlinger og bilaterale drøftinger og mange tema må løftes til behandling på regionalt helseforetaksnivå. Kompetansen for de gode løsningene ligger oftest nærmere tjenesten, og det er en fordel om dette kan avklares på helseforetaksnivå i samråd med resten av regionen, Universitet og høyskoler. Ett helseforetak legger i tillegg til rette for å ivareta universitetsfunksjoner, herunder både undervisning og forskning, på tvers av sykehusene. Selv om helseforetaket blir stort i norsk sammenheng, blir det ikke uvanlig stort i internasjonal sammenheng.

Det finnes også gode argumenter også for å etablere to helseforetak. Det viktigste er at dette gir en foretaksstruktur som understøtter funksjons- og oppgavedelingen, ved å legge til rette

for "fokuserede agendaer" for styre og ledere. Erfaringer viser at lokalsykehusfunksjoner ofte får for lite oppmerksomhet når de inngår i mer spesialiserte sykehus. Det er også en fare for at spissfunksjoner og forskning får for lite oppmerksomhet i et foretak med for bred portefølje.

Flere av høringsinstansene tar til orde mot ett helseforetak i Oslo. Ett hyppig brukt argument mot dette er at dette vil gi et foretak som er for stort, dvs. det som omtales som et "gigant-sykehus". Oslo kommune er mot ut fra den andre viktigste motforestillingen, som er at det vil gi for lite oppmerksomhet omkring lokalsykehusfunksjonen.

Rikshospitalet HF, Aker universitetssykehus og Lovisenberg diakonale sykehus tar til orde for to helseforetak. Rikshospitalet mener at det er viktig å skille ut lokalsykehusfunksjonene fra lands-, regions- og områdefunksjonene i et eget helseforetak, for å sikre en foretaksstruktur som understøtter funksjons- og oppgavedelingen. Ullevål universitetssykehus tar argumenter for ett helseforetak. Begrunnelsene som gis er at dette vil gi en helhetlig styringsmodell med mulighet for samordning innenfor sykehusområdet. Videre vektlegges at dette gir bedre mulighet for gevinstuttak i forhold til antall driftsenheter og stordriftsfordeler knyttet til administrative støttefunksjoner, samt at dette legger til rette for utdanning og forskning.

Samlet sett, også hensyntatt de motforestillingene som høringsinstansene anfører, vurderes det som mest hensiktsmessig å etablere ett helseforetak i Oslo. Begrunnelsen er at dette gir en enhetlig omstillingsledelse, noe som anses som helt nødvendig for å lykkes i de videre faser av omstillingen. Omstillingen i Helse Sør-Øst er helt avhengig av utvikling og omstilling av helsetjenesten i Oslo sykehusområde. De synspunktene som er fremført i høringen, sammen med den betydelige erfaring som er oppsummert fra liknende endringer i Sverige, Danmark, England med flere, vil danne utgangspunkt for de tiltak som vil iverksettes for å forebygge stordriftsulemper, sikre fokus på hovedmålene om bedre lokalbaserte tjenester, samling av lands-, region- og områdefunksjoner, styrke og sammenhengende pasientforløp. Selv om ett helseforetak anses som det beste nå, er det ikke gitt at dette er den beste modellen på sikt. Når omstillingsarbeidet er gjennomført kan det derfor være naturlig å vurdere helseforetaksstruktur på nytt, herunder å vurdere å skille ut det offentlige lokalsykehuset i et eget foretak. Foretaksstruktur skal på et hvert tidspunkt understøtte virksomhetens hovedformål.

### ***Fremtidige investeringer***

Gitt kravet om effektiv utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, samt begrensede investeringsmidler, vil Oslo universitetssykehus HF ha aktivitet på flere lokalisasjoner i svært mange år fremover, i likhet med de fleste store universitetssykehus i internasjonal sammenheng. Det finnes i dag mange moderne bygg, som må utnyttes.

Det er behov for avklaring av hvor eventuelle investeringer i nybygg skal kanaliseres, samt avklaring av hvor arealeffektivisering skal skje. En begrunnelse for dette er at temaet lokalisering er et av de mest krevende relatert til fusjon og samling av virksomheter. En kontinuerlig debatt rundt dette absorberer mye ressurser og energi fra organisasjonen og vil kunne avspore arbeidet relatert til integrering av virksomheten og verdiskapning. I verste fall vil en uavklart situasjon rundt lokalisering kunne lede til en polarisering av organisasjonen og en forsterkning og sementering av eksisterende kulturer i en situasjon der fokus burde være på integrering og en felles visjon. Det er derfor viktig å avklare et mål bilde for fremtidig hovedlokalisasjon for lands-, regions- og områdesykehuset, gitt at arbeidet med integrering av disse organisasjonene vil starte relativt snart (se avsnitt om gjennomføring).

Gitt Helse Sør-Østs begrensede investeringsmidler, er en investering for samling av all aktivitet utenfor rammene av hva som er mulig å se for seg i løpet av de nærmeste tiårene. Imidlertid er det viktig at de investeringer som faktisk vil gjøres i tiden fremover kanaliseres i retning av en ønsket hovedlokasjon. En mer begrenset utbygging vil sannsynligvis kunne

muliggjøre samlokalisering av de fleste regionfunksjonene og dermed bidra til realisering av gevinstene relatert til en fusjon.

Anbefalingen i fase 3 i Oslo sykehusområde om ønsket hovedlokalisasjon og kanalisering av investeringsmidler har følgende kriterier vært avgjørende:

- Som hovedlokalisasjon velges den lokalisasjonen som muliggjør raskest mulig samling av en størst mulig andel av lands- og regionfunksjoner i Oslo for derigjennom å raskest mulig realisere gevinster relatert til de foreslåtte endringene i Oslo.
- Som hovedlokalisasjon velges den lokalisasjon som muliggjør best mulig utnyttelse av dagens nye bygg.
- Valgt hovedlokalisasjon bør ha mulighet for videre utbygging, slik at det på sikt kan være mulig å samle mest mulig av universitetssykehusets aktivitet på ett sted.

Det har i høringsperioden blitt foretatt vurderinger av hvorvidt det både i Kirkeveien og på Gaustad vil være mulig med en utbygging som på sikt kan ha plass til all aktivitet for universitetssykehuset. Konklusjonen er at både Kirkeveien og Gaustad muliggjør fysisk samling av hele sykehuset, forutsatt at forhold knyttet til regulering og verving håndteres. Det blir der derfor de andre kriteriene som blir avgjørende.

Den samlede vurderingen fra prosjektet er at det vil det være hovedlokalisasjon på Gaustad som muliggjør en raskest mulig samlokalisering av størstedelen av lands- og regionfunksjonene. Dette begrunnes med at anlegget på Gaustad allerede huser flertallet av lands- og regionsfunksjoner. Dersom man legger til rette for å samle traumatologien med tilhørende regionfunksjoner på Gaustad, vil svært mange av fagområdene med dublerede regionfunksjoner samles. De faglige ressurspersonene som har vært involvert i høstens arbeid estimerer at en flytting av traumatologi og tilhørende regionfunksjoner innebærer en flytting av i overkant av 70 000 liggedøgn fra Kirkeveien. Dersom enkelte utvalgte funksjoner samtidig flyttes fra Gaustad til Kirkeveien kan utbyggingsbehovet begrenses noe. Videre er infrastrukturen på Rikshospitalet sykehusanlegg på Gaustad relativt ny og er bygget med tanke på høyspesialisert sykehusvirksomhet og avansert kirurgi.

Det motsatte, dvs. å samle regionsfunksjoner i Kirkeveien, har tre utfordringer:

- En stor investering er nødvendig for å oppnå rask samlokalisering av lands- og regionfunksjoner, siden et stor del av Rikshospitalets virksomhet må flyttes til Kirkeveien.
- En stor flytte-/bytteoperasjon er nødvendig for å fylle opp igjen Gaustad.
- Ny aktivitet på Rikshospitalet sykehusanlegg på Gaustad vil ikke i samme grad kunne dra nytte av den relativt avanserte infrastrukturen i byggene.

Det anbefales derfor fra prosjektarbeidet at den langsiktige visjonen er fremtidig samlokalisering gjennom en eventuell videre utbygging mot Gaustad. Denne forutsetningen bør også legges til grunn for det videre arbeidet med funksjons- og oppgavedeling mellom lokalisasjonene i Oslo.

Basert på de gjennomførte utredningene i lokaliseringsgruppen erkjenner man allikevel at tomten i Kirkeveien har en høy verdi gjennom sin sentrale beliggenhet og potensial for videre utbygging. Dette bør hensyntas i vurdering av lokalisasjon for det offentlige lokalsykehuset.

Det tas forbehold om at behandlingen av landverneplanen eller reguleringsmessige forhold ikke fører til at utbyggingsmulighetene vesentlig forringes.

Administrerende direktør ser at det er gjort et grundig arbeid, tatt i betraktning den tiden som har vært til rådighet. Imidlertid må en utredning om videre investeringer gjøres av Oslo Universitetssykehus i samsvar med de krav til slike prosesser som foreligger i regionen. Arbeidet har sannsynliggjort at det er flere alternativer som kan virkeliggjøre den ønskede

organisering, og at man først vil vurdere behovet for nybygg etter at prosesser med utflytting av aktiviteter til andre områder, samlokalisering av funksjoner og nærmere planer foreligger.

### **Volumer**

I det arbeidet som er gjennomført i fase III Oslo sykehusområde mht beregning av volumer som skal overføres mellom sykehusområder (fra Oslo til Buskerud, Asker og Bærum og Akershus) og mellom enheter i Oslo, og hva som dermed vil bli størrelsen på nye enheter, jfr. oppdraget fra styret, har man utelukkende basert seg på NPR-data fra 2007. Det er ikke langt til grunn endringer i fremtidig behov eller gjort fremskrivninger for å estimere fremtidig kapasitetsbehov, for dermed å kunne si noe om hvilken kapasitet som må eller bør finnes innenfor det enkelte ledd.

I den videre prosess vil det være viktig at detaljerte analyser av dette gjennomføres. Her må man ta utgangspunkt i pasientforløp, slik at man får kapasitetsfordelt på de ulike nivåene i behandlingsskjeden, jfr. pkt. 15.

### **2.3.12 Gjennomføring - Videre arbeid**

De foreslåtte vedtakene i denne saken er i stor grad gitt i form av prinsipper for videre utvikling av tjenesten. Det vil være utøvere og ledere i tjenesten som må finne konkrete løsninger for å realisere prinsippene, mens det vil være Helse Sør-Øst RHF's oppgave å følge opp at helseforetakene faktisk gjør dette. I oppfølgingen fra Helse Sør-Øst RHF må det defineres klare resultatkrav. Disse vil bli fastsatt på basis av styrets endelige vedtak i saken og de vilkårene beskrevet i administrerende direktørs saksutredning og formidlet til helseforetakene i driftsavtaler og foretaksmøter.

Gjennomføring av alle tiltak som er nødvendig for å nå det langsiktige målbildet for Helse Sør-Øst, vil være en prosess over mange år. Administrerende direktør vil til desembermøtet 2008 ferdigstille en konkretisert plan for gjennomføring av de vedtatte endringer. En slik gjennomføringsplan vil blant annet inneholde en nærmere beskrivelse av det videre arbeidet med:

- Etablering av Oslo universitetssykehus HF
- Etablering av ett foretak i sykehusområde Buskerud, Asker og Bærum, herunder en avklaring av befolkningen i Jevnaker kommune sin tilhørighet i forhold til lokal- og områdesykehusfunksjoner i dette sykehusområdet.
- Deling av Blefjell sykehus HF
- Oppfølging av endringer innen rehabiliteringsfeltet
- Oppfølging av øvrige vedtak og premisser i forhold til alle helseforetak, med spesielt fokus på medvirkning fra brukere og ansatte.
- En vurdering av behovet for å opprette en egen utviklingsorganisasjon for å følge opp utvalgte deler av de endringer som vedtas.

Det er viktig med tydelige krav til prosessene som skal gjennomføres for å opprettholde motivasjon hos ansatte og ledere og bevare faglige miljøer, herunder en vurdering av nødvendige virkemidler som må tas i bruk for å unngå ufrivillige oppsigelser av ansatte. I den videre prosessen skal det særlig rettes fokus mot arbeidsmiljøspørsmål, arbeidsbelastning og muligheten for faglig utvikling. God kommunikasjon for å forklare behov for endringer må ivaretas. God involvering i gjennomføringen skal sikre trygghet, åpenhet og forutsigbarhet i prosessen for de ansatte.

Helse Sør-Øst RHF vil fram til styremøtet i desember utarbeide overordnede gjennomføringsplaner for de endringer som blir besluttet, og utvikle felles, overordnede kjøreregler for omstillingen i regionen. Dette innebærer bl.a. en harmonisering av virkemidler i omstillingen, slik at foretakene har lik tilnærming i håndteringen av prosesser i forbindelse med overføring

av aktiviteter og personell mellom foretak. Dette er blant annet nedfelt i omstillingsavtalen og de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling. I de situasjoner der det vil være aktuelt å gjennomføre virksomhetsoverdragelser, vil reglene i Arbeidsmiljøloven § 16 bli lagt til grunn.

Det enkelte helseforetak/sykehusområde vil få ansvaret for å utarbeide planer som sikrer måloppnåelse definert i oppdraget, sikrer god pasientbehandling i omstillingsperioden og som underbygger gjennomføringen ved implementering av gode støtteprosesser og verktøy blant annet IKT.

I sin høringsuttalelse påpeker Statens helsetilsyn at det er behov for epidemiologisk pregede analyser, med utgangspunkt i data om epidemiologiske og kliniske forhold (for eksempel kliniske registre). Slike analyser vil være viktig for å validere risikovurderinger. Tilsynet mener en risikoanalytisk tilnærming, for å dokumentere både faktisk behov og reell ytelse, vil være nødvendig for å ivareta forsvarlighet i tjenesten. Det påpeker at det må tas tilbøyelig hensyn til de epidemiologiske forhold i regionen, ved sannsynliggjøring av hvilke risiko- og sårbarhetsvurderinger og tilhørende dimensjonering av tilbudet som legges til grunn for det videre arbeidet. Slike analyser kan utføres i form av typiske pasientforløp.

Helsetilsynet i Oslo og Akershus slutter seg til Statens helsetilsyns bemerkning om at den endelige organiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet ikke bør fastsettes før det er tatt hensyn til epidemiologiske forhold. For at "sørge for"-ansvaret skal kunne ivaretas, må det etter deres vurdering gjøres realistiske vurderinger ut fra risiko- og sårbarhetsanalyser av hvilken kapasitet de ulike deltjenester må ha for å dekke både kapasitet og kompetansebehovene.

Også Oslo kommune forutsetter at det gjennomføres risikoanalyser og at beredskapsplaner er på plass *før* det iverksettes en organisering der kun ett sykehus i område sentrum skal ha en fullverdig akuttfunksjon.

Det legges på denne bakgrunn til grunn at helseforetakene, i den videre planlegging og gjennomføring av endringer i pasienttilbudet, herunder i akuttfunksjoner, foretar nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser før implementering skjer.

Brukere og ansatte er viktige medspillere og selvsagte deltakere i prosesser i Helse Sør-Øst, også når beslutninger skal implementeres. Regionen har ambisjon om å være et utstillingsvindu for brukermedvirkning og har lagt stor vekt på brukernes stemme i høringen om Hovedstadsprosessen. Den brukeropplevde kvaliteten er av spesielt stor betydning for innhold og organisering av tjenestene. I siste instans det brukernes behov som er retningsgivende for spesialisthelsetjenestens innhold og organisering.

I samarbeid med de ansatte har regionen utviklet 12 prinsipper for medvirkning i omstilling. Disse prinsippene vil bli lagt til grunn for sentrale og lokale prosesser i det videre arbeidet. All erfaring fra omstillingsprosesser tilsier at ansattes muligheter til reell medvirkning er avgjørende for et vellykket resultat av omstillingen, både når det gjelder faglige, arbeidsmiljømessige og økonomiske faktorer. Helse Sør-Øst legger stor vekt på at de 12 prinsippene blir etterlevd i gjennomføringen av Omstillingsprogrammet.

Det vil være viktig fortløpende å evaluere de omstillinger som gjøres. Blant annet vil endringene knyttet til kirurgiske akuttfunksjoner være viktig å følge og evaluere, ettersom dette innebærer en organisering som man har begrenset erfaring med i Norge. Det foreslås derfor at det øremerkes midler til å gjennomføre en følgeevaluering knyttet til gjennomføringen av de endringer som styret vedtar. En slik evaluering må også følge den generelle utviklingen i pasienttilbudet og arbeidsmiljøet.



### 3 Administrerende direktørs vurderinger

#### 3.1 Risikovurderinger

##### Mobilisering av ledere og ansatte – ansatte perspektivet

Gjennomføring av de vedtak som er foreslått vil innebære store endringer for sykehusene, de ansatte som jobber på sykehusene og til dels også pasientene. Gjennomføringen vil innebære endringer i organisering, flytting og samling av virksomheter og tilpasning av bemanning mv. Disse endringene skal skje på tvers av dagens etablerte organisasjoner og lokalisasjoner. Samtidig må det sikres at sykehusene fortsetter å levere like gode tjenester til pasientene og opprettholde forskningsinnsatsen. Den største risikoen for god måloppnåelse er at en ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til medarbeiderne.

Helse Sør-Øst har ca 69 000 ledere og medarbeidere som i mange år fremover vil være involvert i omstillingene, både direkte og indirekte. Endringene innebærer at mange medarbeidere og ledere får nye spennende oppgaver og muligheter. Omstillingsprosessene innebærer også at mange blir personlig berørt gjennom endring av arbeidssituasjonen. Det oppleves ikke like lystbetont for alle.

For å sikre involvering av ansatte på tvers av Ahus og helseforetakene i Oslo, som i størst omfang vil bli berørt av store omstillinger og forflytninger, ble det gjennomført to samlinger med tillitsvalgte og verneombud. Formålet med den første samlingen var å gi best mulig informasjon om mulige organisasjonsmodeller og aktuelle beslutninger for Oslo sykehusområde og overføring av opptaksområde fra Oslo sykehusområde til Ahus. I den andre samlingen ble det satt fokus på hvilke konsekvenser endringene kunne ha for ansatte, identifikasjon av risikoområder, og hvilke tiltak som må iverksettes for å redusere risikoen. Vurderingen oppsummerer følgende risikomomenter:

- **Overtallighet som konsekvens.** Uavhengig av valgt modell og løsning vil beslutningene i sentrum innebære at det vil oppstå mulig fremtidig overtallighet blant ansatte. Måten denne overtalligheten håndteres og fordeles mellom helseforetak er avgjørende for opplevde konsekvenser for de ansatte og vil indirekte påvirke risikobildet for hele hovedstadsprosessen i Oslo.
- **Utrygghet og uro som risiko.** Dersom overtalligheten blir stor og det skapes utrygghet med tanke på jobbsikkerhet, kan det skapes utrygghet og uro i arbeidsmiljøet og motivasjonen for å gå helhjertet inn for en omstillingsprosess kan bli redusert. Hvis det blir gjennomslag for, eller skapt et bilde blant ansatte på Aker at redusert aktivitet i 2011 i all hovedsak skal tas ut gjennom reduksjon av ansatte der, vil det være stor grad av risiko for at fagmiljøer vil gå i oppløsning lenge før 2011 og med det at pasienttilbudet vil kunne bli lidende.
- **Omfattende endringer i berørte fagmiljøer som konsekvens.** Mange av de ansatte i sykehusområde sentrum vil oppleve store forandringer. Flere vil få nye arbeidskollegaer, noen vil oppleve å skifte arbeidsplass. Som et resultat av faglige sammenslåinger vil arbeidsprosesser og behandlingsprotokoller bli endret.
- **Endringstretthet og mulig motstand mot endring som risiko.** Hvordan de ansatte vil reagere på å bli utsatt for en omfattende endringsprosess er identifisert som et sentralt risikoområde. Det er gitt eksempler fra flere helseforetak der folk allerede melder inn endringstretthet og endringsslitasje. Motivasjonen for å gå på nok en gang er redusert, og enkelte har gått på "smeller" før som kan gjøre dem særlig utsatt når det kommer en ny krevende omstilling. Det vil kunne oppstå lommer av lokal motstand i fagmiljøer som ikke sier seg enig i beslutningen. Dette vil indirekte kunne gå utover pasientbehandlingen og føre til reduserte gevinster. Samlet er det en risiko for at ansatte på ulike måter vil stille

seg negativt til endringsprosessen og motarbeide fattete beslutninger istedenfor å slutte opp om prosessen med all sin kompetanse og vilje.

- **Kompenserende tiltak.** Det sentrale kompenserende tiltaket er medvirkning, forankring og dialog. Dersom det skal skapes trygghet i prosessen må det formuleres en ambisjon om at det i størst mulig grad skal la seg gjøre å løse overtallighet uten å måtte ty til oppsigelser. Utgangspunktet må være at både målbylde, hovedgrep og tidsplan er formulert og kommunisert på en slik måte at ansatte kan forstå og slutte seg til. Forankring og involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste spiller en særlig viktig rolle, og det er en uttrykt forventning om at tillitsvalgte og verneombudene i berørte helseforetak får en mer fremtredende plass i gjennomføringsfasen. Det vil også understøtte prosessen dersom det tas initiativ til å mobilisere ansatte som endringsagenter og legge opp til stor grad av lokalt basert medvirkning i implementeringen.

I tillegg til de momenter som er nevnt, vil tiltak for å redusere risiko handle om god ledelse, gjennomføringsevne og tydelig kommunikasjon om mål og hensikt med endringen.

Et like viktig tiltak i omstilling er at ledelsen har kontinuerlig overvåkning og måling av arbeidsmiljøets kvaliteter underveis. Det vil alltid være risiko forbundet med oppsplitting av etablerte arbeidsfellesskap og integrasjon av ulike kulturer og fagmiljø.

Helse Sør-Øst vil i tillegg til et sterkt fokus på medvirkning og medbestemmelse, ha spesiell oppmerksomhet på arbeidsmiljøspørsmål gjennom hele omstillingen ved bl.a. å gjennomføre medarbeider- og arbeidsmiljøundersøkelser i foretakene og følge opp lederne. Å sikre kvalitativt gode arbeids- og fagmiljø er den beste måten å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen.

For å nå målene for omstillingsprogrammet vil helseforetakene stå overfor utfordringer mht til bemanningstilpasninger. Avhengig av hvilke personellgrupper som blir berørt, er det å anta at store deler av bemanningstilpasningen vil kunne gjennomføres ved turnover og naturlig avgang. Overordnede analyser som er gjennomført, bekrefter langt på vei dette og Helse Sør-Øst har en ambisjon om å unngå ufrivillige oppsigelser så langt det lar seg gjøre.

Uavhengig av hvilke virkemidler som kan komme til anvendelse i omstillingen, er det viktig å trygge de ansattes situasjon gjennom godt tilrettelagt kommunikasjon og samspill med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Prinsippene nedfelt i etablert lov- og avtaleverk vil stå helt sentralt i arbeidet framover og er selve kjernen i samarbeid og samspill mellom aktørene i omstillingen.

#### Pasientperspektivet.

En risiko i omstillingsfasen vil være at kvaliteten i pasienttilbudet reduseres i form av lengre ventetider eller mindre forutsigbarhet. For å motvirke dette må det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser og analyser av pasientforløp før organisatoriske endringer gjennomføres.

Det kan oppstå risiko for at endringer i både henvisningsrutiner og pasientflyt kan føre til forsinkelser og mulighet for avvik inntil nytt mønster er innarbeidet. Pasienter kan være nødt til bytte behandler med den usikkerhet det kan medføre. På samme måte kan samhandling i nettverket rundt pasienter bli endret. Man vil som ved tidligere tilsvarende endringer prioritere pasientkontinuitet og akseptere noe lengre innfasing av endring. Etablering av gode informasjonsrutiner som sikrer varsling i god tid for pasienter, allmennleger, kommuner og andre berørte parter. Informasjon bør inneholde både målsetning med omlegging, tidsplan og aktuelle kontaktpunkter.

Helsetilsynets (og fylkesmennenes/fylkeslegenes) høringsuttalelser peker på behov for god informasjon til pasienter og fastleger ved funksjons og oppgavefordeling. Etablering av felles metodikk for informasjon hvor RHF ber helseforetakene ta et særlig ansvar for nødvendig koordinering vil kunne føre til reduksjon av slike hendelser.

En ytterligere risiko er at flytting av funksjoner eller funksjons og oppgavefordeling utilsiktet fragmenterer gode fagmiljøer. Dette vil kunne påvirke pasienttilbudet og forskningsinnsatsen.

### Kostnader

En risiko i omstillingsfaser kan være at helseforetakene mister fokus på driften og kontrollen på den økonomiske situasjonen. Omstillingene vil innebære omstillingskostnader, og Helse Sør-Øst er i dag i en krevende økonomisk situasjon.

Det vil være en stor lederutfordring å styre omstillingene på en måte som sikrer at de investeringer som på sikt vil gi gevinster gjøres, samtidig som kostnadskontroll bevares. Et stort antall beslutninger må tas på relativt kort tid, og en del av disse vil kunne være kontroversielle. Endringene som skal gjennomføres har stor kompleksitet krever strukturert tilnærming og fokus på mer omfattende kommunikasjon som beskriver målbilde og motiverer til endringene.

### Kulturforskjeller

Kulturforskjeller innenfor organisasjoner som skal fusjonere utgjør en risiko. Å håndtere kulturutfordringene krever god ledelse, herunder kompetanse om håndtering av kultur og annen omstillingskompetanse. Ett tiltak for å motvirke kulturutfordringene vil være å legge vekt på å sikre tilstrekkelig involvering og medvirkning i endringer som skal gjøres.

### Manglende gjennomføring

Samtidig som det er mange og store risiki med gjennomføringen av foreslåtte omstillinger, vil det også være en betydelig risiko ved ikke å fatte de nødvendige vedtak og gjennomføre disse.

### Kompenserende tiltak for å redusere risiko:

Helse Sør-Øst vil legge til rette for å etablere rammebetingelser slik at foretaksgruppen settes i stand til å gjøre de nødvendige endringene. Dette inkluderer å etablere forutsigbare rammer, bidra til riktige investering, samt løpende avklaringer og beslutninger der dette er nødvendig for å sikre fremdrift. Det er avgjørende å sikre nødvendig lederkapasitet i organisasjonen for å gjennomføre endringene.

## **3.2 Økonomiske konsekvenser**

### **3.2.1 Balansert økonomisk utvikling innenfor sykehusområder i Helse Sør-Øst**

Helse Sør-Øst skal levere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet som ivaretar dagens og morgendagens behov, og som er innenfor de økonomiske rammer som Stortinget vedtar. Det vil derfor være avgjørende for framtidig handlingsrom og økonomisk bæreevne at resultatkrav innfris, at investeringer vurderes og prioriteres i forhold til en helhet og at nødvendig omstilling og effektivisering gjennomføres.

Det forutsettes (ref styresak 67/2008) at alle store byggeprosjekter finansieres med 50 % egenkapitalinnskudd fra Helse Sør-Øst RHF. Resterende finansieringsbehov forutsettes dekket ved opptak av lån i Helse- og omsorgsdepartementet. For å kunne møte fremtidige behov for egenfinansiering av store investeringsprosjekter må Helse Sør-Øst RHF holde tilbake et årlig beløp av tilgjengelig likviditet. Størrelsen på sparebeløpet legger rammer for hvor raskt en kan få realisert investeringsprosjekter i sykehusområdene. For å unngå at deler av den tilgjengelige likviditeten må benyttes til å finansiere underskudd på driften, er det helt avgjørende at helseforetakene oppfyller kravet om økonomisk balanse. Alternativt går dette ut over Helse Sør-Østs evne til å finansiere investeringer, som igjen medfører at investeringsprosjektene må skyves frem i tid.

De investeringer som gjennomføres må som minimumskrav ha en økonomisk bæreevne til å kunne dekke renter og avdrag ved investeringen.

### 3.2.2 Sykehusområdene som en økonomisk enhet

Etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst innebærer at ansvar og struktur for spesialisthelsetjenester samles og koordineres i større og mer robuste områder, både faglig og ressursmessig. Sykehusområdene bærer et selvstendig ansvar for å finansiere spesialisthelsetjenester til innbyggere i eget opptaksområde. Normalt skal sykehusområdene behandle og finansiere 80-90 % av befolkningens behov for tjenester. De resterende 10-20 % skal dekkes ved tjenester i andre sykehusområder/regioner og finansieres gjennom et gjestepasientoppgjør mellom sykehusområdene/regionene.

Prinsippet om at det enkelte sykehusområde utgjør en økonomisk enhet innebærer at inntekter tildeles sykehusområdene og at behovet for kapasitet og investeringer vurderes innenfor det enkelte sykehusområde som en samlet enhet.

### 3.2.3 Økonomiske konsekvenser per sykehusområde

De foreslåtte etablering av sykehusområder, endringer av funksjons- og oppgavefordeling og strukturelle endringer gir grunnlag for å hente ut økonomiske gevinster. Disse gevinstene forutsettes benyttet til å videreutvikle og styrke det fremtidige tilbudet av spesialisthelsetjenester. De økonomiske gevinstene er knyttet til;

- *Produktivitetsvekst ved økt aktivitetsnivå som følge av endret pasientstrøm mellom sykehusområder.*
- *Gevinster som følge av større bygginvestering og arealeffektivisering, dvs. effektiv logistikk, redusert vedlikehold og fysisk samlokalisering av funksjoner.*
- *Gevinster ved funksjons- og oppgavefordeling*
- *Gevinster ved fusjoner*

I sykehusområdene Innlandet og Sørlandet er det ikke vurdert særskilte økonomiske konsekvenser som følge av omstillingsprogrammet, ut over generelle krav til effektivisering og økonomisk balanse.

Det arbeides med planer for investering i et nytt sykehus i sykehusområde Østfold. Prosjektet er i en bearbeidelsesfase, hvor det arbeides med å tilpasse seg det økonomiske handlingsrommet til Helse Sør-Øst og sykehusområdet. Det forutsettes at sykehusområdet selv har økonomisk evne til å bære konsekvensene av investeringen gitt at Helse Sør-Øst RHF bidrar med 50 % egenkapitaltilskudd. For øvrig legges generelle krav om effektivisering og økonomisk balanse til grunn for sykehusområdet.

I Telemark og Vestfold sykehusområde forutsettes det at det i tillegg til faglige gevinster tas ut økonomiske gevinster ved funksjons- og oppgavefordeling. Videre legges det til grunn at det realiseres gevinster gjennom administrative fellesløsninger og samarbeid på tvers.

I Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde arbeides det med planer for investering i et nytt sykehus. En investering må vurderes opp mot sykehusområdets samlede kapasitet. Det forutsettes at sykehusområdet selv har økonomisk evne til å bære konsekvensene av en investering gitt at Helse Sør-Øst RHF bidrar med 50 % egenkapitaltilskudd. I tillegg til faglige gevinster skal det tas ut økonomiske gevinster ved funksjons- og oppgavefordeling, fusjonsgevinster og gevinster ved produktivitetsvekst som følge av endret pasientstrøm fra Oslo sykehusområde. Rikshospitalet HF har fungert som et områdesykehus for innbyggere i Asker og Bærum. En andel av denne pasientstrømmen forventes å bli behandlet i Buskerud, Asker og Bærum sykehusområde til en lavere behandlingskostnad.

Nye Ahus vil ferdigstilles desember 2010. Grunnet økt kapasitet vil Akershus sykehusområde overta ansvaret for 160 tusen innbyggere fra Oslo sykehusområde for befolkningen i Follo og en bydel i Oslo (Alna). Overføringstidspunktet er anslått til å gjelde innen 2011. Dette representerer et betydelig gevinstpotensial i form av produktivitetsvekst.

I Oslo sykehusområde forutsettes det at det i tillegg til faglige gevinster tas ut økonomiske gevinster ved funksjons- og oppgavefordeling og fusjonsgevinster. På kort sikt kan flere effektiviseringsgevinster realiseres gjennom felles ledelse og med virksomhet på flere lokasjoner. Dette vil kunne realiseres uten vesentlige investeringer. Gevinstene er estimert til ca 300 millioner kroner.

I tillegg er det et potensial for å hente ut gevinster gjennom arealeffektivisering av eksisterende bygningsmasse når pasientgrunnet reduseres.

Bygningsmessige investeringer som muliggjør større grad av samlokalisering vil bidra til å realisere ytterligere gevinster. Det vil være behov for å utrede investeringsalternativer og tilhørende gevinstpotensialer ytterligere. Det vises til sak 107-2008 om budsjett 2009.



Trykte vedlegg:

- Vedtak i styresak 038-2008
- Mottatte innspill/høringssvar
- Høringen i fase 3 – Oppsummering
- Rapport område Sentrum

Utrykte vedlegg:

- Høringsdokument hovedstadsprosessen
- Oversikt over møter i perioden juni til november 2008