Suksess gjennom samhandling

Utfordringsbildet,
Hva slags lokalsykehus i OUS
Hvor skal det ligge,
Modell for samhandling,
Retningslinjer for lokalsykehusfunksjon,
Legevaktfunksjon og sykehus og
Forholdet til de private, ideelle sykehusene

Samlet rapport fra Lokalsykehusprosjektet

Oslo Universitetssykehus

4. desember 2009

Innholdsfortegnelse

Forord

Del 1: **Leveranse 1**:
Utfordringer, premisser og ønskede effekter

Del 2: Leveranse 2, 3, 4 og 5:
Underlag for valg av antall sykehus, konsept og lokalisering av lokalsykehuset

Del 3: Leveranse 9,
Modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og Oslo kommune

Del 4: Leveranse 6,
Retningslinjer for ivaretakelse av Lokalsykehusfunksjonen internt i OUS

Del 5: Leveranse 7,
Framtidig legevakt i Oslo –
hva slags, spesielt sett i forhold til storbysykehuset.

Del 6: Leverane 8,
Forslag til oppgavefordeling og samhandling mellom private og offentlige lokalsykehus

Etterord: **Anbefalt videreføreing av arbeidet**

Vedlegg

Generelle vedlegg (mandat, organisering og gjennomføring av prosjektet)

Vedlegg knyttet til hver enkelt del

Vedlegg med Merknader fra tillitsvalgte og verneombud i prosjektet

Forord

Lokalsykehusprosjektet har siden midten av august arbeidet seg gjennom tre faser med hver sin rapportering. I en kort rapport la en først fram synspunkter på utfordringsbildet for lokalsykehus i Oslo framover, hvilke føringer som gjelder for prosjektet og hva som er ønsket effekt av det vi foreslår. I den andre rapporten la en fram forslag til hva slags lokalsykehusfunksjon vi bør ha i Oslo universitetssykehus og hvor dette lokalsykehuset bør ligge. I den tredje rapporten er det samhandling langs ulike dimensjoner som er den samlede innrammingen av delene i den. Innenfor rapportene kan en identifisere hver av de ulike leveransene i forhold til mandatet (nummerering i tråd med dette, se vedlegg 1). Det har i stor grad vært arbeidet med de ulike delleveransene parallelt, og mange av de samme ressurspersoner har vært involvert i flere av dem.

De ulike delene av denne totalrapporten skal kunne leses for seg. Men det er én gjennomgående tankegang om rolledeling og samarbeid innen helsesektoren i Oslo som preger alle delene i denne av rapporten. Ambisjonen er å få til en sammenhengende linje fra forståelsen av helseutfordringene i Oslo via valg av modell for lokalsykehuset til modell for samhandling med kommunehelsetjenesten. Dette betyr også at i arbeidet med videre konkretisering og gjennomføring av tilrådingene, må en ta vare på disse sammenhengene. Det er det som til sammen vil avgjøre kvaliteten av Oslo universitetssykehus sin lokalsykehusfunksjon.

Gjennomføring av Lokalsykehusprosjektet har vært presset på tid. Likevel er det lagt vekt på at arbeidet skulle preges av involvering. Tillitsvalgte i prosjektet har hele tiden vært tett på arbeidet. 30 – 50 ressurspersoner har deltatt i hver av åtte arbeidssamlinger og på den måten bidratt med kunnskaper om og innspill til de ulike temaene. Det samme er oppnådd gjennom fokusgruppemøter om bestemte temaer knyttet til samhandling og en egen arbeidsgruppe på dette området. Ikke minst har representanter for ulike deler av kommunehelsetjenesten i Oslo, Brukerutvalget i OUS og de private ideelle sykehusene vært trukket inn i flere av disse sammenhengene.

Både innholdet i tilrådingene våre og måten vi har arbeidet på håper vi til sammen legger grunnlaget for utvikling av en god lokalsykehusfunksjon innen OUS i tida framover.

Del 1

Leveranse 1

Utfordringer, premisser og ønskede effekter

Lokalsykehusprosjektet

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

11. september 2009

Beskrivelse av utfordringsbildet, premisser og ønskede effekter med hensyn til lokalsykehusfunksjonen, samt gjensidige forventninger mellom interessentene

1. Innledning

Denne første leveransen fra Lokalsykehusprosjektet har til hensikt å tydeliggjøre hvilke behov og utfordringene som møter en lokalsykehusfunksjon i Oslo, og dernest hva som er vedtatte premissene og samt skissere hvilke effekter prosjektet bør styres etter. Utfordringsbildet framstiller viktige spørsmålene Lokalsykehusprosjektet må finne gode løsninger for å håndtere.

Premisser er omtalt for å stadfeste vedtatte premisser prosjektet må bygge på. Ut over de dokumenter som er direkte knyttet til styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus, finnes det en god del dokumentasjon som er utarbeidet gjennom Hovedstadsprosessen det siste halvannet året som kan brukes som kunnskapsgrunnlag også for denne prosessen.

Skisserte effektmål er for Lokalsykehusprosjektet er først og fremst viktige ledestjerner i forbindelse med vurdering av løsninger under vurdering av alternativer og valg av løsninger og prioritering av tiltak og forslag. I tillegg vil effektmålene være innspill til innholdet i en virksomhetsstyring der oppfølging og rapportering bidrar til å gi fokus på lokalsykehusfunksjonen. Leveransen beskrevet i følgende deler:

- Presisering av lokalsykehusfunksjonen
- Behov og utfordringsbilde for spesialisthelsetjenester i Oslo
- Gjeldende premisser for innhold i lokalsykehusfunksjonen i Oslo
- Ønskede effekter av lokalsykehusprosjektet
- Forventningsavklaring

2. Hva er lokalsykehusfunksjonen?

Helse Sør-Øst RHF har brukt følgende definisjon av det en har kalt lokalbaserte tjenester innen spesialisthelsetjenesten: Det er spesialisthelsetjeneste for vanlige, sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. ”Vanlig” betyr lidelser med stor utbredelse. ”Sammensatte” betyr lidelser som kan ha flere symptomer, bestå av flere enkeltdiagnoser, et sammensatt årsaksbilde og/eller gi et komplekst bilde av hvilke funksjonsmessige konsekvenser de får for den de rammer. Med ”behov for nærhet” menes at behandlingen bør gis i rimelig tilknytning til der pasienten befinner seg. Det kan gjelde geografisk, men minst like viktig når det gjelder nærhet i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og annen helse- og omsorgstjeneste. Med ”breddekompetanse” menes at en tilfredsstillende diagnose, behandling og/eller oppfølging av pasienten krever et tverrfaglig team eller i det minste en mulighet til å trekke på en flerfaglighet og flerprofesjonalitet som er samkjørte med utgangspunkt i pasienten.

Lokalbaserte tjenester i denne forstand bør også utgjøre det sentrale innholdet i det som er benevnt som lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus. En slik tilnærming til å definere lokalsykehusfunksjonen tar som utgangspunkt ikke presis stilling til hva som er lokalsykehusdiagnoser eller hva som er områdediagnoser og grenser og sammenhenger mellom disse. Her kan en tenke seg ulike løsninger som hvorav flere kan være forenlig med den generelle definisjon av lokalbaserte tjenester og lokalsykehusfunksjon. Presiseringen av

hva slags alternativer som kan tenkes når det gjelder lokalsykehusfunksjon innenfor den generelle definisjonen og forslag til prioritering av disse, blir en del av leveranse 3 i dette prosjektet.

3. Behovsutvikling og utfordringsbild

1) Det særegne ved Oslo som opptaksområde

Oslo er kanskje Norges eneste storby. I dette ligger både en del forhold som påvirker utviklingen av behovene for helsetjenester og rammene for hvordan en skal møte behovene. Stobytilværelsen gir gjerne noen særegne utfordringer når det gjelder psykisk helse og rusmisbruk i tillegg til når det gjelder risikoen for en del type ulykker. En del andre allmenne livsstilsproblemer som er nevnt i punkt 2) kan også få en forsterkning i en slik urban ramme. Oslo er dessuten landets uten sammenligning største kommune delt opp i 15 bydeler som hver er på størrelse med andre relativt stor norske kommuner. Den forvaltningsmessige organiseringen har likhetstrekk med andre kommuner, men også særtrekk i forhold til intern arbeidsdeling og organisering. OUS sin samhandling med kommunen må møte den kommunale organiseringen effektivt dersom en sammen skal mestre utfordringene i behovet for lokalbaserte helsetjenester framover.

Oslo er dessuten en by med en eksepsjonell bredde i helsetjenester. For det første er det en bredde av spesialisthelsetjeneste fra høyspesialiserte landsfunksjoner til intermediærtilbud. For det andre er kommunen som den eneste i landet dekket av to sykehusområder, og har det både absolutt og relativt sterkeste innslag i landet av privat sykehusdrift utenfor det statlige helseforetaket. Oslo har også en stor konsentrasjon av avtalespesialister. En tydelig og koordinert lokalsykehusfunksjon for å møte det samlede utfordringsbildet som behovsutviklingen gir, har også dette som utgangspunkt.

2) Utviklingen av etterspørsel og måten å dekke dem på

Planlegging for en framtidig lokalsykehusfunksjon krever at en forsår hva som påvirker utviklingen av behov og etterspørsel for tjenester fra et slikt sykehustilbud. En slik forståelse blir dermed et viktig utgangspunkt for lokalsykehusprosjektet.

Oslo kommune har i løpet av de siste årene fått en sterkere vekst i befolkningstallet. I 2004 lå estimatet på en årlig vekst på rundt 1 %, i 2008 var den faktiske veksten 2,6 %, og et middels estimat fram mot 2020 operer med en gjennomsnittlig årlig vekst på nesten 2%. Veksten er imidlertid svært ujevnt fordelt mellom bydelene. Det en kan kalle de klart mest typeiske vestkantbydelen har en relativt lav vekst (Diakonhjemmets sektor), mens sentrumsbydelen forventes å ha en sterk vekst (Lovisenbergs sektor). Groroddalbydelene ser ut til å få en moderat vekst, mens bydelene i sør og nord (OUS sin sektor) vil få en betydelig vekst.

Befolkningsstørrelsen vil også utvikle seg ujevnt når det gjelder alder. Fram mot 2020 forventes en svært sterk vekst av aldersgruppen 67 til 80 år, mens antallet over 80 år i samme periode vil gå noe ned (for dernest å stige kraftig fra ca 2020). Antallet over 80 år i de vestlige bydelene øker imidlertid allerede fra de nærmeste åra framover. Antallet barn og unge forventes å øke omtrent likt med den gjennomsnittlige befolkningsveksten i denne perioden, men også denne sterkere i enkelte bydeler enn andre.

Andelen innbyggere i Oslo med innvandrerbakgrunn har vært økende, men er svært ujevnt fordelt mellom bydeler, mens andelen med ikke vestlig bakgrunn er ca 5% i Ullern og Vestre Aker er den ca 40% i Søndre Nordstrand. Disse forskjellene påvirker også atferdsmønster i bruken av helsetjenester på flere måter.

Levekårsindeksen for Oslo viser også stor spredning på bydeler. Tendensielt er den lavest i bydeler som også har den sterkeste befolkningsveksten. Dette gir en ekstra utfordring i forhold til å håndtere sosioøkonomiske forskjeller i åra framover.

Livsstilsrelaterte lidelser, kronikergrupper og kreft er generelt økende uten at vi har tall på om dette er en sterkere utvikling i Oslo enn ellers i landet. Inne i de to første gruppene finner en diabetes, kols, fedme, ruslidelser og en del psykiske lidelser. Disse gruppene dessuten sammenhenger med alder og levekår. Når det gjelder behandlingsbehov kjennetegnes disse gruppene av behov for å ha en relasjon til helsetjenester til dels også spesialisthelsetjenester over lange tidsforløp. Og i faser vil arten av behov være typisk for det som er definert som lokalbaserte spesialisthelsetjenester.

Prognosene for utvikling av pasientgrunnlaget for døgnpasienter viser i tråd med utvikling av alderssammensetningen i Oslo en kraftig vekst innenfor pasientgruppa 67 til 80 år fram mot 2020. Forbruket av døgnplasser innenfor yngre grupper forventes også å øke, mens etterspørselen for plasser for de over 80 år går ned.

I Oslo ser vi at det er en økning i etterspørsel etter akutt somatisk helsehjelp. Dette kommer til uttrykk gjennom økningen i pågangen på legevakten – både allmenn- og skadelegevakt. Andelen pasienter som legges inn på sykehus som følge av øyeblikkelig hjelp er også svakt økende. Det siste omfatter særlig eldre pasienter.

Etterspørselen etter dagbehandling og poliklinisk behandling øker både absolutt og relativt, men gjennomsnittlig liggetid for døgnpasienter går ned. En annen utvikling er at ventetiden for elektiv behandling går ned for rettighetspasienter og opp for de som ikke er rettighetspasienter. Disse to utviklingstrekkene gir en viktig innsikt i forhold til hvordan etterspørselen etter helsetjenester vil komme til uttrykk – også framover. For det første vil utvikling av behandlingsmetoder og behandlingsteknologi føre til endringer i hvor og hvordan behovene kan dekkes. For det andre vil faglige og politiske prioriteringer påvirke formen for etterspørsel.

Innenfor psykeisk helsevern er overgangen til poliklinisk behandling enda sterkere enn innen somatikken. Utbygging av tilbudet innen DPS og BUP er trolig en viktig forklaring på dette. Også innenfor primærhelsetjenesten er det ikke enkelt å få et klart bilde av utvikling av behov av etterspørsel etter helsetjenester. Flere tilbud har begrenset eller behovsvurdert inntak. Mange fastleger og legesentre har fulle avtalebøker og begrenset åpningstid. Sykehjemsetatens, rusetatens og bydelenes tilbud med private og offentlige underleverandører styres av bestilling og behovsvurdering fra bydeler. Det eneste kommunale tilbudet som knapt har annen terskel enn litt ventetid, er legevakten. Utviklingen i bruken av kommunale helsetjenester er dermed ikke noen sikker kilde til forståelse av utvikling av behovene for slike tjenester – selv om det skjer en faglig vurdering forut for tildeling flere av slike tjenester.

Det er altså et sammensatt bilde som til sammen beskriver hvordan behovene for helsetjenester generelt og spesialisthelsetjenester spesielt vil utvikle seg og dernest hvordan disse behovene vil uttrykke seg i faktisk etterspørsel. Men noen gjennomgående tendenser kan en slå fast. Oslo kommunes befolkning vil trolig øke med over 100.000 mennesker i løpet av en tiårs periode. Dette vil i seg selv skape økt behov for helsetjenester, både kommunale og fra spesialisthelsetjeneste. Dessuten vil andre utviklingstrekk bidra til en økning av behovet for lokalbaserte spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester som er sterkere enn det økningen i antallet innbyggere alene tilsier. Det blir en sentral oppgave for lokalsykehusfunksjonen i OUS både å være forberedt på denne utviklingen og dempe noen av virkningene av den. Det siste vil en bare være i stand til å gjøre ved en videreutvikling av god samhandling mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester i Oslo. Etablering og utvikling av lokalsykehusfunksjonen i Oslo må

ha dette som en sterkt fokusert ambisjon, og det må dermed prege hvordan vi former denne funksjonen i OUS. Hvordan lokalsykehusfunksjonen bidrar til en utforming av arbeidsprosessene hele veien fra hjem via kommunehelsetjenesten til sykehus og tilbake, vil være avgjørende for effekten av helsetjenestene. Men hvordan behovene vil rette seg mot sykehus vil også avhenge av hvordan kommunen utvikler seg.

Premisser for arbeidet i Lokalsykehusprosjektet
Vedtaket i sak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF sitt styre gir sentrale føringer for OUS sitt arbeid med lokalsykehusfunksjonen. Saksunderlagene til saken utfyller og begrunner vedtaket. Også andre vedtak i regionstyret supplerer dette vedtaket når det gjelder krav til gjennomføring, økonomiske rammer og IKT. Det samme gjør driftsavtale og foretaksprotokoll for OUS samt vedtak i OUS sitt styre angående Integrasjonsprogrammet.

En sentral ramme i de premissene som foreligger er at helseforetakene har et overordnet ansvar for å dekke behovene for spesialisthelsetjenester i sitt opptaksområde. Det understrekes dessuten spesielt at områdets behov for lokalbaserte tjenester må dekkes i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette gjelder naturligvis like mye i Oslo selv om dette som sykehusområde også har ansvar for mange region- og landsdekkende oppgaver. Det forutsettes for øvrig at en innen lokalbaserte tjenester kan tilby et godt koordinert tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Det slås fast at i lokalbaserte spesialisthelsetjenester skal følgende inngå:

- Dag- og døgnbehandling innen indremedisin
- Tilbud til eldre
- Elektiv kirurgi
- Bredt spekter av polikliniske tjenester
- Diagnostisk tilbud
- All virksomhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling
- Ambulante spesialisthelsetjenester
- Lokalbasert rehabilitering
- Lærings- og mestringssentra

Lokalsykehusfunksjonen i Oslo skal dessuten også ha ansvaret for alle regions- og landsfunksjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Men innen disse funksjonene skal målet være at minst 50 % av sengeplassene ligger i DPSene og tilsvarende mindre som sentraliserte sykehustilbud. Dette betyr også en sikkerhet for at FoU på disse fagområdene får en sterk og nær tilknytning til lokalsykehusfunksjoner. Det forutsettes for øvrig at disse to fagområdene koordineres helhetlig innen sykehusområdet, og det forutsettes at en innen Oslo universitetssykehus avklarer nærmere hvordan dette skal skje mot de private lokalsykehusene.

Innen indremedisin slås det fast at det kan være vanskelig skille såkalte områdefunksjoner fra lokalsykehusfunksjoner i de fleste fagområder. En erkjenner at dette vil kunne få konsekvenser for hvor disse områdefunksjonene skal legges organisatorisk og lokaliseringsmessig.

Innen akuttmedisin var utgangspunktet i hovedstadsprosessen at akuttkirurgi burde samles ett sted i hvert sykehusområde. Med tanke på å støtte opp under et organisatorisk skille mellom region- og lokalsykehusfunksjoner, åpnes det likevel for at en i Oslo kan tenkte seg to steder for akuttkirurgi. Den totale størrelsen på opptaksområdet, minst en halv million, understøtter også det. Vedtatte premisser åpner også for ulike modeller for den totale akuttfunksjonen tilpasset lokale forhold innen området. Det skal legges vekt på faglig kvalitet, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.

Det legges til grunn at det i et mellomlangt tidsperspektiv, dvs innen 2015 gjennomføres en prosess med sikte på å samle de offentlige lokalsykehusfunksjonene i Oslo langt mer geografisk. Lokalsykehusets behov for bredde og koordinert flerfaglighet må legges til grunn for denne prosessen.

De to private sykehusene, Lovisenberg og Diakonhjemmets sykehus, forutsettes å inngå i det totale lokalsykehustilbudet i Oslo gjennom kjøp av tjenester. Leveranse fra disse to avtales med Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med OUS. Lokalsykehusfunksjonen i Oslo skal fortsatt dekkes gjennom deling av ansvarsområder og funksjonsdeling. Dette kan resultere i lokalsykehus med ulike profiler, men de må til sammen bidra til et likeverdig tilbud. De to private sykehusene underlegges samme krav til omstilling, organisering og driftseffektivitet som statlige sykehus.

Det forutsettes at lokalsykehusfunksjonen bidrar til prosesser som gir bedre pasientforløp fra fastlege, gjennom alle tjenesteledd tilbake til hjem. Planlegging og utvikling av tilbud i sykehusområdene må skapes i forpliktende og avtalebasert samhandling mellom foretak og kommune. Spesielt nevnes at en forutsetter en tettere integrering mellom behandling og rehabilitering – helt ut i kommune. En slår fast at videre samarbeid om Storbylegevakten vil være et viktig brikke bygging av god samhandling og må være den del av prosessen med lokalsykehusfunksjon. Det nevnes også at det skal lages et eget samhandlingsprosjekt med Oslo Kommune med sikte på utprøving av nye organisasjonsformer.

En helhetlig og koordinert samhandling med kommunehelsetjenesten når det gjelder lokalbaserte tjenester, forutsetter at det innen OUS skapes en organisatorisk ramme for en slik samordning mot kommunen på tvers av klinikk- og avdelingsstruktur innen OUS. Det sies også at dette er viktig for å unngå at lokalbasert tjenester forsvinner inn i mer høyspesialiserte tjenester. Dette til sammen gir hensikt og innhold i det organisatoriske skillet mellom regions- og lokalsykehusfunksjoner.

For øvrig må lokalsykehusprosjektet merke seg følgende vedtatte premisser:

- Ansvaret for Alna og Follo overføres innen 31.12.2010. I den forbindelse virksomhetsoverdras Alna DPS, Follo DPS, Follo BUP og Alna BUP samt Ski sykehus
- Pasientenes rett til fritt sykehusvalg skal understøttes
- Sykehusområdet legges til grunn for inntektsfordeling i regionen
- Omstillingstiltakene skal gjennomføres innen tildelte budsjettrammer
- Status for fagområdene innen lokalsykehuset må styrkes
- Det må bygges felles rutiner og informasjonsunderlag for å sikre sammenhengende pasientforløp innen området
- Det forutsettes en helhetlig styring av eiendomsområdet

3) Ønskede effekter

Effektmål er definert som den konkrete virkningen/ nytten prosjektet skal føre til for brukerne, her forstått som både pasienten og ansatte og institusjonen OUS. Effektmål er i hovedsak nettopp mål, og som nevnt innledningsvis er en omforent forståelse av hvilke effekter/gevinster prosjektet skal bidra til, vesentlig i forbindelse med vurdering av ulike løsningsforslag (alternativ-analyse). Hvorvidt effektmål oppnås eller ei vil først kunne evalueres en god stund etter at prosjektet i seg selv er avsluttet, og løsningene er satt i funksjon. Det er videre klart for lokalsykehusprosjektet at oppnåelse av flere av effektmålene

beskrevet ikke vil være vårt bidrag alene, men også en funksjon av integrasjonsprosjektet i sin helhet.

Prosjektet vil benytte beskrevne effektmål som ledestjerne i forbindelse med løsningsevaluering. Men de foreslåtte effektene vil også være viktige når det gjelder styringsmessig oppfølging innen lokalsykehusfunksjonen i OUS. De bør derfor vurderes i forbindelse med etablering av system for styring og oppfølging innen OUS. Det vil f.eks.være gode muligheter for å knytte måltall og indikatorer til flere av effektmålene.

Prosjektet har arbeidet med effektmål i forkant av og under arbeidssamlingen gjennomført 4.september. På samlingen presenterte vi et knippe av relevante effektmål basert på premissdokumenter og innspill gitt i arbeidssamlingen og i samtaler med sentrale referansepersoner i tilknytning til oppstarten av prosjektet. På oppstartssamlingen ble arbeidsgruppene bedt om å prioritere ønskede effekter samt tilføye effektmål de mente manglet. Resultatet av dette arbeidet, dvs. forslag til prosjektets prioriterte ønskede effektmål som vil benyttes videre i arbeidet kan oppsummeres slik:

- ***Helhetlig behandlingsapparat***
  Samstemmighet rundt mål for pasientbehandling (bl.a. bruk av individuell plan)
  Bedre harmonisering av kapasitet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
  Tydelig ansvarsdeling

- ***Opplevelse av effektiv tidsbruk på tvers av nivåer for behandling***
  Prosjektet skal prioritere løsninger som bidrar til effektiv og sammenhengende behandling i hele pasientforløpet; hjem – sykehus – ”hjem”. Prosjektet skal også prioritere løsninger som reduserer ventetid og gir kort vei til riktig behandling, samt ivaretar opplevd ”en dør inn”.

- ***Redusere kostnader gjennom effektiv samhandling og samlokalisering***
  Prosjektet skal prioritere løsninger som optimalisere utstyrsbruk og utstyrsbehov, samt løsninger som bidrar til mer effektiv samhandling internt i OUS .

- ***God samhandling i hele pasientforløpet slik at dette oppleves trygt for enhver pasient***
  Prosjektet skal prioritere løsninger som fremmer god og effektiv samhandling på en måte som fremmer pasientens opplevelse av trygghet og ivaretakelse over grensesnittene mellom kommune og offentlig/privat lokalsykehusfunksjon.

- ***Attraktiv arbeidsplass*** (arbeidsmiljø, HMS, kompetanseutvikling)
  Prosjektet skal prioritere løsninger som opprettholder OUS som en attraktiv arbeidsplass generelt, og øker lokalsykehusets attraktivitet som arbeidsplass spesielt.

- ***Styrket utvikling av forskningsbasert kompetanse for de store pasientgruppene, dvs relatert til lokalsykehuspasienten***
  Prosjektet skal prioritere løsninger muliggjør styrking av forskningsbasert kompetanse for de store pasientgruppene lokalsykehusfunksjonen ivaretar.

Del 2

Leveranse 2, 3, 4 og 5

Underlag for valg av antall sykehus, konsept og lokalisering av lokalsykehuset

Lokalsykehusprosjektet

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

15. oktober 2009

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG **14**

1 INNLEDNING **14**

2 BESKRIVELSE AV AKTIVITET OG ESTIMAT FOR AKTIVITETSVOLUM SOM SKAL OVERFØRES TIL AHUS OG VESTRE VIKEN **17**

2.1 Innledning 17

2.2 Overføring til Ahus 17

2.3 Overføring til Vestre Viken 19

2.4 Tilbakeføring av funksjoner til andre regioner 20

2.5 Usikkerhet i estimatene knyttet til fritt sykehusvalg 20

3 BESLUTNINGSUNDERLAG FOR VALG AV ANTALL LOKALISERINGER FOR SYKEHUSVIRKSOMHET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS **20**

3.1 Innledning 20

3.2 Redusert aktivitet 21

3.3 Mer effektiv ressursbruk 22

3.4 Styrking av lokalsykehustilbudet 22

3.5 Behandlingskvalitet og ivaretakelse av faglige avhengigheter 23

3.6 Oppsummering 23

4 BESKRIVELSE AV TO ALTERNATIVE FORDELINGER AV OMRÅDEFUNKSJONER OG HVILKE AKUTTFUNKSJONER SOM ER NØDVENDIG I LOKALSYKEHUSET FOR Å KUNNE TILBY ET FULLGODT LOKALSYKEHUSTILBUD **23**

4.1 Hva er lokalsykehusfunksjonen 23

4.2 Lokalsykehusfunksjon i OUS og dagens sykehus 24

4.3 Beskrivelse av to alternative typer 25

4.4 Argumentasjon i forhold til de to typene sykehus? 26

4.5 Tilråding når det gjelder valg av sykehustype 29

4.6 Særskilte problemstillinger som påvirker nærmere utforming av lokalsykehuset 29

4.7 Anslått omfang av dagens regionsfunksjoner og lokal-/områdefunksjoner i Kirkeveien og på Sinsen 31

5 Beskrivelse av to alternative lokaliseringer av lokalsykehusfunksjonen, med anbefaling 32

5.1 Lokaliseringsalternativer 32

5.2 Kriterier for valg av lokalisering 34

5.3 Sammenligning av alternative lokaliseringer 35

5.4 Anbefalt lokalisering av lokalsykehusfunksjoner 45

6 Arealmessige konsekvenser av samling av rusbehandling og psykisk helsevern sammen med somatikk 46

7 Viktige krav til gjennomføring av flytting av sykehusvirksomhet 47

8 Vurdering av risiko 49

Vedlegg 50

SAMMENDRAG

Oslo universitetssykehus har ansvaret for å møte de behov for sykehustjenester som reises av befolkningen i størstedelen av Oslo. En stor del av dette vil være lokalsykehustjenester i den forstand at de handler om relativt utbredte lidelser som krever medvirkning fra et bredt spekter av spesialiteter og fag og et nært samspill med kommunehelsetjenesten for å lykkes med behandlingen. For disse pasientene er oftest kommunehelsetjenesten det viktigste behandlingsstedet, og sykehuset må være et supplement i samhandling med primærtjenesten. Utvikling av en mer velfungerende samhandling er en av de viktigste utfordringene for og ideene bak det offentlige lokalsykehuset i Oslo. Hvordan denne samhandlingen skal fungere er et hovedtema for en annen del av lokalsykehusprosjektet.

Lokalsykehus vil i årene framover generelt stå overfor utfordringer som skyldes økning i livsstilssykdommer, kroniske lidelser og en sterk økning i den eldre befolkningen. Dessuten vil helsetjenesten i Oslo få særskilte utfordringer pga. store skiller i befolkningen sosialt og økonomisk, storbyrelaterte fenomener som samling av rusmiddelmisbrukere og stor absolutt og relativ andel av befolkningen med flerkulturell bakgrunn. I tillegg vil byen få en sterk befolkningsvekst i åra framover. Lokalsykehuset i Oslo må være i stand til å møte disse utfordringene.

Oslo har hatt tre offentlig eide sykehus som nå blir til ett; Oslo universitetssykehus. Innenfor dette er det mange avhengigheter som må ivaretas både med hensyn til fag og pasientbehandling. Den klinikk- og avdelingsstrukturen som er vedtatt skal bidra til dette. Behovet for en sterk koordinering på tvers innenfor den delen av OUS som har lokalsykehusoppgaven som fokus, tilsier at det arbeides i retning av både en organisatorisk og en fysisk samlende ramme. Hvordan dette skal møtes organisatorisk, behandles i en seinere leveranse fra lokalsykehusprosjektet.

Det kan tenkes flere alternative modeller for samling av funksjoner i et lokalsykehus i OUS. Det ene alternativet er en minimumsmodell, her kalt nærsykehuset, med vekt på å samle den kompetanse innen indremedisin, psykisk helse og rusbehandling som må til for å ivareta et grunnleggende sett av sykehusbehandling for en stor del av lokalsykehuspasientene. Det andre alternativet er en utvidet modell, kalt storbysykehuset, som har et relativt komplett akuttilbud og et bredere spekter av medisinske spesialiteter og tilbud. Det vil si et lokalsykehus som også har en stor del såkalte områdefunksjoner. Storbysykehuset vil på en mer fullstendig måte kunne møte primærtjenestens behov for samhandling med et sykehus. I denne utredningen tilrås det at denne siste typen lokalsykehus etableres i OUS. Det konkluderes med at et slikt lokalsykehus er best egnet for å møte de helseutfordringer som vil komme framover. Det storbysykehuset som anbefales vil langt på vei måtte bli en nyskapning sammenlignet med dagens Aker og Ullevål sykehus.

Etter at OUS fra og med 2011 har gitt fra seg Follo kommunene og Alna bydel som opptaksområde til Ahus, sitter en igjen med et lokalsykehusområde på 220 000 innbyggere og et sykehusområde på ca 480 000 innbyggere. Denne reduksjonen sammen med konklusjonen om at en bør satse på et lokalsykehus av typen storbysykehus, tilsier at en samling av den offentlige lokalsykehusvirksomheten i Oslo bør skje ett sted og ikke to. En samling på to steder vil bety at virksomhetsgrunnlaget for hvert av dem blir for lite.

I dag har OUS somatisk lokalsykehusvirksomhet stort sett samlet to steder; i Kirkeveien (Ullevål sykehus) og på Sinsen (Aker sykehus). Ingen av disse stedene har imidlertid i dag samlet og rendyrket innholdet som ligger i kravene til et fullverdig lokalsykehus, og enda mindre et storbysykehus. Denne utredningen viser at det er mulig å få til en samlokalisering både i Kirkeveien og på Sinsen. Dette har derfor vært de to lokaliseringsalternativene som iht. mandatet er blitt utredet.

Det finnes forhold som trekker i favør av både Kirkeveien og Sinsen i sammenligningen av lokaliseringsalternativene. Det blir derfor viktig å legge vekt på de forholdene som veier tyngst når det skal gjøres et valg om lokalisering av Oslos offentlige lokalsykehus for flere tiår fremover.

Det viktigste hensynet å ta ved valg av lokalisering må være å sikre at man får en løsning som er mest egnet til å kunne ivareta behovene i et langt perspektiv. Det er stor usikkerhet mht. det fremtidige behovet for lokalsykehustjenester i Oslo. En raskt voksende befolkning, storbyens særskilte behov og fremtidige sykdomspanorama og behandlingsformer er forhold som bidrar til denne usikkerheten. Den lokaliseringen som velges må ha et utviklingspotensial og en fleksibilitet som kompenserer for usikkerheten relatert til den fremtidige utviklingen.

Et annet hensyn som bør vektlegges er muligheten til å gjennomføre etableringen av et storbysykehus innen kortest mulig tid. Dette er viktig både for å kunne høste de driftsmessige og økonomiske gevinstene ved en samling av virksomheter og for å kunne tilby et best mulig tilbud til byens befolkning så raskt som mulig.

Videre bør muligheten for å gjennomføre sammenslåingen med minst mulig risiko også vektlegges. Dette tilsier at man bør velge det alternativet som vil kreve minst fysisk flytteomfang.

Et siste hensyn som bør vektlegges tungt er at et storbysykehus på Sinsen vil måtte kombineres med opprettholdelse av drift i Kirkeveien (kvinne/barn og kreft). Dette vil kreve døgnkontinuerlig tilstedeværelse i Kirkeveien av servicefunksjoner, eksempelvis laboratorietjenester, radiologi og anestesi, men omfanget av dette behovet er ikke utredet.

Alle disse fire primære hensynene anses å være vanskelig å tilfredsstille ved en lokalisering av et storbysykehus på Sinsen. Tomtens begrensninger, omfanget av flytting og tilpasninger, samt problemer med å realisere sammenslåingen raskt representerer til sammen en svært høy risiko. Ut fra disse betraktningene og ovenstående drøftinger og vekting av kriterier anbefales det derfor at storbysykehuset etableres i Kirkeveien.

Dersom anbefalingene om etablering av Storbysykehuset blir realisert, vil det i årene framover blir gjennomført en til dels betydelig flytting av sykehusvirksomhet. Selv om målet for disse flytteprosessene er tydelig definert og godt planlagt når det gjelder bemanning og arealer, finnes det stor risiko forbundet ved en rekke andre forhold. Fagmiljøer kan på en uheldig møte bli splittet opp. Viktige faglige sammenhenger i behandlingsforløp kan gå i oppløsning. Forflytninger ved etablering av et storbysykehus vil si at to miljøer og arbeidskulturer skal slås sammen og bli til ett. Ikke minst må spillereglene i forhold samling og flytting av ansatte klargjøres. Disse prosessene bør starte umiddelbart.

Et nytt storbysykehus bør aktivt kunne brukes som mulighetsrom for å skape oppslutning og entusiasme. Denne anledningen til å bygge en ny arbeidsplass som vil være til beste for Oslos befolkning langt inn i framtida er unik, og den må tas vare på.

1. INNLEDNING

Denne rapporten er utarbeidet av Lokalsykehusprosjektet, og er en del av integrasjonsarbeidet ved OUS. Lokalsykehusprosjektet skal iht. mandatet utarbeide i alt ni leveranser inndelt i tre temaområder. Det første området omhandler innhold og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen ved OUS, og dekkes i denne rapporten. Det andre området omhandler oppgavefordelingen mot eksterne aktører i Oslo, inkludert legevakt. Det tredje området omhandler hvordan lokalsykehusfunksjonen skal ivaretas internt i OUS og samhandlingen mellom Oslo kommune og lokalsykehusene i Oslo.

Denne rapporten innbefatter følgende fire leveranser angitt i mandatet for lokalsykehusprosjektet:

- Leveranse 2: Beslutningsunderlag for valg av antall lokaliseringer for sykehusvirksomhet i Oslo universitetssykehus.
- Leveranse 3: Beskrivelse av to alternative lokaliseringer av lokalsykehusfunksjonen, med anbefaling.
- Leveranse 4: Beskrivelse av to alternative fordelinger av områdefunksjoner og hvilke akuttfunksjoner som er nødvendig i lokalsykehuset for å kunne tilby et fullgodt lokalsykehustilbud.
- Leveranse 5: Beskrivelse av aktivitet og estimat for aktivitetsvolum (sengekapasitet, dagbehandling og poliklinikk pr. fagområde) som skal overføres til Ahus og Vestre Viken

Som grunnlag for disse utredningene ligger leveranse 1, med beskrivelse av utfordringsbildet, premisser og ønskede effekter med hensyn til lokalsykehusfunksjonen.

<u>Arbeidsform</u>

Arbeidet i prosjektstaben med ovenstående leveranser har vært basert på bidrag fra en rekke klinikker og fagmiljøer innen OUS, samhandling med Oslo kommune, samt involvering av tillitsvalgte og verneombud. Det har vært arrangert flere arbeidssamlinger med bred deltakelse, der ovenstående problemstillinger og forslag til anbefalinger har vært drøftet. Det har også vært gjennomført en rekke prosjektgruppemøter med tillitsvalgte og verneombud, som har gitt verdifulle bidrag i utredningsarbeidet og til den foreliggende rapporten.

<u>Forutsetninger og underlag</u>

Mandatet for lokalsykehusprosjektet definerer forutsetninger som er lagt til grunn for utredningen. Her angis også styrevedtak i Helse Sør-Øst og OUS som gir føringer for arbeidet. De føringene som har størst påvirkning på lokalsykehusaspektet er gjengitt nedenfor:

- Befolkningen i sykehusområde Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester som ivaretar god samhandling med kommunen.
- Organiseringen skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner.
- Dublerte lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad.
- Rollen som lokalsykehus skal forsterkes med opplevd ”én dør inn”.
- Innenfor OUS samles lokalsykehusfunksjoner innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern, samt regionale funksjoner innen rusbehandling og psykisk helsevern.

- Kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten.
- 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.
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt.
- Akuttkirurgiske funksjoner skal i hovedsak samles.
- Lokalisering av akutt- og traumeberedskap må vurderes i forhold til nødvendige avhengigheter og ny storbylegevakt.
- Gode pasientforløp skal ligge til grunn for valgt organisering.
- AHUS overtar opptaksområde tilsvarende 160 000 innbyggere (Alna og Follo kommunene)

Det er tatt utgangspunkt i ovenstående premisser, og foreslåtte løsninger er søkt innenfor disse.

Lokalsykehusets leveranse 1, ”Utfordringer, premisser og ønskede effekter” har også vært et grunnlag i arbeidet med denne rapporten.

2. BESKRIVELSE AV AKTIVITET OG ESTIMAT FOR AKTIVITETSVOLUM SOM SKAL OVERFØRES TIL AHUS OG VESTRE VIKEN

a. Innledning

I dette kapitlet belyses omfanget av aktivitet som skal overføres til henholdsvis Ahus og Vestre Viken. Hensikten med denne beskrivelsen er først og fremst å få et dimensjoneringsgrunnlag for etterfølgende diskusjoner om sykehuskonsept i kapittel 4 og lokalisering i kapittel 5, med tanke på forståelse av aktivitetsomfang og størrelsen på arealer ved overføring av virksomhet mellom OUS sine ulike lokaliseringer.

Nedenfor er aktivitet som overføres og estimat for volumene av disse beskrevet.

b. Overføring til Ahus

Det er vedtatt at ansvaret for Alna og Follo overføres til Ahus innen 31.12.2010. I den forbindelse virksomhetsoverdras Alna DPS, Follo DPS, Follo BUP, Alna BUP og Ski sykehus.

Alna og Follo tilsvarer et pasientgrunnlag på 160 000 innbyggere, hvilket utgjør rundt 40-45 % av OUS pasientgrunnlag som lokalsykehus og ca. 25 % som områdesykehus. I kapittel 3 drøftes konsekvenser av denne reduksjonen.

I praksis betyr dette at lokal- og områdesykehusfunksjoner som i dag hovedsakelig ivaretas på Sinsen, men også i Kirkeveien, skal overføres til Ahus. Lokalsykehusprosjektet har i sine beregninger forutsatt at aktivitet kan og vil bli overført, og med andre ord er det forutsatt at Ahus kan ta imot aktiviteten. Dette blir derfor et viktig premiss for rapportens videre innhold og anbefalinger.

I henhold til mandatet for lokalsykehusprosjektet skal aktivitet beskrives i form av sengekapasitet (døgn og dag), samt poliklinikk. Antall senger er vurdert som en egnet måleenhet for å gi et bilde av omfanget av aktivitet som overføres, men dette gir ikke er fullt ut dekkende uttrykk for kapasitetsbehov og arealbehov for bl.a. støttefunksjoner, laboratoriefunksjoner etc.

Etterfølgende beregninger av senger basert på 2008 tall for døgn- og dagopphold bygger på forutsetninger som vist under.

Forutsetning	
Sengebehov ved dagopphold:	50 % (halvparten av dag-oppholdene trenger en seng)
Årsnevner ved blandet øyeblikkelig hjelp/elektiv sengeplassutnyttelse	235 dager (85 % belegg)
Årsnevner ved utelukkende øyelikkelig hjelp sengeplassutnyttelse	365 dager (100 % belegg)
Årsnevner ved alt overveiende øyeblikkelig hjelp sengeplassutnyttelse	310 dager (85 % belegg)

Aktivitet, målt i senger og polikliniske konsultasjoner, som i dag utføres i OUS og som skal overføres til Ahus er som vist i tabellen nedenfor. Tall for dagopphold (senger) er her ikke estimert for den somatiske virksomheten, idet det er behov for en mer detaljert gjennomgang og omforent forståelse av aktivitet som skal gjennomføres (se for øvrig videre omtale på neste side).

Overføring til Ahus				
Sykehus	Fagområde	Døgn[seng]	Dag [seng]	Poliklinikk [konsultasjoner]
Fra Sinsen	Rehab (inkl. for slag og geriatri)	47		
	Gastro	13		
	Med	62		
	Kirurgi	2		
	Kar	0		
	Ortopedi	10		
	Urologi	12		
	Postop/Intensiv/MO	19		
	sum somatikk	**165**		**120 000**
Fra Kirkeveien	**Somatikk**	**60**		
Fra OUS	**Psykiatri**	**67**	**6**	**16 148**
	Rus	**23**	**0**	**1 864**
Sum		**315**		

Tallene for Sinsen knyttet til senger er hentet fra gjennomgang med nøkkelpersonell, mens tallene for dagopphold (kun psykiatri) og poliklinikk er estimert ut i fra forbrukstall med forutsetninger som gjengitt nedenfor.

For estimering av aktivitetsvolum som vil overføres til Ahus og som nå utføres i Kirkeveien har prosjektet tatt utgangspunkt i et estimat for normal regionaktivitet og trukket dette fra volumet av aktivitet som relateres til pasienter fra Follo og Alna. Normal regionaktivitet er beregnet som et gjennomsnitt av forbruk relatert til pasienter fra Hedemark og Oppland.

Estimat for aktivitetsvolum innen lokal- og områdeoppgaver som skal overføres til Ahus blir da ca. 60 døgnsenger.

Tallene for overføring av aktivitet knyttet til Alna og Follo fra Kirkeveien til Ahus er ikke detaljert på fagnivå. Det vurderes imidlertid sannsynlig at berørte fagområder i hovedsak her er Pediatri. Detaljering og konkretisering må gjøres i forbindelse med planlegging av aktivitetsoverføring, da i samarbeid med mottakende sykehus.

Med referanse til tidligere nevnte vurdering i forhold til dagopphold (senger) har prosjektet mottatt estimater fra AHUS for volum av aktivitet knyttet til dagsenger som, etter deres vurdering, skal gå fra OUS til Ahus. Deres estimat tar for seg områdene Alna + Follo ekskl. Enebakk (som de har i dag). Omregnet til dagopphold vil deres estimater utgjøre rundt 25 dagsenger.

Antall dagopphold: Tall mottatt fra AHUS: Alna + Follo ekskl. Enebakk (som de har i dag)

	Follo	Alna
UUS	3141	2311
AUS	7054	3312
RH	1133	355
Sum	11 328	5 978

I forbindelse med konkretisering og planlegging av overføring må man utføre detaljerte omforente beregninger og vurderinger av andel av dagbehandling og hva som faktisk skal overføres. Avklaring rundt PCI behandling, som Ahus ikke utfører i dag, er i denne sammenheng vesentlig.

I forbindelse med dagopphold er også vurdering av areal for dialyse aktuelt å belyse. Dialyseomfanget relatert til pasientvolumet som skal overføres til Ahus er for Follo: 1403 og Alna: 610, til sammen 2013 dagopphold.

c. Overføring til Vestre Viken

Overføring av aktivitet til Vestre Viken dreier seg i hovedsak om overføring av aktivitet relatert til Kvinne-, barne- og nevrologifunksjonen på Gaustad, samt svangerskap/fødsel, nyfødt og øyeoppgaver på Kirkeveien, for pasienter med bosted i Asker og Bærum.

I dag legges det inn 800-1000 barn årlig fra Asker og Bærum til Barneklinikken på Gaustad. I tillegg behandles det 200-300 dagpasienter og ca. 5000 polikliniske pasienter årlig fra Asker og Bærum. I omfang relatert til totalt antall pasienter som i dag behandles ved Barneklinikken på Gaustad utgjør dette ca 25 % av antall døgninnleggelser, ca. 15 % av dagbehandlingen og ca. 50 % av poliklinikken.

Basert på at en del av disse pasientene er regionpasienter som fortsatt skal ivaretas av OUS land- og regionsfunksjon på Gaustad, er det estimert overføring av aktivitet som vist nedenfor:

Overføring til Vestre Viken				
Sykehus	***Fagområde***	***Døgn [seng]***	***Dag [seng]***	***poliklinikk [konsultasjoner]***
Fra Gaustad	Barneklinikken	11	3	4 400
	Kvinneklinikken	10	1	3 400
	Nevro	8	3	2 600
	Ortopedi	0	0	400
	Øre, nese, hals	3	1	2 500
	Sum somatikk	**32**	**8**	**13 300**
Fra Kirkeveien	Øye	2		
	Lunge	1		
	Muskel skjelett	1		
	Svangerskap/fødsel	1,5		
	Nyfødt	2		
	Myeloprolif.sykd.	2		
	Diverse Somatikk	4,5		
	Sum Somatikk	***14***		

Tallene i tabellen ovenfor er her basert på forbruk av døgn-, dag- og poliklinikkopphold i 2008. For estimering av aktivitet som vil overføres Vestre Viken er det, som ved estimering av aktivitet fra Kirkeveien til Ahus, tatt utgangspunkt i et estimat for normal regionaktivitet og trukket dette fra volumet av aktivitet som relateres til pasienter fra Asker og Bærum (Akershus vest). Normal regionaktivitet er beregnet som et gjennomsnitt av forbruk relatert til pasienter fra Aust Agder, Vest Agder og Telemark. Estimat for aktivitetsvolum innen lokal- og områdeoppgaver som skal overføres fra OUS til Vestre Viken blir da i ca. 45 døgnsenger og ca. 10 dagsenger, samt 13 300 polikliniske konsultasjoner.

d. Tilbakeføring av funksjoner til andre regioner

I tillegg til ovennevnte er det sett på aktivitet som i dag utføres på Gaustad (RH), om som etter gjeldende fordelingsnøkkel for områdefunksjoner bør tilbakeføres til andre regioner. Volumet her er imidlertid ikke så stort at det får innvirkning på etterfølgende diskusjoner om konsept og lokalisering.

e. Usikkerhet i estimatene knyttet til fritt sykehusvalg

Det er gjort et anslag på sengebehov som et resultat av fritt sykehusvalg, som etter overføring av aktivitet til henholdsvis Ahus og Vestre Viken antas fortsatt å bli liggende i OUS. Dette estimatet er i størrelsesorden 30 000 opphold. Basert på antakelsen om at halvparten av disse oppholdene er døgnopphold med liggetid på 5,2 (snitt OUS i 2008), utgjør dette ca 55 senger. Dette omfanget er av betydning i forbindelse til senere diskusjoner i kapittel 5 om sengekapasitet.

3. BESLUTNINGSUNDERLAG FOR VALG AV ANTALL LOKALISERINGER FOR SYKEHUSVIRKSOMHET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

a. Innledning

Dette kapitlet sammenfatter argumenter for å redusere antall hovedlokaliseringer for lokalsykehusvirksomhet i OUS fra to til en. Det reduserte aktivitetsomfanget ved overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken, samt samling av regionsoppgaver og multitraume på Gaustad, tilsier at lokal- og områdeoppgavene bør kunne samles i fremtiden. Mer effektiv

ressursbruk og styrking av lokalsykehusfunksjonen er andre forhold som taler for en samling. Disse argumentene er utdypet nedenfor. Tallene for pasientgrunnlag er fra 2008.

b. Redusert aktivitet

i. Pasientgrunnlaget for OUS reduseres fra 370 000 til 220 000

En flytting av pasientunderlaget på 160 000, som overfører til Ahus, tilsvarer det pasientunderlaget som Sykehuset Asker og Bærum har i dag. For OUS medfører dette en reduksjon på 40-45 % av behovet for areal til lokalsykehusbehandling og 25 % i områdeoppgaver.

Indremedisin og geriatri utgjør den vesentlige del av den somatiske lokalsykehusaktiviteten. Når Ahus overtar sin del, i forhold til det som nå er Akers opptaksområde vil det være igjen Bjerke bydel med ca 25 000 innbyggere av opptaksområdet for disse fagområdene. Dette tilsvarer en reduksjon på over 85 %. Imidlertid har både indremedisin og kirurgiske spesialiteter på Sinsen en god del pasienter fra andre områder og andre deler av Oslo, slik at den reelle reduksjon vil være mellom 65-70 % innen indremedisin/geriatri.

Innen kirurgiske fagfelt vil reduksjonen være mindre, dels pga. at kar og urologi har store regionsoppgaver, men også fordi Lovisenberg sykehus får utført sine kirurgiske oppgaver på Sinsen. Tallene for kirurgiske disipliner tilsier ca 40 % reduksjon i aktiviteten.

OUS vil etter nytt opptaksområde fra 2011 ha en samlet lokalsykehusfunksjon som skal betjene noe over 220 000 innbyggere dersom en legger Bjerke bydel til de fire bydelene som i dag betjenes i Kirkeveien.

ii. Regionsoppgaver samles på Gaustad og områdefunksjoner overføres til egne sykehusområder

Samling av regionsoppgaver og multitraume på Gaustad vil kunne muliggjøres ved frigjørelse av areal knyttet til overføring av områdefunksjoner og bygging av nytt areal på Gaustad. Det er foreløpig ikke gjennomført en tilstrekkelig faglig vurdering av arealbehovet, men det antas ikke å være tilstrekkelig kapasitet for å ivareta alle disse oppgavene, slik at ny bygningsmasse må etableres. Arealekspansjon/investering i nye og egnede bygninger på Gaustad blir således et viktig premiss for rapportens videre vurderinger og konklusjoner. Det er foreløpig sannsynliggjort et utbyggingspotensial på ca 40 000 m^2 på Gaustad uten å komme i konflikt med vernerestriksjonene i området. Overføring av områdefunksjoner fra Gaustad og Kirkeveien er det vanskelig å beregne de arealmessige konsekvensene av, men det er i kapittel 5.c.v anslått et forventet omfang uttrykt i antall døgnsenger.

iii. Samling av akuttkirurgi

Som nevnt ovenfor er omfanget av akuttkirurgi som overføres til Gaustad ikke avklart. En overflytting av multitraume fra Kirkeveien til Gaustad vil medføre at en del av annen akuttkirurgisk virksomheten bør følge med. I tillegg til akuttkirurgien som i dag utføres ved Ullevål, vil OUS være ansvarlig for akuttkirurgi for Bjerke bydel og ved bydelene til Lovisenberg (i dag ved Aker) og Diakonhjemmet sykehus. Hvor mye akuttkirurgiske virksomhet som flytter med traumene til Gaustad, vil være avhengig av hvilket konsept for lokalsykehus man velger. Velges det som i neste kapittel er kalt nærsykehus, så vil all akutt kirurgisk virksomhet overflyttes. Et større lokalsykehus, der også store deler av områdefunksjoner samles, vil ivareta en betydelig del av den akuttkirurgiske virksomhet. Omfanget av dette må vurderes ut fra hensynet til å etablere robuste fagmiljøer, samt driftsøkonomiske hensyn mht. vaktordninger.

iv. Ny legevakt med "triage" funksjoner og observasjonsenhet forventes å medføre redusert kapasitetsbehov

En ny legevakt, slik den er presentert i arbeidet med storbylegevakten, vil kunne redusere behovet for innleggelser i sykehus av flere årsaker. En observasjonsenhet ved legevakten vil medføre at flere kan sendes hjem uten sykehusinnleggelse. Spesialistkompetanse i legevakten vil kunne medføre at flere behandles i legevaktsammenheng, og en del ”unødige” innleggelser unngås. En god ”triage” vil medføre at pasienten kommer til rette sted med en gang, og dette vil forkorte oppholdet. Konsekvensen av dette kan være redusert sengebehov.

v. Bruk av investeringsmidler til rehabilitering av eksisterende bygg, ny bygningsmasse og utstyr bør konsentreres mest mulig

Effektiv drift og god pasientbehandling er ikke bare avhengig av tilgjenglig kompetanse, men også av at den bygningsmessige kvalitet og infrastruktur er tilrettelagt for et slikt formål. I dagens to sykehus med lokaloppgaver er det vesentlige deler av bygningsmassen som ikke svarer til slike krav. Begrensningene i investeringsmidler tilsier at det vil være hensiktsmessig å konsentrere investeringene til få steder for på den måten å bygge opp et sykehusområde over tid som er tilrettelagt for effektiv drift.

c. Mer effektiv ressursbruk

i. Effektiv ressursbruk av personell, servicefunksjoner og utstyr

Kostnader knyttet til denne type oppgaver reduseres ved en samling av virksomheten ved færrest mulig steder. En spredt lokalisering krever dublering av servicefunksjoner og innen enkelte områder en lavere utnyttelse av slike funksjoner enn ved en samling på ett sted. Det samme vil være tilfelle for medisinteknisk utstyr.

ii. Redusert tidstap ved forflytning mellom sykehus

Tidstap mellom sykehus behøver ikke nødvendigvis være større enn tidstap internt i et stort sykehus, men en god logistikk og en god kommunikasjon vil vanligvis være lettere få til der sykehusfunksjonene er samlet.

d. Styrking av lokalsykehustilbudet

i. Sikre likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester

Oslos befolkning vil fordeles mellom fire institusjoner som tilbyr lokalsykehustjenester. Lovisenberg sykehus er et rent lokalsykehus med en del tilleggsoppgaver. Diakonhjemmet sykehus har i dag akuttkirurgi. Gastro akuttkirurgi forutsettes inkludert i den samlingen av akuttkirurgi som skal skje. Ahus er et stort område- og lokalsykehus som får avsvar for en stor del av Oslos befolkning. Dette sykehus vil kunne gi et vesentlig bredere medisinsk tilbud til befolkningen, siden de dekker de fleste fagområder både innen akutt og elektiv virksomhet.

Dersom Oslos offentlige lokalsykehustilbud opprettholdes to steder, er det tvilsomt om pasientunderlaget (ca 220 000 delt på to) er tilstrekkelig til å berettige kompetanseoppbygging som kan ivareta også områdeoppgaver. Pasienter med krevende lidelser vil da måtte henvises til regionsnivå der også områdefunksjoner vil finnes. Dette vil ikke gi et likeverdig tilbud og neppe heller en effektiv drift.

ii. Sikre enhetlig samhandling med Oslo kommune ved at lokalsykehusfunksjonene lokaliseres ett sted

Oslos befolkning vil kunne se seg tjent med mindre og lett tilgjenglige lokalsykehus. Disse vil i stor grad kunne innfri mange av de behov som kronisk syke, pasienter med psykiske problemer og rusproblemer har. Pasienter med akutte, udefinerte og uavklarte sykdommer, samt de mange med sykdommer som ikke fanges opp i de ovenfor nevnt gruppene, vil

imidlertid også ha behov for kompetanse innen mange andre fagområder. Dette kan bare innfris i et større sykehus.

e. Behandlingskvalitet og ivaretakelse av faglige avhengigheter

Mange fagområder er avhengig av en minstestørrelse av pasienttilfang for å vedlikeholde sitt faglige nivå. Det gjelder både for leger og annet klinisk personale mht. løpende drift, men det gjelder også for å kunne gi et godt tilbud i grunnutdanning og spesialisering, samt et egnet sted for forskningsvirksomhet. Dette tilsier at en bør holde det totale pasientgrunnlaget for OUS sin lokalsykehusfunksjon samlet.

Mange av lokalsykehusenes pasienter trenger å bli møtt av klinisk personale som representerer en faglig bredde. Å kunne tilby tverrfaglighet på en effektiv måte kreves fysisk nærhet. Dette er også bakgrunnen for at Hovedstadsprosessen la vekt på at en skal ha et lokalsykehus med et samlet og koordinert tilbud innen somatikk, rusbehandling og psykiatri. En viss minstestørrelse på hvert av fagområdene er en forutseting for at et slikt samlet møte mot pasienten skal fungere, og kan ikke ivaretas i en modell som er delt opp geografisk etter ulike fagfunksjoner.

De argumentene som er framført her, tilsier også at hensynet til kvalitet i pasientbehandling og samhandling er tjent med en samling av lokalsykehustjenestene innen OUS, så lenge disse tjenestene samlet sett ikke er større enn de vil være innen et overskuelig tidsperspektiv.

f. Oppsummering

Det vil bli en reduksjon i arealbehov innen OUS som et resultat av de forflyttninger og funksjonsendringer som er planlagt. Konsekvensene av dette taler for en samling av de offentlige lokalsykehusfunksjonene. Det viktigste motargumentet knytter seg til visse pasientgruppers behov for nærhet og tilgjenglighet, som lettes kan oppnås ved mindre enheter. Denne utfordringen må derfor få særskilt oppmerksomhet dersom en samling i en større enhet blir valgt. Diverse aspekter ved valget mellom ett versus to offentlige lokalsykehus er drøftet nærmere i kapittel 4.

4. BESKRIVELSE AV TO ALTERNATIVE FORDELINGER AV OMRÅDEFUNKSJONER OG HVILKE AKUTTFUNKSJONER SOM ER NØDVENDIG I LOKALSYKEHUSET FOR Å KUNNE TILBY ET FULLGODT LOKALSYKEHUSTILBUD

a. Hva er lokalsykehusfunksjonen

I leveranse 1 ble det tatt utgangspunkt i Helse Sør-Øst RHF sin definisjon av lokalbaserte spesialisthelsetjenester ved presisering av hva som bør ligge i et lokalsykehus: Spesialisthelsetjeneste for vanlige, sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse.

”Vanlig” forstås som lidelser med stor utbredelse. ”Sammensatte” vil si lidelser som kan ha flere symptomer, bestå av flere enkeltdiagnoser, et sammensatt årsaksbilde og/eller gi et komplekst bilde av hvilke funksjonsmessige konsekvenser de får for den de rammer. Med ”behov for nærhet” menes at behandlingen bør gis i rimelig tilknytning til der pasienten befinner seg. Det kan gjelde geografisk, men minst like viktig nærhet mht. samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og annen helse- og omsorgstjeneste. Med ”breddekompetanse” menes at en tilfredsstillende diagnose, behandling og/eller oppfølging av pasienten krever et tverrfaglig team, eller i det minste en mulighet til å trekke på en flerfaglighet og flerprofesjonalitet som er samkjørt med utgangspunkt i pasienten.

Det blir en konsekvens av denne forståelsen av lokalsykehus at dette vil omfatte en svært stor del av den direkte samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusfunksjonen vil også omfatte de fleste av de pasientgruppene som er relativt store forbrukere av spesialisthelsetjenester, og vil utgjøre den delen av spesialisthelsetjenesten som har den bredeste kontakten med befolkningen. I mange tilfeller vil folks bruk av mer høyspesialiserte sykehustjenester også gå via lokalsykehuset.

Presisering og avgrensning av lokalsykehusoppgaver kan til dels også gjøres ved å si at tjenester som bare ytes ett sted i helseregionen eller i landet, definitiv ikke hører med til et lokalsykehus. Tjenester som bare ytes ett sted innen et sykehusområde kan høre inn under et lokalsykehus, men det vil også være slik at mange lokalsykehus vil tilby få eller ingen slike områdetjenester. Dette blir et viktig forhold for å skille mellom ulike typer lokalsykehus.

Innen OUS har en til dels brukt betegnelsen lokalsykehusfunksjon. I dette ligger en form for abstraksjon, som samler de deler av et sykehus eller av klinikker som til sammen ivaretar lokalsykehusoppgavene slik det er presisert ovenfor. For å ivareta lokalsykehusrollen tilfredsstillende må en imidlertid ha som siktemål at lokalsykehusfunksjonene i all hovedsak samles geografisk. Selve innholdet i presiseringen, med vekt på ”sammensatt”, ”nærhet” og ”bredde” tilsier en tett, fysisk nærhet mellom de ulike fag- og behandlingsområder som inngår i lokalsykehusfunksjonen. Våre partnere i samhandlingskjeden; lokalbefolkningen og primærhelsetjeneste, forventer å kunne finne sitt sykehus ett sted, og i betydelig grad geografisk samlet. I den vedtatte organisering av klinikkstruktur innen OUS omtales lokalsykehusfunksjonen som et ansvar uten å ta stilling til behovet for fysisk samling. I planleggingen av fremtidens lokalsykehusfunksjon, må perspektivet være en fysisk samlet og organisatorisk integrert virksomhet.

Definisjonen ovenfor av hva som er kjernen i et lokalsykehus gir ikke rom for bare én entydig praktisk presisering av innhold i et lokalsykehus. En kan i dagens virkelighet også se et lite spekter i ulike typer av sykehus som alle ivaretar lokalsykehusfunksjonen. En må med andre ord gjøre et valg i forhold til hvilken type lokalsykehus OUS skal ha. For OUS vil dette valget også påvirke innholdet i den delen som betegnes som lands- og regionssykehuset. I denne sammenheng vil to til en viss grad forskjellige kategorier av lokalsykehus bli beskrevet og argumentert rundt. For enkelhets skyld er disse kalt henholdsvis ”Storbysykehuset” og ”Nærsykehuset”. Argumentasjonen rundt disse vil i hovedsak handle om hvilket av alternativene som vil fungere best på premissene til god samhandling og pasientbehandling.

b. Lokalsykehusfunksjon i OUS og dagens sykehus

To av de tidligere helseforetakene i OUS, Aker og Ullevål, har betydelige innslag av lokalsykehusvirksomhet. Ingen av dem er likevel fullgode og komplette lokalsykehus i den forstand som vi opererer med her. For det første har de begge også regionfunksjoner som del av virksomheten. For det andre er de ikke komplett i forhold til de fagfunksjoner som bør inngå i et lokalsykehus. For det tredje er de ikke tilstrekkelig geografisk samlet med de aktuelle funksjonene. For det fjerde har begge klare forbedringspotensialer i forhold til å ivareta samhandlingskravene som ligger på et lokalsykehus på en tilfredsstillende måte. Et lokalsykehus innen OUS, fysisk samlet og med hele virksomheten fokusert på å ivareta lokalsykehusfunksjonen og god samhandling også sett i lys av de særlige utfordringene Oslo som storby bringer med seg fremover, er derfor verken dagens Ullevål eller dagens Aker. Det handler om å utvikle et nytt sykehus som ivaretar kravene til lokalsykehus på en mer fullstendig måte.

Det nye lokalsykehuset i OUS må bygge på fagmiljøer og erfaringer fra Ullevål og Aker, men må få lov til å utvikle seg på egne premisser. Denne tilnærmingen er trolig også viktig på en annen måte. For kombinasjonen av valg av sykehustype og valg av sted for plassering av lokalsykehuset, kan lett føre til at en av de to nåværende sykehusene framstår som ”taper” og det andre som ”vinner”. Det vil skape en særdeles dårlig start for etableringen av et

framtidsretta lokalsykehus for OUS. OUS sitt lokalsykehus må framstå som noe nytt, der en legger stor vekt på å bygge videre på det beste av forutsetninger som ligger både i Aker og i Ullevål i forhold til å få til et velfungerende lokalsykehus.

c. Beskrivelse av to alternative typer

Nedenfor følger en beskrivelse av det som utgjør hovedtrekkene i de to sykehustypene som diskusjonen om lokalsykehus tar utgangspunkt i.

i. Storbysykehuset

Denne typen sykehus har følgende hovedkarakteristika:

- Det er et komplett akuttsykehus, naturligvis med unntak av akuttforhold som bare behandles ett sted i region eller land. Det vil si at det er akutt kirurgi – både med gastrokirurgi, ortopedi og eventuell andre områder med akuttkirurgi, og det er et totaldekkende indremedisinsk akuttilbud og akutt nevrologi. Rundt dette er det da også tilstede nødvendige støttefunksjoner innen anestesi, laboratorieservice og røntgen på døgnbasis.
- Det somatiske akuttmottaket vil være relativt nært lokalisert mot akuttmottakene innen psykiatri og rusbehandling.
- Det er et komplett indremedisinsk sykehus. Det vil si at sykehuset besitter kompetanse innen alle de brede diagnosegruppene og organspesialiteter, altså både hjerte, lunge, gastro og nyre i tillegg til infeksjon, geriatri, endokrinologi, hematologi, nevrologi samt spesialkompetanse innen diverse brede livsstilsproblemstillinger.
- Den er et sykehus som også driver betydelig elektiv kirurgi. Dette vil være naturlig med utgangspunkt i at det er rasjonelt at kapasiteten som må være tilstede innen akutt kirurgi bør fylles opp av planlagte operasjoner for å utnyttes optimalt.
- Det er et sykehus som ivaretar et generelt pasientansvar for sine bydeler på linje med de private sykehusene, men som samtidig har en særstilling i forhold til disse i og med at de på flere områder ivaretar fellesfunksjoner behandlingsmessig. Dette vil si behandling om bare fins ett sted i sykehusområdet. Det gjelder spesielt for akuttkirurgi, men kan også gjelde en del indremedisinske områder og rusbehandling. Det vil si at Storbysykehuset ivaretar både lokalsykehusfunksjoner og er områdesykehus.
- Det er et sykehus som kan inneholde en eller flere av de behandlingsgruppene som består av en blanding av behandlinger som fins bare ett sted i sykehusområdet og som samtidig har et innslag av regionpasienter, men uten at det evt. er rasjonelt å atskille behandlingssted for område- og regionpasienter. Eksempel på slike pasientgrupper kan være urologi, øye, øre/nese/hals og kvinne/barn.
- Den komplette akuttfunksjonen gjør at det gir en naturlig kopling mot akuttvirksomheten i en Storbylegevakt.

ii. Nærsykehuset

Denne typen sykehus har følgende hovedkarakteristika:

- Det er modifisert akuttsykehus med akuttmottak for vanlige og klare indremedisinske tilstander. Det vil ha en tilfredsstillende støtte når det gjelder anestesi for kunne fylle en slik rolle.

- Dette akuttmottaket er nær knyttet opp mot akuttmottakene for psykiatri og rusbehandling.
- Det er et sykehus med indremedisinsk kompetanse innen geriatri og infeksjon og for øvrig medisinsk kompetanse mot de store kronikergruppene. Sykehuset vil for øvrig naturlig ha poliklinisk virksomhet også innen områder der det nødvendigvis ikke selv eier fagkompetansen, dette for å bidra til behandlingsvurdering i primærhelsetjenesten eller riktig behandlingsnivå i spesialisthelsetjenesten.
- Det er ikke gitt at det er et sykehus som driver elektiv kirurgi. Nærsykehuset som konsept forutsetter ikke kirurgisk virksomhet. Elektiv kirurgi kan plasseres i nærsykehuset dersom driftsmessige forhold og totale kapasitetshensyn gjør dette til et klokt valg.
- Det er et sykehus som ivaretar et generelt pasientansvar i forhold til bydeler på linje med de private i Oslo, og det vil ikke ha noen særstilling i forhold til disse. Et lokalsykehus som nærsykehus vil kunne gi tre relativt likeartede lokalsykehus i Oslo.
- Fraværet av en komplett akuttfunksjon kan tale mot å legge en legevakt i tilknytning til dette sykehuset. På den andre siden vil en legevakt med utvidet obs-post ligge svært nær den type observasjon og mer akutt poliklinisk vurdering som nærsykehuset bør spille en tung rolle i. Dersom en også hadde elektiv kirurgi med mulighet for halvøyeblikkelig behandling (dvs dagtid), kunne en legevaktstilknytning være mulig også her.

De sentrale forskjellene mellom de to sykehustypene ligger i typen akuttfunksjon som de har og i forhold til plassering av områdefunksjoner innen somatikken. I forhold til tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykeisk helsevern, vil de to typene sykehus arte seg relativt likt. Dette gis også av at Helse Sør-Øst sine vedtatte premisser forutsetter at disse funksjonene er klart integrert mot somatikken og av at region- områdefunksjoner her skal følge de sykehusbaserte lokalfunksjonene.

Det er ikke sagt direkte, men framgår av definisjonen ovenfor at storbysykehuset i utgangspunktet vil være et langt større sykehus enn nærsykehuset. En del av de funksjonene som ikke i utgangspunktet er klart plassert, kan både forsterke og modifisere dette bildet.

En vil legge merke til at det er enkelte, også store behandlingsområder, som ikke er direkte omtalt i definisjonen av de to typene sykehus. Det gjelder blant annet kreftbehandling og rehabilitering. Vi har valgt å ikke ta stilling til disse her, men omtaler det nærmere under kapittel f.

Når både lokalsykehus og lands- og regionsykehus samles mer geografisk, blir dette naturligvis komplementære størrelser både funksjonsmessig og kapasitetsmessig. En kan derfor ikke definere lokalsykehus uten til en viss grad å skue til hva som blir konsekvensene for lands- og regionsykehuset.

d. Argumentasjon i forhold til de to typene sykehus?

I argumentasjonen for og mot de to typene lokalsykehus går mange av de samme temaene igjen. Avhengig av hvordan de vinkles og vektlegges kan de tale for det ene eller det andre alternativet. Her oppsummeres derfor de viktigste temaene og argumentasjonen i tilknytning til hver av dem.

i. Gode pasientforløp

To argumenter tilsier at Storbysykehuset faller best ut i forhold til å oppnå gode pasientforløp: For det første fordi det sikrer pasienter som trenger mer spesialisert

behandling mulighet for å få det på samme sted innen flere fagområder. For det andre gir det en bedre ramme for akuttpasienter som ved mottak ikke nødvendigvis er klare medisinske eller kirurgiske tilfeller. Dessuten kan storbysykehuset eventuelt være en bedre ramme for mer spesialiserte forløp som er klart definert innen en del fagområder.

Nærsykehuset kan ha et fortrinn når det gjelder pasientforløp ved at det er mer fokusert på noen av pasientgruppene og dermed forløpene som omfatter brede kronikergrupper og eldre. Det er også en mulighet for at et mindre sykehus lettere vil kunne overskride en silooppdeling i fag, og det kan være et fortrinn når det gjelder det en kan kalle mer tverrfaglige forløp. Dette kan til sammen føre til at det er lettere for et nærsykehus å skape større effektivitet for mange vanlige lokalsykehusforløp.

Spesialisthelsetjenesten står oppe i en utvikling med økende spesialisering noe som gir seg utslag i et økende antall grenspesialiteter. Dette er en utvikling som allerede har pågått over lang tid. Men den skaper særlig utfordringer i forhold til mange av de typiske lokalsykehuspasienter og en god håndtering av deres pasientforløp. Denne utfordringen må imidlertid alle typer lokalsykehus møte gjennom å legge til rette for organisering og arbeidsprosesser som fremmer et nært og dynamisk samarbeid på tvers av spesialiteter. Dette blir nærmere behandlet i særskilt leveranse om organisering av lokalsykehusfunksjonen.

ii. God samhandling

Storbysykehusets styrke når det gjelder samhandling er nettopp at det både når det gjelder behandlingstilbud og kompetanse er et sykehus med relativt fullstendig innen fagområder som er sentrale når det gjelder pasientutveksling og kompetanseutveksling med kommunehelsetjenesten.

Nærsykehusets styrke på dette området kan rett og slett ligge i at det er mindre. Opplevelsesmessig og reelt kan det derfor være slik at terskelen inn og opp i sykehussystemet er letter å overstige enn i et stort sykehus.

iii. Likeverdig helsetilbud

Prosjektet har klare føringer i forhold til å skape et likeverdig sykehustilbud for innbyggere i Oslo. Ett utgangspunkt er da å sammenligne med de bydelene i Groruddalen som har Ahus som sitt sykehus. En kan da hevde at Storbysykehuset er det tilbudet som vil gi Oslos øvrige innbyggere et sykehustilbud som er mer likt de tre bydelene i Groruddalen får på Ahus.

Et argument mot dette og for modellen med nærsykehuset er at bydelene innen OUS sitt opptaksområde med nærsykehuset vil få et likeartet lokalsykehustilbud som de private sykehusene (Lovisenberg og Diakonhjemmet), og vil samtidig ha lik og lett tilgang til et høyspesialisert sykehus med lands-, region- og områdefunksjoner.

iv. Integrert akuttilbud

Et samlet og komplett akuttilbud er i seg selv et fortrinn ved storbysykehuset. En del pasienter som kommer inn akutt, vil i utgangspunktet ikke ha en klar kirurgisk eller medisinsk tilstand. Storbysykehusets akuttilbud vil møte disse på en tilfredsstillende måte. Et slikt komplett somatisk akuttilbud kan også være et fortrinn for akutte ruspasienter. Dersom det komplette akuttilbudet i Oslo bare finnes på et sykehus som primært er lands- og regionsykehus, vil det bidra til å bringe mange pasienter inn i et system som er fokusert på et ”høyere” behandlingsnivå enn de trengte å være på. (LEON)

v. Faglige kvaliteter og attraktiv arbeidsplass

Storbysykehuset vil i sine rekker ha flere fag representert og innen en del områder også ha flere fagfolk enn nærsykehuset. Dette kan bidra til både at det er mer attraktivt rekrutteringsmessig og at det muligens lettere kan tiltrekke seg forskningsvirksomhet. Storbysykehuset kan alene langt på vei gi tilfredsstillende tilbud for praksisrelatert utdanning og etterutdanning.

Nærsykehusets fortrinn som arbeidsplass kan ligge i at det ut fra størrelsen er mer oversiktlig og lettere klarer å bygge opp en tilhørighet for pasienter og ansatte.

vi. Rett behandlingsnivå og riktig ressursbruk

Storbysykehuset kan fungere som en effektiv buffer mot å flytte pasienter opp på et ”for høyt” behandlingsnivå. Skulle en få en slik drift ”oppover” kan det være både lite tilfredsstillende for pasient og lite ressursøkonomisk. En modell der områdefunksjoner i all hovedsak i somatikken er plassert på lands- og regionsykehuset kan dessuten skape en utfordring mot andre sykehusområder og regioner, for her er en svært avhengig av tillit i forhold til at Oslo sykehusområde ikke forbruker for stor andel av samlet høyspesialisert behandling.

Det kan imidlertid også argumenteres for at nærsykehuset kan legge terskelen mot ”flyt oppover” i behandlingskjeden et hakk lenger ned og på den måten enda bedre sikre behandling på rett nivå.

vii. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Disse områdene vil se tilnærmet like ut i begge modeller. Storbysykehusets styrke vil være at der pasienter kommer inn til behandling via et av disse områdene, men med sammensatte tilstander, vil Storbysykehuset gi det mest fullstendige tilbudet i forhold til de indremedisinske, men i noen tilfeller også kirurgiske områdene som en trenger å samhandle med.

Nærsykehusets fortrinn sett fra rusbehandling og psykisk helse kan sies å være at disse områdene relativt sett blir langt større innenfor nærsykehuset. Det kan hjelpe dem i å bli mer synlige og mer likeverdige partnere i forhold til somatikken, og gjennom dette også få et sterkere fokus inn mot samhandling mot kommunehelsetjenesten.

viii. Integrering av legevaktfunksjon

Argumentene her er implisitt berørt under defineringen av de to typene sykehus. Oppsummert taler den komplette akuttfunksjonen for storbysykehuset som utgangspunkt for en integrering. En kan også tenkt seg at en form for integrering mot nærsykehuset er mulig, siden en svært stor del av sykehusinnleggelsene fra storbylegevakten trolig vil være eldre medisinske pasienter.

ix. Styring, økonomi og driftseffektivitet

Dette er et tema der argumentene i stor grad kommer ved å gå på tvers av de øvrige argumentrekkene. Kort oppsummert kan dette sies:

- Dersom en modell bidrar til å løfte behandling opp til mer kostbart nivå enn nødvendig, vil den ha et minus ved seg. Men her er konklusjonen ikke helt entydig.
- Gitt en styringslinje som legges over oppdelingen i klinikker i et lokalsykehus, vil naturligvis storbysykehuset gi en større fleksibilitet i tilgang til et bredt sett av fagressurser.
- Et større sykehus kan gi rom for en del stordriftsfordeler både når det gjelder faglig drift, medisinsk og ikke-medisinsk støtte og infrastruktur. På den andre siden kan et mindre sykehus være mer styrbart gjennom større gjennomskuelighet og nærhet fra ”topp til bunn”. Det er også brukt som et argument for nærsykehuset at storbysykehuset i verste fall gjør at det som blir igjen i lands- og regionsykehuset blir såpass smalt og lite at dette sykehuset ikke blir driftseffektivt.
- Nærsykehuset impliserer at Oslo får ett eneste komplett akuttmottak, mens det i storbysykehuset ligger en forutsetning om at det blir to. Modellen som gir to, kan i teorien blir dyrere, men samtidig kan mye tale for at en samling på ett gir et

såpass stort volum at en godt og vel har overskredet grensen for hva som antallsmessig og når det gjelder ensartethet gir stordriftsfordeler.

- En del driftsøkonomiske vurderinger vil på kort og mellomlang sikt naturligvis være knyttet opp mot hva som er de praktisk mulige stedene å legge et alternativ av lokalsykehus på. Det er ikke vurdert i denne gjennomgangen av typer lokalsykehus.

e. Tilråding når det gjelder valg av sykehustype

Det må i utgangspunktet konstateres at det fins gode argumenter både for å velge storbysykehuset og nærsykehuset. Det betyr i praksis at når en velger å ta utgangspunkt i et av dem, må en samtidig skule til argumentene for det andre og et godt stykke på vei legge inn mekanismer som svekker ulempene ved det valgte alternativet og tar med seg noen av fortrinnene ved det som er forkastet.

Et bredt spekter av sykehusfaglige miljø innen UOS har vært involvert i drøftingen av alternative modeller for lokalsykehus i Oslo. Nesten enstemmig har de endt opp med å tilrå at en velger å satse på storbysykehuset som modell. Prosjektgruppa slutter seg til dette. Det utslagsgivende for en slik tilråding er hensynet til at Oslo bør ha et lokalsykehus med ”komplett” akuttmottak og den bredden av områdefunksjoner som gir tilfredsstillende grunnlag for behandling alle de pasientgrupper som etter definisjonen innledningsvis bør ligge i et lokalsykehus. Argumentet for dette kan være særlig sterke i Oslo. For storbysykehuset er ikke bare et større lokalsykehus. Framfor alt ligger det i betegnelsen Storbysykehus at det skal kunne bidra effektivt til å møte hele bredden i storbyens helseutfordringer i åra framover. Storbysykehuset kan også stå sterkere som alternativ når det gjelder å være arnested for forskning og undervisning, og det kan skape et bedre fundament for å bli en god partner for prosessen med styrking av kommunehelsetjenesten som samhandlingsreformen legger opp til.

f. Særskilte problemstillinger som påvirker nærmere utforming av lokalsykehuset

i. Spesielt om lokalsykehusets forhold til pasientgrupper og fag med relativt stort omfang av aktivitet som bare vil foregå ett sted innen sykehusområdet.

Pasienter med klare diagnoser innenfor områder som urologi, øre/nese/hals, øye, kvinne- og barnerelaterte sykdommer vil eventuelt bare ha ett behandlingssted innen et sykehusområde. Disse kan høre hjemme i storbysykehuset, men fordi disse behandlingsmiljøene i Oslo også har ansvaret for regionale pasienter, kan plassering sammen med lands- og regionsykehuset være et mulig valg. Til en viss grad må slike fagmiljø uansett regne med til dels å gi faglig bistand også til det sykehuset der de ikke plasseres. Uansett bør den faste tilknytning og lokalisering av fagmiljø ligge samme sted som pasienter med døgnopphold på dette området ligger. I første omgang kan valget av tilknytningspunkt for disse områdene bli et pragmatisk valg i forhold til hvor en kan få til mest hensiktsmessig med arealer. En viktig faktor for disse fagområdene kan også komme som resultat av en vurdering av hvilke faglige samarbeidsflater de bør ha med andre fag og hvor de er plassert hen.

Et spesielt spørsmål som reiser seg, vil være fødsler. De er nå en del av en samlet kvinne/barn-klinikk. Ordinære fødsler er ikke en oppgave for et regionsykehus, og basert på beskrivelsen av storbysykehuset hører det trolig hjemme her. Men det kan også hevdes at ordinære fødsler bør lokaliseres sammen med øvrig virksomhet innen kvinne/barn-området selv om dette evt. samles på regionsykehuset. Spørsmål kan imidlertid reises om hvorvidt det er riktig at Oslo som sykehusområde skal redusere antallet steder for fødsler til ett, og

det i en periode hvor det er ventet sterk vekst i befolkningen blant annet ut fra en relativt høy fødselsrate.

ii. Særskilt om kreftbehandling og rehabilitering

Kreftbehandling og rehabilitering er to områder som trolig kommer til å vokse i omfang og har virksomhet på alle behandlingsnivåer i spesialisthelsetjenesten.

Kreftbehandling er en del av flere forskjellige medisinske fag, men er også en egen spesialitet som har hatt faglige fordeler av å være samlet. Kommunehelsetjenestens rolle i kreftbehandling kan bli sterkere framover. Dette kan bety at også lokalsykehusene bør få kreftbehandling som virkefelt, noe som allerede er tydelig i palliativ behandling

Rehabilitering kommer også framover til å bli et enda viktigere område for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Pasienter med bakgrunn i en rekke lidelser går inn i rehabiliteringsforløp. Høyspesialisert rehabilitering skal fortsatt være samlet i et eget helseforetak (Sunnaas). Men størstedelen av spesialisert rehabilitering vil trolig i framtida ligge i lokalsykehuset. Det bør vurderes nærmere om denne virksomheten vil arte seg ulikt ved et lokalsykehus av typen nærsykehus eller storbysykehus, og om all spesialisert rehabilitering er avhengig av å lokaliseres sammen med øvrig lokalsykehusvirksomhet.

iii. Særskilt om forskning og undervisning

Forskning og undervisning er ment å bli en viktig del av lokalsykehusets virksomhet – enten en velger den ene eller andre typen. Egnede fasiliteter for slik virksomhet i tilknytning til lokalsykehuset må sikres. Det må være en hovedoppgave for både forskning og undervisning og utvikle og spre kunnskap rundt de mest utbredte lidelser. Det vil i stor grad si de vi finner nettopp ved lokalsykehusene og i samhandlingsfeltet mot kommunehelsetjenesten.

iv. Særskilt om fordelingsprinsipper mellom regionsykehus og lokalsykehus i tilfellet storbysykehus

Dersom en velger storbysykehuset som konsept for lokalsykehuset, er et av motargumentene at det blir for lite igjen av pasientgrunnlag for å sikre grunnlag for faglig drift i lands- og regionsykehuset. For å motvirke det både når det gjelder kirurgi og andre somatiske områder, kan en bli enige om en fordelingsnøkkel der regionsykehuset tar en del områdepasienter evt. fra bestemte bydeler (eks fra bydelene til de private sykehusene) for dermed å skape et tilfredsstillende pasientunderlag for den kapasitet og kvalitet som uansett må være på regionsykehuset.

v. Nærmere om lokalsykehuset og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern

Lokalsykehuset bør uansett type, samle en betydelig del av virksomheten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Dette ligger i dag svært spredt. DPSene og BUPene er en del av lokalsykehusets virksomhet, men skal fortsatt ligge nær sine geografiske ansvarsområder og ikke samlokaliseres med resten av lokalsykehuset. Mye av den øvrige virksomheten bør likevel, både det som er akutt og annen virksomhet, samles mer enn i dag. Dette har sin bakgrunn både når det gjelder driftseffektivitet, i det å skape bedre og større faglige miljøer, og for å få mer tidsmessige lokaler for denne typen pasientbehandling. I tilknytning til ideen om lokalsykehus som et sted som tar et helhetsansvar for pasientenes lidelser, har det , vokst fram en erkjennelse om at samlingen av betydelige deler av virksomheten bør skje geografisk i tilknytning til somatikken. Dette gjelder spesielt den mer krevende akuttvirksomheten. Akuttpsykiatriske avdelinger for tvangsbehandling ligger allerede nært opp mot de somatiske akuttmottakene. Andre fagområder som kan ha fordeler av slik samlokalisering er alderspsykiatri, avrusning, enkelte

deler av psykosebehandling, behandling av psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser, behandlingsplasser for psykiatrisk akuttbehandling av barn og eventuelt også behandlingsplasser innen rus. Etableringen av Storbysykehuset bør sette en slik samling på dagsorden rett og slett fordi det vil være en sentral del av selve ideen om storbysykehuset. Se nærmere beskrivelse i kapittel 6.

vi. Lokalsykehuset med vekt på planmessig samhandling

Lokalsykehuset, og spesielt Storbysykehuset, kan lett framstå som primært et akuttsykehus. Men for mange av de store pasientgruppene i lokalsykehuset må nettopp det å komme ut av de lett dominerende akuttforløpene være et viktig mål. Mange akuttinnleggelser blir akuttinnleggelser på grunn av mangelfull overvåkning, oppfølging og planlegging i forhold til folk som allerede har sykdommer eller har redusert funksjonsdyktighet. Et godt fungerende helsevesen må ha som mål å komme i inngrep med pasienters tilstand før den blir akutt, og det må unngås at tilgang til nødvendig helsehjelp først kan komme ved akutt innleggelse. Dette vil kreve utstrakt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For et storbysykehus må denne utviklingen nå gis minst like stort fokus som det å bli et enda bedre akuttsykehus.

g. Anslått omfang av dagens regionsfunksjoner og lokal-/områdefunksjoner i Kirkeveien og på Sinsen

Tabellen nedenfor viser omfanget, uttrykt i antall døgnsenger, av regionsfunksjoner ved dagens virksomhet i Kirkeveien og på Sinsen som skal overføres til Gaustad. Den viser også omfanget av lokal- og områdefunksjoner på de samme stedene. Disse tallene er benyttet i kapittel 5.c.v for å vise mulighetene for innplassering av virksomhet.

Døgnsenger				
	Kirkeveien		Sinsen	
	Region	Område og Lokal	Region	Område og Lokal
Rehab AUS	0	0	2	68
tekniske senger AUS	0	0	0	32
Akutt Div. - UUS	7	27	0	0
Plast.kir , øye m.m	0	53	0	0
Pediatri	6	240	0	0
Nevro - M	0	26	0	0
Nevro - K	13	13	0	5
Gastro	7	35	0	33
Ortopedi	0	49	2	22
Urologi	0	48	5	49
Kar	0	0	16	0
Medisin	26	193	5	88
	~60	684	**~30**	296
	til Gaustad		**til Gaustad**	
Til Ahus		60		165
Til Vestre Viken		15		0
Sum		**~610**		**~130**

5. BESKRIVELSE AV TO ALTERNATIVE LOKALISERINGER AV LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN, MED ANBEFALING

a. Lokaliseringsalternativer

I dette kapitlet gjøres det en vurdering av hvor det anbefalte storbysykehuset bør plasseres. Det er tatt utgangspunkt i de to stedene der det foregår offentlig somatisk lokalsykehusvirksomhet i dag; Kirkeveien og Sinsen. På begge disse stedene er det infrastruktur og tomteareal som kan videreutvikles til et storbysykehus. Det har ikke vært en del av oppdraget å vurdere disse lokaliseringene opp mot et storbysykehus bygget på en ny tomt i Oslo.

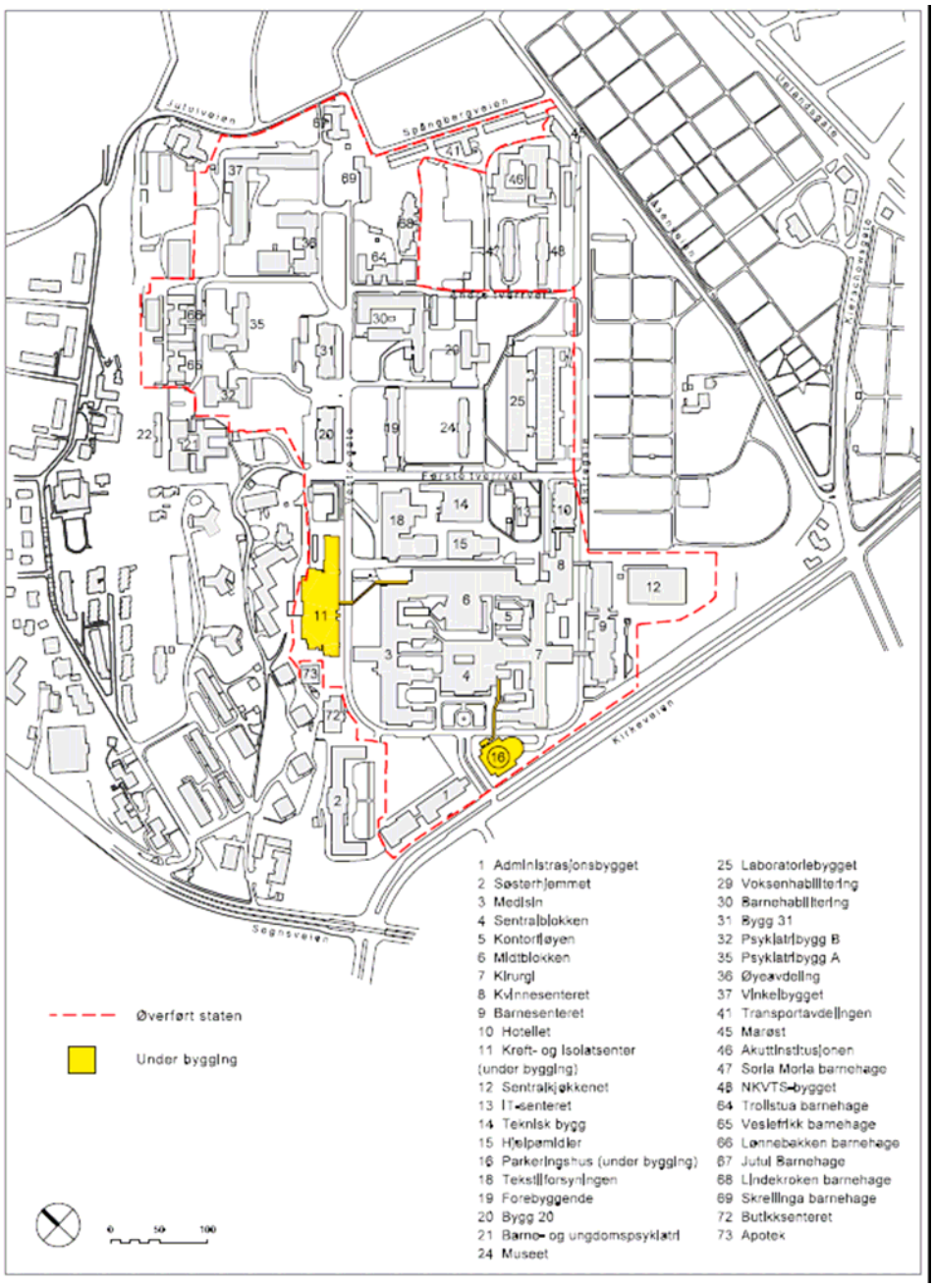
En beskrivelse av de to alternative lokaliseringene Kirkeveien og Sinsen er gitt i Hovedstadsprosessen Sykehusområde Sentrum, delprosjekt 1, lokalisering av oktober 2008 og i rapporten P6 Areal av 2. juli 2009. Disse beskrivelsene støttet seg til tidligere gjennomførte kartlegginger / utredninger, og den sistnevnte rapporten bygger til dels på den første. Sentralt i informasjonsunderlaget til disse rapportene har en overordnet kartlegging som ble gjennomført i 2007/2008 for Helse Sør-Øst RHF vært, hvor alle helseforetak og alle bygninger ble vurdert mht. alder, areal, teknisk tilstand og strukturelle egenskaper (tilpasningsdyktighet). Arbeidet er oppsummert i rapporten ”Helse Sør-Øst RHF – overordnet bygningsteknisk vurdering”, datert 21. februar 2008.

Dette kapitlet baserer seg i betydelig grad på de tidligere utredningene ved sammenligningen av Kirkeveien og Sinsen som grunnlag for anbefaling av lokalisering.

i. Kirkeveien

Den sentrale somatiske delen av sykehuset er samlet i en relativt kompakt bygningsmasse i den sydvestre delen av tomten nært inn mot Kirkeveien. For øvrig ligger de ulike bygningene spredd, og det er mange selvstendige bygninger som ikke er knyttet til hoveddelen av sykehuset, verken funksjonelt eller via kulvertsystemer. Det finnes betydelig ledig tomteareal, men som nærmere omtalt nedenfor, legger forslaget til verneplan begrensninger på fremtidig utnyttelse av tomten.

Figuren nedenfor viser eiendomsgrensen og bygningsmassen i Kirkeveien med angivelse av bygningsnummer.



(Bygning 11 og 16 er i dag ferdigstilt)

ii. Sinsen

Tyngden av de somatiske funksjonene ligger samlet i den nordre delen av området. Utenfor hoveddelen med de somatiske hovedfunksjonene ligger bygningene spredd, og det er lav arealutnyttelse. Spesielt er utnyttelsen lav i den søndre delen av sykehusets område.

Figuren nedenfor viser eiendomsgrensen og bygningsmassen på Sinsen med angivelse av bygningsnummer.

(Blå bygninger er relatert til sykehusvirksomhet)

b. Kriterier for valg av lokalisering

For å sammenligne de to mulige lokaliseringene av storbysykehuset, er det anvendt et sett av kriterier. Disse kriteriene gjenspeiler føringer som er gitt i styrende dokumenter og i de effektmålene som er utarbeidet ifm. Lokalsykehusprosjektet. Det refereres til leveranse 1 fra Lokalsykehusprosjektet av 17.09.09. De nedenfor angitte kriteriene er endelig fastsatt etter innspill fremkommet i arbeidssamlinger med representanter for klinikkene, tillitsvalgte, verneombud og Oslo kommune.

Kriterier ved vurdering av alternativ lokalisering av storbysykehuset

1. Frigivelse av areal ved utflytting av funksjoner og realisering av verdier
2. Utnyttelse av egnet bygningsmasse
3. Kvalitet på bygningsmasse og teknisk infrastruktur
4. Utviklingspotensial og fremtidig mulig arealutvidelse, inkludert vernehensyn
5. Gjennomførbarhet på kort sikt – mulighet for innplassering av funksjoner
6. Lavest mulig investeringsbehov
7. Driftsmessig egnethet
8. Omfang av flyttebehov
9. Tilgjengelighet, kommunikasjonstilbud og transportforhold
10. Mulighet for ivaretakelse av fremtidig økning i pasientgrunnlaget
11. Arbeidsmiljømessige konsekvenser
12. Helikoptertransport

I de drøftingene som er gjort i dette kapitlet om lokalisering av storbysykehuset er behovene relatert til rusbehandling og psykiatri i liten grad inkludert. Som det fremkommer i kapittel 4.f.v, er det ønskelig i betydelig grad å samle virksomhet innenfor disse fagområdene sammen med den somatiske virksomheten ved storbysykehuset. Enten storbysykehuset blir lokalisert i Kirkeveien eller på Sinsen, vil en samling av disse behandlingsområdene kreve nybygg eller betydelig ombygging av eksisterende bygningsmasse. Nødvendig bygningsmessig kapasitet ved ønsket samlokalisering av virksomhet innen rusbehandling og psykiatri er i kapittel 6 anslått til i overkant av 130 døgnplasser, og med et mer utvidet alternativ noe over 200 plasser. Dette er et foreløpig anslag, men gir en indikasjon om størrelsesorden på virksomheten.

I vedlegg gis det en nærmere omtale av lokaliserings- og kapasitetsbehov for rusbehandling og psykiatri.

c. Sammenligning av alternative lokaliseringer

i. Frigivelse av areal ved utflytting av funksjoner og realisering av verdier

I beskrivelsen nedenfor er kun salgsverdien av eiendommene i Kirkeveien og på Sinsen belyst. Mulige gevinster ved eventuelt salg av eiendommer relatert til psykiatri som vil kunne realiseres ved en økt sentralisering, er ikke vurdert.

<u>Storbysykehus i Kirkeveien</u>

Som det fremkommer i kapittel 5.4 5, vil den resterende virksomheten på Sinsen etter at aktivitet er overtatt av Ahus og lands- og regionsykehuset på Gaustad, kunne innplasseres i Kirkeveien innenfor den eksisterende bygningsmassen. Ved etablering av storbysykehuset i Kirkeveien kan derved OUS frigi hele bygningsmassen på Sinsen.

Ved denne utarbeidelsen av planene for lokalsykehuset er det ikke gjort henvendelser til meglere for å innhente anslag på eiendomsverdiene, verken på Sinsen eller i Kirkeveien. I forbindelse med hovedstadsprosessen gjorde imidlertid Hadrian Eiendom AS i oktober 2008 en vurdering av eiendoms- og tomteverdiene for sykehusområdene på Sinsen, Kirkeveien og Gaustad. Her ble verdien av Sinsen anslått til 1,0-1,2 mrd. kroner. Tallene angir et grovt markedsmessig verdianslag for eiendommen, fraflyttet all sykehusvirksomhet, og inkludert verdien av utbyggingspotensialet. Ved vurderingen er verken tatt hensyn til bevaringshensyn eller øvrige krav om fremtidig spesifikk bruk. Vedlikeholdsgraden / vedlikeholdsetterslep for

byggene er heller ikke tatt hensyn til. Dette betyr at anslaget er høyere enn hva som må anses som realistisk ved et eventuelt salg av eiendommen.

Den største salgsverdien av eiendommen vil ventelig kunne oppnås ved utnyttelse til boligformål, eventuelt boliger med en form for institusjonspreg. Tomten på Sinsen anslås å kunne ha en verdi på 6-7 000 kr/m2, dersom det legges en tomteutnyttelse på 100 % til grunn. (Forholdet mellom tillatt bruksareal og tomteareal.) Hadrian Eiendom har antatt 130 %.

Tomtens størrelse er ca. 130 da. En tomteutnyttelse på 100 % tilsier da en tomteverdi i størrelsesorden 900 mill. kroner.

Eksisterende bygninger antas å ha begrenset anvendelse for en ny eier uten betydelig ombygging. Flere av bygningene er imidlertid vernet, noe som vil sette begrensninger til hvilke bygningsmessige tilpasninger som kan gjennomføres. Dessuten er mange av bygningene av dårlig beskaffenhet og med mangelfull infrastruktur. Bygningsmassens verdi for alternativ bruk anslås derfor som liten, og kan til og med være negativ.

Ut fra ovenstående resonnement anslås det at eiendomsverdien på Sinsen vil kunne ha en verdi i størrelsesorden 0,9-1 mrd. kroner i det private eiendomsmarkedet. Dersom eiendommen i fremtiden skal benyttes til offentlig helserelatert virksomhet utenfor OUS, vil salgsverdien kunne være mindre.

<u>Storbysykehus på Sinsen</u>

I mandatet for lokalsykehusprosjektet er det forutsatt at nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet benyttes videre. I Kirkeveien er Kreftsenteret, Barneklinikken og Pasienthotellet av nyere dato. Ved etablering av storbysykehuset på Sinsen, forutsettes at det videreføres aktivitet i disse bygningene i Kirkeveien. I tillegg vil det være nødvendig å opprettholde virksomheten i Kvinnesenteret pga. den faglige tilhørigheten til Barnesenteret, samt å beholde nødvendig aktivitet som støtter opp om disse områdene. Totalt utgjør dette ca. 60 000 m^2 bygningsareal. Ovennevnte faktum begrenser den reelle valgfriheten mellom lokasjoner for det fremtidige lokalsykehuset

Verdien av hele eiendommen i Kirkeveien er av Hadrian Eiendom anslått til 3,0 – 3,4 mrd. kroner. Ut fra de samme betraktningene som angitt ovenfor for eiendommen på Sinsen, synes dette å være et for høyt anslag.

Den største salgsverdien av eiendommen vil ventelig kunne oppnås ved utnyttelse til bolig- og næringsformål. Tomten i Kirkeveien anslås å kunne ha en verdi på 9-10 000 kr/m^2, dersom det legges en tomteutnyttelse på 100 % til grunn. (Hadrian Eiendom har antatt 150 %.)

Tomtens totale størrelse er ca. 320 da., og dagens bygningsmasse utgjør 178 000 m^2. Ved etablering av storbysykehuset på Sinsen, vil det som angitt ovenfor fortsatt være betydelig sykehusvirksomhet i Kirkeveien. I det foreliggende forslaget til landsverneplan for helse inngår et områdevern av parkarealene på tomten. Dersom dette forslaget blir endelig vedtatt, vil disponibelt areal reduseres til ca 250 da., hvorav en del vil være disponert til videreføring av virksomhet i nyere bygningsmasse. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til hvor stor andel av tomten som kan videreutvikles. Et areal på 200 da. og en tomteutnyttelse på 100 % tilsier en tomteverdi i størrelsesorden 2 mrd. kroner.

Tilsvarende som situasjonen på Sinsen vil eksisterende bygninger ha begrenset anvendelse for en ny eier uten betydelig ombygging. Siden flere av bygningene er underlagt landsverneplanen og har dårlig beskaffenhet med mangelfull infrastruktur, anslås bygningsverdien som liten.

Ut fra dette resonnement anslås eiendomsverdien i Kirkeveien å være i størrelsesorden 2 mrd. kroner i det private eiendomsmarkedet.

ii. Omfang av egnet bygningsmasse

Storbysykehus i Kirkeveien

Kirkeveien har en bygningsmasse relatert til den somatiske virksomheten på 178 000 m^2. Total bygningsmasse er 290 000 m^2. Bygningsmassen består av mange ulike bygninger fra forskjellige tidsepoker.

De fleste bygningene er oppført i 4-6 etasjer, men Midtblokken, Kvinnesenteret og Hotellet, samt Laboratoriebygningen er oppført i hhv 11, 12 og 13 etasjer.

Det er ikke foretatt noen vurdering av bygningsmassen i Kirkeveien totalt sett mht. egnethet for sykehusdrift, men flere av bygningene anses å være godt egnet til nåværende funksjoner, mens andre er mindre egnet. Det forutsettes at funksjonene i et storbysykehus på kort sikt vil driftes i de samme bygningene som i dag. I forbindelse med hovedstadsprosessen ble det gjort en vurdering av bygningenes anvendbarhet og behov for oppgradering / ombygging. Omfanget av egnet bygningsmasse for somatisk virksomhet på mellomlang sikt i Kirkeveien ble vurdert å være som følger:

Eksisterende areal:	178 000 m^2
Herav klinisk areal:	148 000 m^2
Hvorav lite anvendbart:	10 000 m^2
Anvendbart klinisk areal:	140 000 m^2

Storbysykehus på Sinsen

Sinsen har en bygningsmasse på 95 000 m^2. Bygningsmassen består av mange ulike bygninger fra forskjellige tidsepoker.

Dagens egnethet for sykehusdrift anses som middels god. Ved nybygg og oppgradering vil det være en utfordring å etablere gode funksjonelle sammenhenger og god intern logistikk. Det knytter seg usikkerhet til omfang av hva som er hensiktsmessig å rehabilitere og hva som bør bygges nytt.

Omfanget av egnet bygningsmasse for somatisk virksomhet på mellomlang sikt på Sinsen ble i hovedstadsprosessen vurdert som følger:

Eksisterende areal:	95 000 m^2
Herav klinisk areal:	60 000 m^2
Herav lite anvendbart:	20 000 m^2
Anvendbart klinisk areal:	40 000 m^2

iii. Kvalitet på bygningsmasse og teknisk infrastruktur

Storbysykehus i Kirkeveien

Bygningsmassen i Kirkeveien er oppført i perioden 1902-2007, og gjennomsnittlig arealvektede alder er ca. 60 år. Den fremstår som et konglomerat av ulik kvalitet, teknisk standard og bruksverdi. Deler av bygningsmassen er preget av manglende vedlikehold og fornying. Bygningsmassen har også varierende grad av tilpasningsmulighet og følgelig også varierende grad av levedyktighet mht. fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Det knytter seg usikkerhet til omfang av hva som er hensiktsmessig å rehabilitere og hva som i et lengre perspektiv bør bygges nytt. Teknisk oppgraderingsbehov er stort.

Storbysykehus på Sinsen

Bygningsmassen på Sinsen er fra 0 til 88 år gammel (kirurgisk bygning fra 1920, medisinsk bygning fra 1960 og østfløyen fra ca 1970), og har en gjennomsnittlig arealvektet alder på

ca. 55 år. Den er preget av påbygginger og ombygginger, med stor variasjon i byggteknisk kvalitet, teknisk standard og bruksverdi. Med unntak av bygningsmassen fra 1998 (bygg 10 – 12), som fremstår i akseptabel teknisk tilstand, bærer bygningsmassen preg av kombinasjonen av høy alder og manglende vedlikehold og fornying over tid. Som i Kirkeveien, har bygningene ulik kvalitet, teknisk standard og bruksverdi. Det er store behov for teknisk oppgradering.

iv. Utviklingspotensial og fremtidig mulig arealutvidelse, inkludert vernehensyn

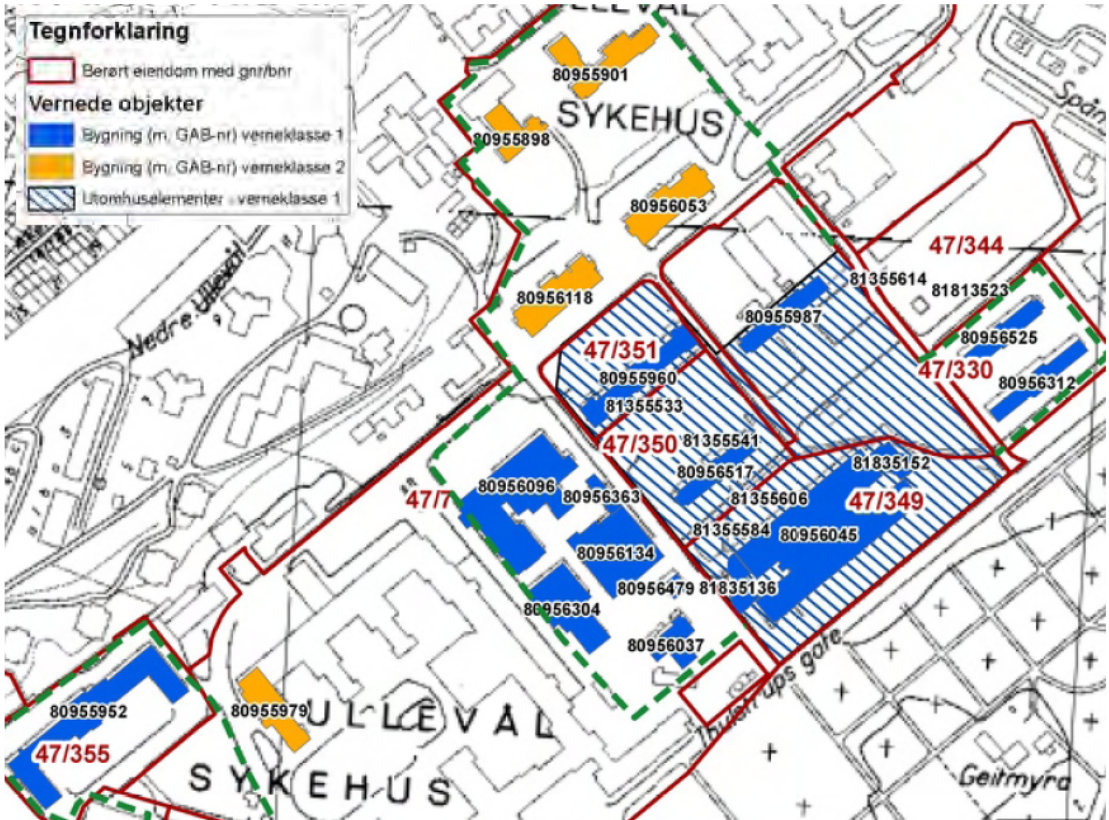
Det foreligger et utkast til en landsverneplan for helsesektoren, som omfatter eiendommene i Kirkeveien og på Sinsen. Planen har vært på høring, og Helse Sør-Øst RHF har gjennom omfattende kommunikasjon med Riksantikvaren gitt sine synspunkter mht. til fremtidig tilpasnings- og utvidelsesbehov. De endelige innspillene er nå til behandling hos Riksantikvaren, som vil gi sin innstilling om eventuelle endringer i planforslaget til Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av kort tid. Departementets behandling av planen vil tidligst bli gjennomført mot slutten av inneværende år. Planen oversendes deretter til Riksantikvaren for ferdigstillelse.

Konsekvensene av et vern av bygninger kan være:

- Økte kostnader relatert til drift og vedlikehold av den bygningsmassen som blir vernet, iht. føringer gitt i kulturminneloven og plan- og bygningsloven.
- Redusert mulighet til å utvikle storbysykehuset som en mer kompakt bygningsmasse over tid.
- Reduserte muligheter for å kapitalisere og/eller utvikle frigjort areal, gjennom en fremtidig fortetting av bygningsmassen.

<u>Storbysykehus i Kirkeveien</u>

Tomten i Kirkeveien er 320 da, og har et stort utviklingspotensial. Figuren nedenfor viser forslaget til vern i Kirkeveien. Det er indikasjoner på at de nærmeste bygningene nord-øst for eksisterende hovedbebyggelse ikke vil bli underlagt et vern, slik at en fremtidig utvidelse kan gjøres i dette område. Det mest kritiske aspektet i verneplanen vil da være et eventuelt områdevern av parkområdet lengre nord-øst for eksisterende hovedbebyggelse. Dette vil kunne sette begrensninger for den langsiktige utviklingen av sykehusområdet i denne retningen.



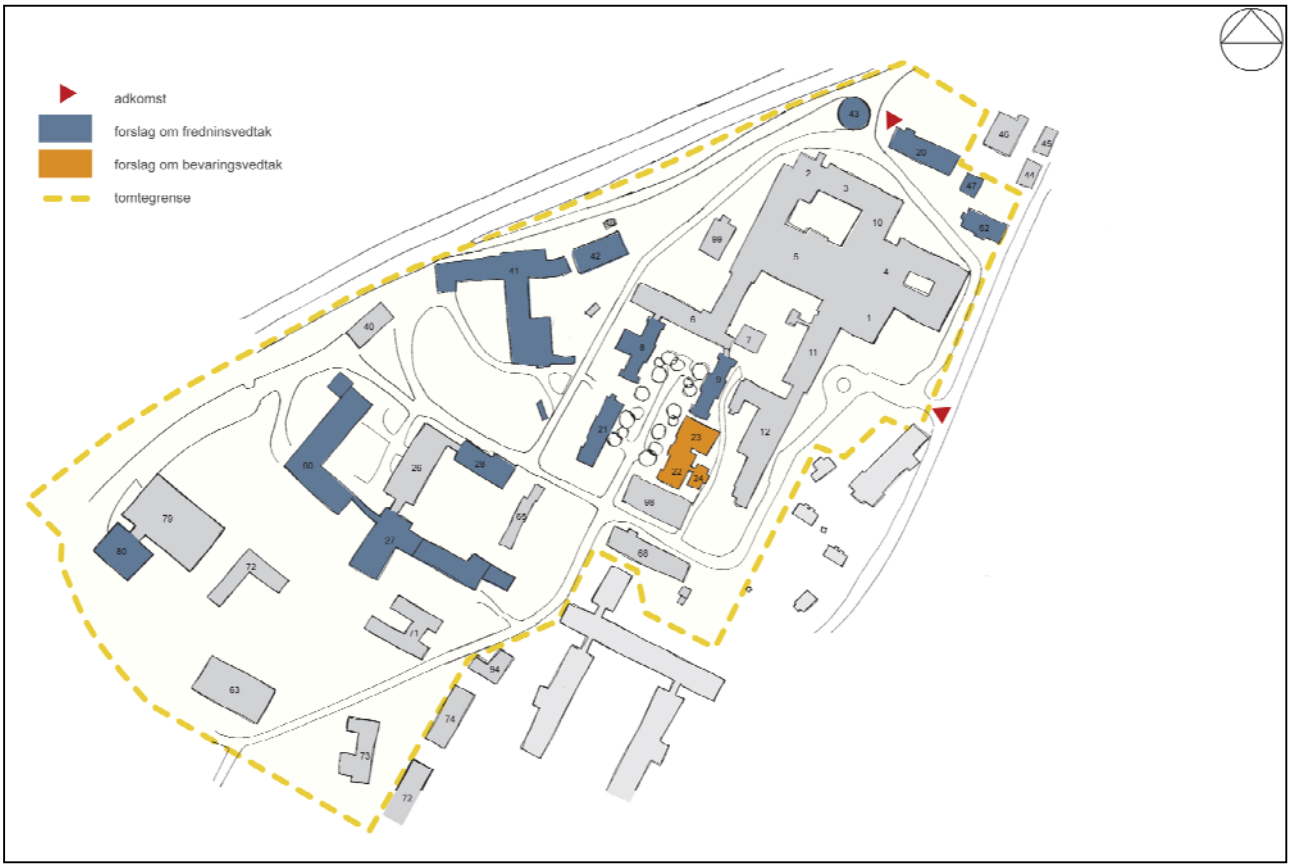
Selv om landsverneplanen setter begrensninger mht. hvilke deler av tomten som kan videreutvikles, anses det å være tilstrekkelig utvidelsesareal på tomten i et langt perspektiv. I rapporten fra hovedstadsprosessen er det indikert potensielle utvidelsesarealer i størrelsesorden til sammen 250 000 m^2 uten å komme i konflikt med det varslede områdevernet på tomten.

Den eksisterende bygningsmassen har, som tidligere nevnt, varierende grad av tilpasningsdyktighet og levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. For videre utnyttelse av eksisterende bygningsmasse, som vil ha behov for utvidelse av enkeltavdelinger, kan dette gjennomføres ved erstatning av de dårligste byggene og ved intern omflytting og ombygging. Utfordringen vil være å etablere hensiktsmessig nærhet og gode forbindelseslinjer og nærhet mellom de ulike funksjonene. Dette gjelder både i eksisterende bygningsmasse og mellom ny og gammel del. Verneplanen kan imidlertid sette begrensninger til omfang av ombygging og tilbygg til eksisterende bygningsmasse.

Reguleringsmyndighetene vil sette grenser for tomteutnyttelsen, der fortetting, bygningshøyder og trafikkløsninger er viktige vurderingsparametere.

<u>Storbysykehus på Sinsen</u>

Tomten på Sinsen er 129 da. Illustrasjonene av eiendommene på Sinsen vist nedenfor angir hvilke bygninger som er foreslått vernet i det foreliggende utkastet til plan. Utenfor hoveddelen med de somatiske hovedfunksjonene ligger bygningene spredd med lav



arealutnyttelse. Spesielt er utnyttelsen lav i den søndre delen av tomten. En fremtidig langsiktig utvidelse vil naturlig være på denne delen av tomten. Landsvernplanen vil imidlertid legge begrensninger på hvordan en utvidelse i dette området kan gjennomføres. Det foreligger ikke en vurdering av hvor stort utvidelsespotensial som finnes på Sinsen. Reguleringsmyndighetene vil sette grenser for tomteutnyttelsen, der fortetting,

bygningshøyder og trafikkløsninger er viktige vurderingsparametere. Dersom man legger en tomteutnyttelse på 100-130 % til grunn, tilsier tomtens størrelse et utvidelsespotensial på 35-70 000 m^2.

Også på Sinsen har den eksisterende bygningsmassen varierende grad av tilpasnings-dyktighet og levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. På tilsvarende måte som i Kirkeveien, vil behovet for utvidelse av enkeltavdelinger i fremtiden kunne gjennomføres ved intern omflytting og ombygging og ved erstatning av de dårligste byggene. Utfordringen vil også her være å etablere hensiktsmessig nærhet og gode forbindelseslinjer med nærhet mellom de ulike funksjonene. Dette gjelder både i eksisterende bygningsmasse og mellom nye og gamle bygg.

v. Gjennomførbarhet på kort sikt – mulighet for innplassering av funksjoner

For å vurdere gjennomførbarheten mht. til å innplassere virksomhet ved de to lokaliseringene er det valgt å benytte antall somatiske døgnsenger som måleenhet. Dette gir på ingen måte et fullstendig bilde av arealmessige og behandlingsmessige kapasiteter og behov, men er vurdert å være en egnet indikator til bruk i vurderinger på dette stadiet i planleggingen.

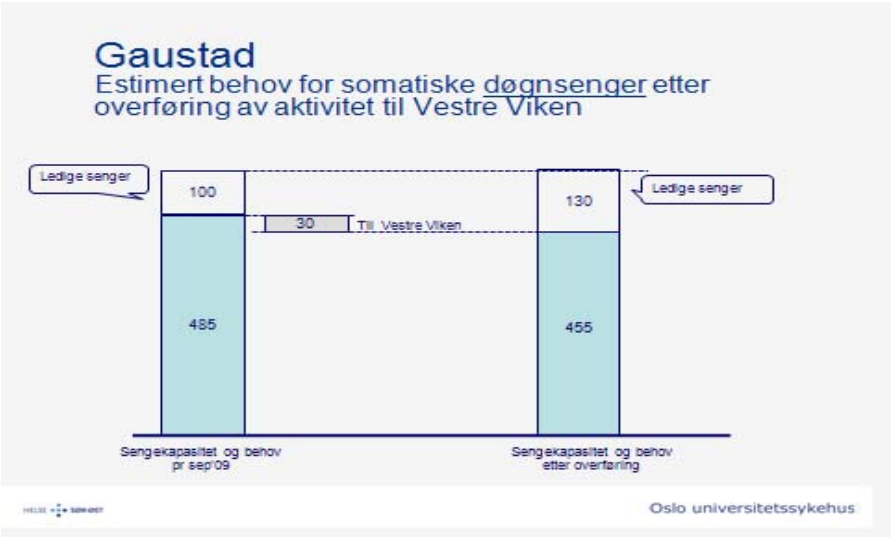
I tillegg til å benytte antall somatiske senger som mål for kapasitet, er det også gjort grove vurderinger av operasjonskapasitet og kapasitet innen laboratorietjenester, patologi og radiologi.

De tallene for sengebehov som er vist nedenfor illustrerer dagens situasjon. Fremskrivninger av behov er ikke inkludert i tallene, men er drøftet ifm. vurdering av de to lokaliserings-alternativenes utvidelsespotensial.

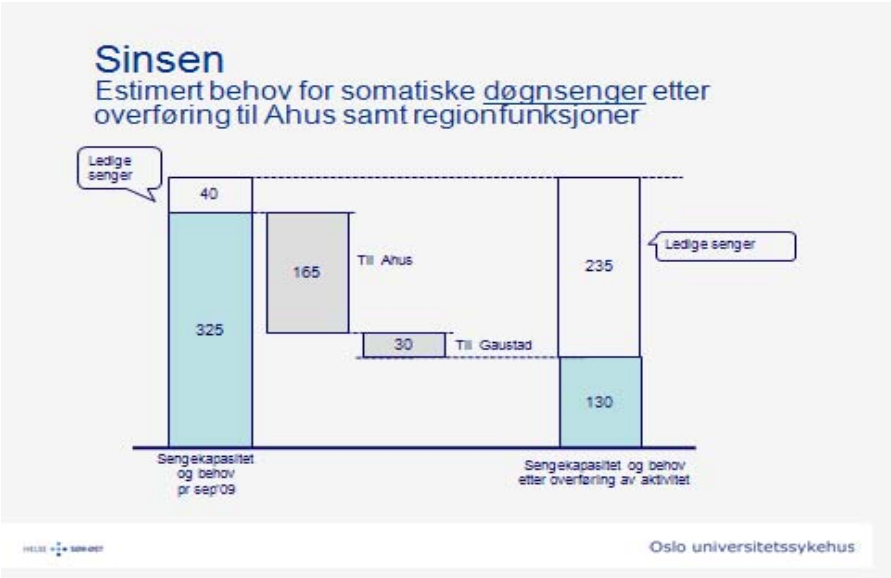
I figurene nedenfor illustreres omfanget av somatiske døgnsenger som anslås overført til Ahus og Vestre Viken, som angitt i kapittel 2. Figurene viser også antall senger relatert til regionsoppgaver som overføres til Gaustad, samt antall senger relatert til akutt gastrokirurgi ved Diakonhjemmet sykehus, som skal overføres til OUS.

De fremstillingene av sengekapasitet og -behov som er vist, illustrerer dagens situasjon. Fremskrivninger av behov er ikke inkludert i tallene, men er drøftet ifm. vurderingen av de to lokaliseringsalternativenes fremtidige utvidelsespotensial.

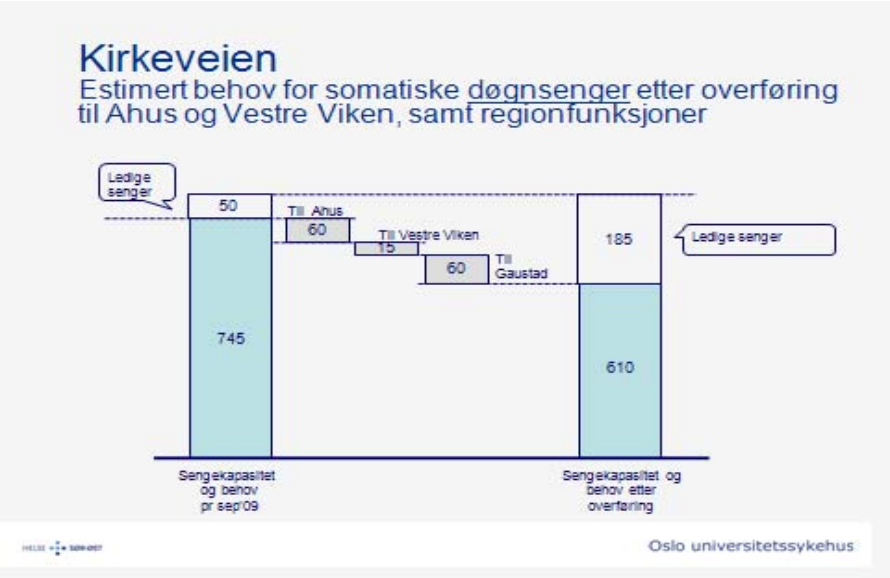
I figurene nedenfor illustreres dagens kapasitet og faktiske behov for somatiske døgnsenger ved Gaustad, Kirkeveien og Sinsen. Det er vist hvordan behovene endrer seg som resultat av de vedtatte overføringene til Ahus og Vestre Viken, som angitt i kapittel 2. Figurene viser også antall senger relatert til regionsoppgaver som skal overføres til Gaustad fra henholdsvis Kirkeveien og Sinsen.



Ved Rikshospitalet på Gaustad er det angitt en ledig sengekapasitet i dag på ca. 100 senger. Overføring av områdefunksjoner til Vestre Viken og andre sykehusområder er anslått å tilsvare ca. 30 senger. Dette tilsier en total ledig kapasitet på ca. 130 senger.



På Sinsen er det i dag en sengekapasitet på ca. 295 ordinære senger for døgnpasienter, og i tillegg ca. 30 tekniske senger, totalt 325 senger. Etter ferdigstillelse av den pågående utbyggingen av sengekapasitet vil det i tillegg finnes ytterligere 40 senger på Sinsen. Ved overføring av opptaksområde til Ahus (ca. 165 senger) og overføring av regionsfunksjoner til Gaustad (ca. 30 senger), vil behovet for somatisk virksomhet på Sinsen reduseres til ca. 130 senger.



Antall senger for døgnpasienter i somatisk virksomhet i Kirkeveien er i dag ca. 745. Det ble ifm. hovedstadsprosessen anslått en ledig sengekapasitet i Kirkeveien med ca. 40 senger. Det er nylig gjort en kartlegging som tilsier at det finnes 78 såkalte ”buffersenger”. 50 av disse antas å kunne være disponible for normal drift.

Overføring av områdefunksjoner til Ahus vil frigjøre ca. 60 senger, og overføring av områdefunksjoner til Vestre Viken ca. 15 senger. Overføring av regionoppgaver fra Kirkeveien til Gaustad vil frigjøre ytterligere ca. 60 senger. Dette tilsier en ledig sengekapasitet i Kirkeveien på ca. 185 senger (50+60+15+60).

Storbysykehus i Kirkeveien

Ved etablering av et storbysykehus i Kirkeveien, skal det overføres lokalsykehusoppgaver tilsvarende 130 senger fra Sinsen. Videre skal det overføres akutt gastrokirurgi fra Diakonhjemmet, som utgjør ca. 10 senger. Den ovenfor illustrerte ledige kapasiteten på 225 senger synes å være tilstrekkelig for å kunne møte dette tilleggsbehovet, slik at OUS sin virksomhet på Sinsen kan opphøre så snart overføringen av virksomhet til Ahus er gjennomført. Sengekapasiteten på Ullevål vil også kunne ivareta effekten av fritt sykehusvalg (ref. kapittel 2), som er anslått til ca. 55 senger.

Storbysykehus på Sinsen

Som illustrert i figuren over, vil det være en virksomhet i Kirkeveien som tilsvarer ca. 610 senger etter overføringer til Gaustad, Ahus og Vestre Viken. En stor andel av disse er relatert til aktivitet som utføres i nye bygg eller i faglig tilknytning til disse, og som derfor vil forbli i Kirkeveien i overskuelig fremtid. Dette utgjør anslagsvis 300 senger (kreftsenter, kvinne- og barnsenter).

Når man overflytter multitraumevirksomheten til Gaustad, vil en del akuttkirurgiske virksomhet følge med. Hvor mye av den akuttkirurgiske virksomhet dette vil omfatte er foreløpig uavklart. Et storbysykehus der også store deler av områdefunksjoner samles, vil også ta seg av en ikke ubetydelig del behovet for akuttkirurgiske virksomhet. Som tidligere omtalt i kapittel 3.b.iii, vil omfanget av dette bestemmes ut fra faglige og driftsøkonomiske hensyn. Dersom man antar at omfanget av oppgaver som overføres fra Kirkeveien til Gaustad ifm. multitraumeoverføringen tilsvarer 50 senger, tilsier dette at ca. 260 senger i Kirkeveien vil inngå i storbysykehuset. Etablering av storbysykehuset på Sinsen vil med disse tallanslagene kreve nybygg minimum i størrelsesorden 25 senger. Dette estimatet hensyntar ikke effekten av fritt sykehusvalg, som er anslått til ca. 55 senger.

Dersom storbysykehuset etableres på Sinsen, vil det måtte opprettholdes tre offentlige sykehus i Oslo også på lengre sikt ved at aktiviteten ved kreftsenter og barnsenter i

Kirkeveien videreføres der. Ulike aspekter ved å redusere antall sykehus i OUS fra tre til to er drøftet ovenfor i kapittel 3.

Øvrige arealbehov

Det er ikke gjennomført en dimensjonering av kapasiteten i Kirkeveien og på Sinsen mht. funksjoner som; operasjoner, laboratorievirksomhet, patologi, radiologi og andre medisinske og ikke-medisinke støttefunksjoner. Innefor disse områdene er kapasiteten større i Kirkeveien enn på Sinsen. Det finnes for eksempel i dag langt flere operasjonsstuer i Kirkeveien enn på Sinsen. Ved en etablering av storbysykehuset i Kirkeveien forventes det å være et mindre behov for kapasitetsutvidelse enn på Sinsen.

For samling av virksomhet innen rusbehandling og psykiatri ved storbysykehuset er det som angitt i kapittel 6 anslått et behov for ca. 200 nye døgnplasser. Dersom man legger nøkkeltall for areal fra det nybygde Follo DPS til grunn, tilsier dette et behov for ny bygningsmasse på 15-18 000 m^2. I tillegg kan det være behov for oppgradering/erstatning av eksisterende bygningsmasse i Kirkeveien eller på Sinsen.

I de frigitt areal etter samling av Storbysykehuset vil det kunne gi rom for samling av enheter som ikke har samme nærhetsbehov til somatisk drift.

vi. Lavest mulig investeringsbehov

Storbysykehus i Kirkeveien

Siden lokalsykehusvirksomheten på Sinsen vil kunne innplasseres i Kirkeveien uten nybygg, vil investeringsbehovet i Kirkeveien på mellomlang sikt være relatert til ombygging/oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Ifm. hovedstadsprosessen ble det gjort et kostnadsanslag for en ombygging/oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Beregningene er basert på at alle bygninger beholdes og oppgraderes til en god/akseptabel standard både funksjonelt og teknisk.

For de bygningene i Kirkeveien som utgjør lokal- og områdefunksjonene er det estimert et behov for oppgradering/ombygging forbundet med å heve tilstanden til gjennomgående god/akseptabel på ca. 3,4 mrd. kroner. I tillegg kommer 0,6 mrd. kroner som er relatert til bygningsmasse som ikke inngår i lokalsykehuskonseptet, og som derfor ikke skal tas med i en sammenligning av investeringsbehov mellom Kirkeveien og Sinsen.

3,4 mrd. kroner må her leses som en indikasjon på kvaliteten av den eksisterende bygningsmasse. I en fremtidig utvikling av sykehusområdet vil det sannsynligvis være mer aktuelt å bygge nytt fremfor å rehabilitere de dårligste byggene.

Storbysykehus på Sinsen

Lokalisering av et storbysykehus på Sinsen vil kreve investeringer i både ombygging / oppgradering og nybygg. Et kostnadsanslag for ombygging/oppgradering av eksisterende bygningsmasse ble også gjort for Sinsen ifm. hovedstadsprosessen. Totalt beløper dette seg til ca 1,3 mrd. kroner.

I tillegg kommer behovet for ny bygningsmasse. Dersom man legger et behov for økt kapasitet på 25 senger til grunn for å ivareta dagens lokalsykehuskapasitet og anslår en areal-sengefaktor på 200 m^2/seng, vil dette utgjøre 5 000 m^2 ny bygningsmasse. Ved anvendelse av samme enhetspris for nybygg som er benyttet ifm. hovedstadsprosessen, tilsier dette en kostnad på i størrelsesorden 0,3 mrd. kroner. I tillegg vil det være behov for investeringer i annen infrastruktur, for eksempel ny helikopterplattform.

Det er heller ikke tatt hensyn til økt behov for kapasitet pga. fritt sykehusvalg, som tidligere nevnt anslått til ca 60 senger, noe som indikerer at investeringsbehovet i nybygg på Sinsen vil kunne være betydelig høyere.

vii. Driftsmessig egnethet

Som omtalt i kapittel ii og iii har bygningsmassen både i Kirkeveien og på Sinsen mangler mht. driftseffektivitet. Den spredte og til dels svært gamle bygningsmassen er lite egnet for faglig samhandling og gir verken optimale arbeidsforhold eller effektiv logistikk.

Det er ikke funnet grunnlag for å skille de to lokaliseringenes egnethet for å kunne skape gode driftsløsninger i fremtiden. På begge steder vil dette måtte skje gjennom bygningsmessige tiltak og tilpasninger til en ny situasjon med økt aktivitet.

viii. Omfang av flyttebehov

Det er ikke gjennomført en analyse av utfordringene eller konsekvensene av å overføre virksomhet den ene eller den andre veien mellom Kirkeveien og Sinsen. De organisasjons- og personalrelaterte aspektene ved flyttingen anses som mer utfordrende enn den fysiske flytteprosessen. Disse aspektene er imidlertid ikke en del av mandatet for denne utredningen, men omtales likevel i de to siste kapitlene.

Antall sengeplasser som må overføres kan være en indikator for å sammenligne det fysiske flytteomfanget ved etablering av storbysykehuset enten i Kirkeveien eller på Sinsen. Ved etablering av storbysykehuset i Kirkeveien må det anslagsvis overføres 130 sengeplasser fra Sinsen. Ved etablering på Sinsen må det overføres 260 sengeplasser fra Kirkeveien. De øvrige overføringene av virksomhet vil være de samme i begge tilfellene.

Overføring av sengekapasitet gir på ingen måte et fullverdig bilde av forskjellen i konsekvenser mht. flyttingen. Det gir allikevel en klar indikasjon på at en etablering av storbysykehuset i Kirkeveien vil være mindre krevende enn en etablering på Sinsen.

ix. Tilgjengelighet, kommunikasjonstilbud og transportforhold

<u>Storbysykehus i Kirkeveien</u>

Sykehusområdet i Kirkeveien har to adkomster, med sin primære adkomst fra Ring 2. På enkelte tider av døgnet er dette et tett trafikkert område, der det kan oppstå betydelig forsinkelse i biltrafikken. Dagens adkomstløsning vil på enkelte tider av døgnet by på store trafikale utfordringer ved en økt aktivitet. I den videre planleggingen av storbysykehuset må dette gis høy prioritet, særlig sett i lys av det forventet økende pasientgrunnlaget over tid. Det foreligger skisser til hvordan trafikksituasjonen mht. ut og innkjøring ved sykehuset kan forbedres, og disse bør videreutvikles så snart som mulig for å unngå en uakseptabel trafikksituasjon i fremtiden.

Kollektivtilbudet består av buss og trikk.

<u>Storbysykehus på Sinsen</u>

Ved sin nærhet til hovedfartsårene Ring 3 og Rv. 4 ligger Sinsen gunstig plassert mht. adkomst med bil. Også her er det på enkelte tider av døgnet tett trafikk som kan forårsake forsinkelser.

Kollektivtilbudet består av buss, T-bane og trikk.

x. Mulighet for ivaretakelse av fremtidig økning i pasientgrunnlaget

<u>Storbysykehus i Kirkeveien</u>

Innefor den eksisterende bygningsmassen i Kirkeveien vil det være begrenset kapasitet til å håndtere økningen i pasientgrunnlaget på lengre sikt. Som omtalt i kapittel iv har imidlertid tomten stor kapasitet for videre utvidelser av bygningsmassen. Lokalisering av storbysykehuset i Kirkeveien synes derfor å innebære liten risiko mht. å kunne ivareta en fremtidig økt behov, men dette vil kreve investeringer i ny infrastruktur.

<u>Storbysykehus på Sinsen</u>

Som omtalt i kapittel iv har tomten på Sinsen begrensninger mht. utvidelse av bygningsmassen. En etablering av storbysykehuset der vil kreve nybygg for å kunne ivareta

den somatiske virksomheten, og i tillegg eventuelt nybygg for å kunne ivareta en ønsket samling av rus og psykiatri. Tomten på Sinsen synes derfor å være mindre robust med tanke på det behovet for utvidelse av bygningsmassen som kan bli nødvendig i et lengre perspektiv.

xi. Fysiske arbeidsmiljømessige konsekvenser

Et storbysykehus etablert enten I Kirkeveien eller på Sinsen vil i overskuelig fremtid drive sin virksomhet tildels i gammel og ikke optimal bygningsmasse. Ved begge lokaliseringene er det betydelig behov for oppgradering av tekniske anlegg og forbedring av inneklima. Ved endring av drift i et lokale, er det også behov for kostnadskrevende omgjøringer slik at arealene er tilpasset den nye virksomheten. Det synes ikke å være grunnlag for å kunne påpeke en signifikant forskjell i alternativene mht. arbeidsmiljø.

xii. Helikoptertransport

Etablering av storbysykehuset vil uansett lokalisering medføre økt helikoptertrafikk sammenlignet med i dag. På Sinsen vil denne økningen, som nevnt i kapittel vi, ventelig medføre behov for bygging av en ny plattform. Det er ifm. denne utredningen ikke gjort undersøkelser av om økt trafikk vil komme i konflikt med gjeldende konsesjonsbetingelser.

Etter gjennomføring av den planlagte overføringen av multitraumeakuttvirksomheten fra Kirkeveien til Gaustad, vil omfanget av helikoptertrafikk reduseres vesentlig i Kirkeveien, enten storbysykehuset er lokalisert der eller på Sinsen.

d. Anbefalt lokalisering av lokalsykehusfunksjoner

Det vil være mulig å etablere Storbysykehuset både på Sinsen og i Kirkeveien.

I tabellen nedenfor er det vist en sammenligning av alternativene mht. de kriteriene som er drøftet ovenfor. ”1” indikerer best ivaretakelse av kriteriet, og ”0” indikerer dårligst ivaretakelse. Der det ikke er funnet grunnlag for å skille alternativene er det angitt ”-”. Dette er kun ment som en enkel oppsummerende illustrasjon, og må ikke benyttes til en kvantifisering av forskjeller.

Kriterium		Kirkeveien	Sinsen
1	Frigivelse av areal ved utflytting av funksjoner og realisering av verdier	0	1
2	Omfang av egnet bygningsmasse	1	0
3	Kvalitet på bygningsmasse og teknisk infrastruktur	-	-
4	Utviklingspotensial og fremtidig mulig arealutvidelse	1	0
5	Gjennomførbarhet på kort sikt	-	-
6	Lavest mulig investeringsbehov	0	1
7	Driftsmessig egnethet	-	-
8	Omfang av flyttebehov	1	0
9	Tilgjengelighet og kommunikasjonstilbud	-	-
10	Mulighet for ivaretakelse av fremtidig økning i pasientgrunnlaget	1	0
11	Arbeidsmiljømessige konsekvenser	-	-
12	Helikoptertransport	1	0

Som det fremgår av tabellen vurderes Kirkeveien å være den best egnede lokaliseringen av et storbysykehus sett ut fra de fleste kriteriene. Det finnes imidlertid også forhold som trekker i favør av Sinsen. Det blir derfor viktig å legge vekt på de faktorene som veier tyngst når det skal gjøres et valg om lokalisering av Oslos offentlige lokalsykehus for flere tiår fremover.

Det viktigste hensynet å ta ved valg av lokalisering må være å sikre at man får en løsning som er mest egnet til å kunne ivareta behovene i et langt perspektiv. Det er stor usikkerhet mht. det fremtidige behovet for lokalsykehustjenester i Oslo. En raskt voksende befolkning, storbyens særskilte behov og fremtidige sykdomspanorama og behandlingsformer er forhold som bidrar til denne usikkerheten. Den lokaliseringen som velges må ha et utviklingspotensial og en fleksibilitet som kompenserer for usikkerheten relatert til den fremtidige utviklingen.

Et annet hensyn som bør vektlegges er muligheten til å gjennomføre etableringen av et storbysykehus innen kortest mulig tid. Dette er viktig både for å kunne høste de driftsmessige og økonomiske gevinstene ved en samling av virksomheter og for å kunne tilby et best mulig tilbud til byens befolkning så raskt som mulig.

Videre bør muligheten for å gjennomføre sammenslåingen med minst mulig risiko også vektlegges. Dette tilsier at man bør velge det alternativet som vil kreve minst fysisk flytteomfang.

Et siste hensyn som bør vektlegges tungt er at et storbysykehus på Sinsen vil måtte kombineres med opprettholdelse av drift i Kirkeveien (kvinne/barn og kreft). Dette vil kreve døgnkontinuerlig tilstedeværelse i Kirkeveien av servicefunksjoner, eksempelvis laboratorietjenester, radiologi og anestesi, men omfanget av dette behovet er ikke utredet.

Alle disse fire primære hensynene anses å være vanskelig å tilfredsstille ved en lokalisering av et storbysykehus på Sinsen. Tomtens begrensninger, omfanget av flytting og tilpasninger, samt problemer med å realisere sammenslåingen raskt representerer til sammen en svært høy risiko. Ut fra disse betraktningene og ovenstående drøftinger og vekting av kriterier anbefales det derfor at storbysykehuset etableres i Kirkeveien.

Det presiseres at drøftingen og anbefalingen ovenfor er basert på forutsetningen om at det etableres et storbysykehus, som beskrevet i kapittel 4, for å ivareta det offentlige lokalsykehustilbudet i Oslo. Dersom det konseptuelle valget hadde vært å etablere et nærsykehus, ville vurderingene mht. lokalisering kunne blitt annerledes.

Videre presiseres det at drøftingen og anbefalingene i kapittel 3, 4 og 5 baserer seg på at forutsetningene beskrevet i kapittel 1 og til dels grundigere belyst i kapittel 8 ikke endres.

Det har ikke ligget til prosjektets mandat å se på hvordan føringene beskrevet i kapittel 1 kan oppnås best mulig ved en total revurdering av lokalsykehustilbudet til befolkningen i Oslo, der Lovisenberg og Diakonhjemmets lokalsykehusvirksomhet også inngår.

6. AREALMESSIGE KONSEKVENSER AV SAMLING AV RUSBEHANDLING OG PSYKISK HELSEVERN SAMMEN MED SOMATIKK

Det forutsettes at storbysykehuset blir en ramme for fysisk samlokalisering av en rekke funksjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling. Hvilke deler dette bør omfatte er omtalt tidligere, se kapittel 4.6.5. Beslutning rundt hva som bør plasseres sammen med den somatiske delen av storbysykehuset, må tas i en egen prosess, men det har vært gjort en vurdering her for å gi et bilde av hva dette kan handle om.

Noe av denne virksomheten er allerede lokalisert innen de to sykehusområdene i Kirkeveien og på Sinsen. Av disse er lokalene for akuttpsykiatri på Sinsen nye og moderne og lokalisert nær opp til somatisk mottak. For begge de to stedene vil en samling av all virksomhet som bør legges sammen med den somatiske del av storbysykehuset innebære at en trenger betydelig tilleggsareal. I døgnplasser er det beregnet at behovet vil dreie seg om et minimum på 130 plasser ut over det som er på hver av de to stedene i dag, eller noe over 200 plasser dersom alt som med fordel kunne samles skal legges til storbysykehuset. En døgnplass innen psykiatri og rusbehandling vil kreve noe mer areal enn en somatisk døgnplass, men prisen pr. m^2 vil være lavere både i bygging og drift. Behandlingen innen disse områdene

består i betydelig grad av poliklinikkvirksomhet. Noe av denne vil det også være ønskelig å ha lokalisert sammen med øvrig virksomhet ved storbysykehuset.

Spesialiserte poliklinikker og forskning kan eventuelt samlokaliseres utenfor storbysykehuset. Bygningene som psykiatri og rusklinikkene i dag har på Gaustad kan for eksempel tilpasses behovet for en samling av disse funksjoner. For forskningsvirksomheten vil også en nærhet til Institutt for psykiatri og Psykologisk institutt ved UiO kunne tale for en slik løsning. Annen virksomhet innen Klinikk psykisk helse og avhengighet som ikke bør ligge sammen med resten av storbysykehuset kan også legges til dette området på Gaustad. Et eksempel på det kan være sikkerhetspsykiatri.

Dersom man realiserer en samling av rusbehandling og psykiatri ved storbysykehuset og på Gaustad, vil arealer og bygninger ved en rekke av dagens enheter kunne frigis; Dikemark, Vardåsen, Storgata, Montebello, Sognsvannsveien m.fl.. Dette vil dermed også bidra til en oppfylling av forutsetningene om å bidra til å frigi overflødige arealer.

7. VIKTIGE KRAV TIL GJENNOMFØRING AV FLYTTING AV SYKEHUSVIRKSOMHET

Dersom anbefalingene om etablering av Storbysykehuset blir realisert, vil det i årene framover blir gjennomført en til dels betydelig flytting av sykehusvirksomhet. Selv om målet for disse flytteprosessene er tydelig definert og praktisk sett når det gjelder bemanning og arealer er godt planlagt, er det store risiko forbundet ved en rekke andre forhold. Nedenfor er det trukket frem fem forhold som anses som avgjørende dersom en prosess med flyttinger skal gi ønsket resultatet, nemlig et godt fungerende lokalsykehus for Oslos befolkning:

a) <u>Flytting av fagområder må ikke skje fragmentert, men som et hele</u>
Det er fagmiljøene som utgjør ryggraden i et sykehus, der de gode kvalitetene ligger i at en over år har skapt noe som er mer enn kapasitetstall og summen av enkeltmedarbeidere. Ikke bare gjelder dette medisinskfaglige grupper, men også en rekke andre medarbeidergrupper innen de ulike fag- og behandlingsområder. Dette tilsier at flyttinger må gjennomføres slik at man tar vare på slike helheter i faggrupper og miljøer, og slik at ikke forflytningen skaper fragmentering og oppsplitting.

b) <u>Viktige faglige sammenhenger mellom fagområder må ikke brytes i flytteprosessen</u>
Behandlingsprosessene i et sykehus er ikke bare enkeltstående faggrupper og profesjoner, men like mye et nettverk av samarbeid og samspill mellom ulike faggrupper, profesjoner og spesialiteter. Også en slikt ”spindelvev” av avhengigheter og relasjoner står i fare for å bli brutt opp og ødelagt ved forflytninger. Kvaliteten i pasientbehandlingen kan være sårbar ved slik endring. Relasjonene kan brytes ned, og være krevende å bygge opp igjen. Den tekniske planlegging av forflytninger, må ta hensyn til dette.

c) <u>En må ta hensyn til behov for andre arealer enn døgnplasser</u>
Sengekapasitet er den faktoren det her er lagt avgjørende vekt på i vurderingen av mulighetsrom og alternativer for flytting. Det er viktig at den praktiske planleggingen legger vekt på en rekke andre faktorer som påvirker arealbehov og arealkvaliteter. Det gjelder behovet for behandlingsrom, poliklinikkvirksomhet, oppholds- og møterom, kontor og administrasjon, areal til støttefunksjoner, areal for forskning og undervisning m.m. Ikke minst er dette viktig av hensyn til en utvikling der relativt sett mindre deler av sykehusets virksomhet kommer til å dreie seg om døgnpasienter.

d) <u>Fag- og behandlingsområder som skal samles må være integrert som arbeidskultur og fagmiljø.</u>

Forflytninger ved etablering av et storbysykehus vil i svært mange tilfeller si at to miljøer og arbeidskulturer skal slås sammen og bli til ett. Her er fallgruvene mange i forhold til ikke å få med seg det beste fra begge. I verste fall kan spenninger bety at summen gir mindre faglig kvalitet enn hver av dem ga hver for seg, i beste fall det motsatte. I verst fall kan også konsekvensen av dårlig integrasjonsarbeid bli at forholdene i sammenslått enhet mer eller mindre sementeres som i en av dem og at den ene framstår som en vinner og den andre som en taper.

e) Ansatte må ha en klarhet rundt hvilke retningslinjer som gjelder egne arbeidsplasser i tilknytning til forflytninger.

Under forflytninger er det flere forhold som kan det skapes usikkerhet i forhold til enkeltansatte, og det kan videre virke destruktivt inn på miljø og effektivitet. Usikkerheten kan skyldes at det er flere beilere til samme funksjon i sammenslått virksomhet og at den sammenslåtte enheten tilsammen ikke vil ha behov for like mange medarbeidere på alle områder som de to opprinnelige. En viktig årsak til at dette skaper problemer, er at det ikke på et tidlig tidspunkt er klare nok retningslinjer i forhold til slike situasjoner. Forutsigbarhet og opplevd rettferdighet, på tross av eventuelle negative konsekvenser for enkeltmedarbeidere, er avgjørende.

f) Ivaretakelse av ansatte før, under og etter omstillingsprosesen.

For omstillingen OUS nå skal inn i er det viktig med en godt planlagt gjennomføring. Ivaretakelse av de ansatte er avgjørende for en vellykket omstillingsprosess, og spesielt viktig i denne sammenheng er førlgende momenter:

- Målfokus - I forkant av en omstilling er tydeliggjøring og forståelse av målbilde avgjørende for en vellykket gjennomføring. Underveis i prosessen er det viktig å holde målbilde fast. Dette er viktig både på gruppenivå og på individnivå.
- Informasjon - Informasjonskanalene i virksomheten må fungere slik at man er sikker på at informasjonen hele tiden når raskt ut til alle.
- Medvirkning - Man bør tilstrebe medvirkning fra samtlige HMS aktører så tidlig som mulig i prosessen. Jo mer reell innflytelse arbeidstakerne og deres representanter får på beslutningene, jo mer delaktig vil de føle seg i prosessen. Graden av selvbestemmelse øker, og utrygghet og mistrivsel minsker. Klarer man å skape et forhold til beslutningene, vil endringsprosessene foregå med mindre press på både organisasjon og individ.
- Sosial støtte - Man må fokusere på å bygge opp sosial støtte til både grupper og individer. Dette vil kunne minimere risikoen for å utvikle problemer relatert til konflikter, stress og utbrenthet.

Forøvrig skal retningslinje for omstilling, lov og avtaleverk samt de 12 prinsipper for omstilling (Helse sør/øst) følges i under hele prosessen.

Det er viktig å understreke at flyttinger og sammenslåinger ikke bare skaper slike utfordringer, men at det også finnes en del positive muligheter. En flytting og sammenslåing er en god mulighet til å revurdere og kanskje se mer framtidsrettet på en del sider ved hvordan man arbeider. For å få gevinster ut av denne muligheten kreves det imidlertid god planlegging og aktiv regi.

Det vil i en periode før flytting blir en realitet, være full drift ved de aktuelle virksomhetene. Det er viktig at kvaliteten på behandling og arbeidsmiljøet ikke forringes i denne perioden. Det forventes derfor at det vil gjennomføres nødvendige tiltak for å ivareta de ansattes arbeidsmiljø som før vedtak om flytting.

Håndtering av risiko og muligheter ved flyttinger påvirker ikke bare kvaliteten og effektiviteten ved sykehuset, men også dets omdømme og anseelse blant pasienter, i arbeidsmarkedet, blant samarbeidspartnere og i den generelle offentlighet. Det er også derfor av stor viktighet å ta disse forholdene gis den største oppmerksomhet. Overskrifter i den sammenheng vil være:

- En mer detaljert gjennomgang av risiko og muligheter ovenfor bør få en avgjørende innvirkning på framdriftsplanen for gjennomføringen.
- Disse forholdene vil ha konsekvenser for hvordan ulike deler av flytteprosessen organiseres i forhold til hverandre.
- Det må planlegges en rekke støttende og stimulerende tiltak både for å motvirke oppsplitting av fagmiljøer og for å etablerte faglige sammenhenger, fremme en god integrering av enheter og forløse nye muligheter som ligger i sammenslåing av enheter.
- Det må legges til rette for at de ansatte har reell medvirkning i fremtidige prosesser, og at de gis muligheten til å forme sin egen arbeidsplass. På den måten sikres de beste løsningene og en lojalitet til beslutningene.

Det er viktig at dette arbeidet kommer i gang så raskt som mulig.

8. VURDERING AV RISIKO

Det er i dette kapitlet påpekt risikofaktorer som bør vurderes ved beslutning om etablering og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen i OUS. Risiko vurderes mht. å kunne realisere de effektene som er ønsket ved de valg og tiltak som foreslås. Det er i denne forbindelse sett på fire risikoområder:

1. Risiko knyttet til gjennomføringsprosessen
2. Risiko knyttet til at premissene/forutsetningene det bygges på ikke holder
3. Risiko knyttet til det økonomiske handlingsrommet
4. Risiko knyttet til fremtidig utvikling i behovet for helsetjenester

1. Risiko knyttet til gjennomføringsprosessen er omtalt i kapittel 7. Det handler i stor grad om farene for at fagmiljøer og faglige nettverk forvitrer og ødelegges i løpet av prosessen, om at behov for aktivt integrerende tiltak mellom sammenslåtte miljø ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor og at ansatte ikke opplever en tilfredsstillende forutsigbarhet med hensyn til egen skjebne.
2. Risiko knyttet til endrede premisser eller feil forutsetninger vil kunne være relatert til følgende forhold:
   - Det er lagt til grunn at Ahus overtar all virksomhet i sine nye opptaksområder innen 2011, og tilsvarende Vestre Viken sine områdepasienter med samme tidshorisont.
   - Det er lagt til grunn kapasitetsbehov ut fra en fortolkning av eksiterende erfaringsdata for forbruk av tjenester.
   - Det er lagt til grunn et kvalifisert skjønn for å angi kapasitetspotensialer ved de tre sykehusene uten at det bygges nytt. Disse er vesentlige som grunnlag for antagelser om mulige flyttinger på kort og mellomlang sikt.

- Det er lagt til grunn tilgjengelige vurderinger av bygningsstandard, sannsynlige utfall av verneprosesser og overensstemmelse med nye reguleringsplaner ved Kirkeveien og på Sinsen ved fremtidig utvikling.
- Det er lagt til grunn at Gaustad/RH får de nødvendige kapasitets økninger/investeringsmidler for ivaretakelse av de oppgaver som overføres fra Kirkeveien/Sinsen.

Dersom det viser seg at disse forholdene ikke blir som forutsatt, vil det kunne påvirke gjennomføringsprosesser, effektuttak og valg av lokasjon for lokalsykehuset. Dersom disse premissene endres, faller grunnlager for rapportens konklusjoner.

3. Konklusjonene som er gitt i rapporten er ikke gjort avhengig av utviklingen av drifts- og investeringsbudsjett i åra framover. Det er forutsatt at det ikke vil være investeringsmidler i Helse Sør-Øst til å planlegge et nybygd storbysykehus i overskuelig fremtid, og at arbeidet med å etablere et storbysykehus i hovedsak må baseres på tilpasninger og oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Midler til dette er forutsatt vil bli skaffet tilveie. Det samme gjelder tilgang til omstillingsmidler som prosessene vil kreve. Dersom dette ikke viser seg å stemme, vil det kunne få konsekvenser for gjennomføringstid og ønskede gevinster.
4. De beskrivelsene og drøftingene som fremkommer i rapporten tar utgangspunkt i dagens pasientgrunnlag. Som det fremkommer i leveranse 1 fra lokalsykehuset, kan en forvente en betydelig vekst i tiden fremover. Dette skyldes både forventet sterk befolkningsvekst i Oslo, økt etterspørsel etter helsetjenester på grunn av sammensetningen av befolkningen og evt også som følge av pasienter som ikke hører til OUS, vil søke hit som følge av fritt sykehusvalg. Dette vil berøre både lokal-, område- og regionsfunksjonene. Det er en risiko for at man ikke i tilstrekkelig grad greier å legge til rette for tilstrekkelig robusthet og fleksibilitet for å kunne møte denne fremtidige utfordringen på en kostnadseffektiv og kvalitetsmessig tilfredsstillende måte.

Alle de fire gruppene av risikomomenter må møtes ved at det umiddelbart settes i gang et mer detaljert arbeid med gjennomføringsplanlegging. I dette må også nødvendig koordinering mot andre prosesser som grenser tett opp mot denne ivaretas.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Notat fra Vernetjenesten

Vedlegg 2: Notat om tilslutning fra tillitsvalgtsrepresentanter ved OUS, Aker

Vedlegg 3: Deltakere i prosjektgruppen

Vedlegg 4: Oversikt over lokaliserings- og kapasitetsbehov for klinikk A

DEL 3

Leveranse 9

Modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og Oslo kommune

It takes two to tango

God samhandling må være som en vakker tango …

To selvstendige skikkelser
Sterkt knyttet til hverandre
Utnytter hverandres energi
Tydelig og bestemt, men behagelig
Veksler på å føre og bli ført
Å føre er ikke å befale, men å vise vilje og å invitere og foreslå,
Skape et rom som den andre kan utvikle og utfolde seg innenfor
Drevet av en energi som forsterkes av kraften mellom dem
To selvstendige skikkelser som beveger seg eggende i en felles rytme
Som én organisme i samhandling

I takes two to tango!!

INNHOLDSFORTEGNELSE – Del 3

INNHOLDSFORTEGNELSE 2

1 EN INNLEDNING OM TENKEMÅTEN I PROSJEKTET 3

2 OPPSUMMERING AV SENTRALE FORSLAG I RAPPORTEN 4

3 MÅL OG RAMMER FOR SAMHANDLING 8

3.1 Målsettinger 8
3.2 Lover, forskrifter og andre styrende dokumenter 8
3.3 Økonomiske forutsetninger 9

4 MODELL FOR SAMHANDLING 10

4.1 Innledende om modellen 10
4.2 Aktører 12
4.2.1 Pasienten 13
4.2.2 Spesialisthelsetjenesten 14
4.2.3 Kommunehelsetjenesten i Oslo 16
4.2.4 Statlige etater 18
4.2.5 Frivillig sektor 18
4.3 Avtaleverk 18
4.3.1 Overordnet Avtaleverk Helse Sør-øst 18
4.3.2 Avtaleverk mellom 1. og 2. linjetjenesten i Oslo 19
4.3.3 Anbefalt ny avtalestruktur 19
4.4 Samhandlingsprosessene 21
4.4.1 Samhandlingsprosesser inn mot sykehus 22
4.4.2 Samhandlingsprosesser ut av sykehus 24
4.5 Kommunikasjonskanaler – på system og pasientnivå 26
4.5.1 Faste møteplasser og arenaer for samhandling 27
4.5.2 Samhandling rundt enkeltpasienter 30
4.5.3 Elektronisk kommunikasjon 30
4.6 Forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseoverføring 31
4.6.1 Forskning for bedre samhandling 32
4.6.2 Innovasjon for bedre samhandling 32
4.6.3 Utdanning for bedre samhandling 33
4.7 Erfaringsoverføring, læring, evaluering 33

VEDLEGG (SAMLET BAK I RAPPORTEN)

1. EN INNLEDNING OM TENKEMÅTEN I PROSJEKTET

Uten pasienten har sykehuset ingen berettigelse. Men like selvsagt er det at sykehuset knapt kunne fylle sin misjon uten en omfattende helsetjeneste som sto langt nærmere pasientens hverdag og normale livssituasjon. Det er der vi finner kommunehelsetjenesten. Det er her det aller meste av den profesjonelle hjelp og støtte brukerne av helse- og omsorgstjenester i Norge er avhengig av befinner seg. Spesialisthelsetjenesten er til for å utfylle dette tilbudet det kreves ytterligere spesialisering og bruk av til dels kostbart utstyr. Slik er det også i Oslo.

Den totale helseeffekten for pasienter og brukere av de ressursene samfunnet anvender på helse, er ikke minst avhengig av hvordan de to nivåene virker sammen som et samlet hele. Når Helse Sør-Øst har bestemt seg for å omstrukturere sin sykehusvirksomhet i Oslo, må det være et mål at virksomheten bidrar bedre inn i en optimal samhandling med førstelinjetjenesten. Hvordan det skal skje, er det denne delen av lokalsykehusprosjektet handler om.

Kommunehelsetjenesten og sykehussektoren er ulike. På den ene siden finner vi allmennpraktikerne som må forholde seg et svært bredt spekter av mer eller mindre klare symptomer og funksjonssvikt kombinert med krav om omsorgsstøtte, tilrettelegging av hverdagen og utfordringer i forhold til forebyggende arbeid. På den andre siden har vi spesialisthelsetjenesten der spesialister innen både medisin og helsefag er blitt stadig mer spesialiserte og helst vil forholde seg til klart definerte diagnosegrupper. Ulike utgangspunkt fører til ulike måter å forholde seg til brukere på og ulike måter å organisere egen virksomhet på. Med utgangspunkt i disse forskjellene har det vokst fram ulikheter i tradisjoner, språk og status. De har også ulike eiere, styringslinjer, systemløsninger og finansieringsmodeller. Dette skaper ekstra utfordringer.

Grensepasseringer er avgjørende for samhandling. Slik er det også i forholdet mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er når pasientene beveger seg mellom nivåene, en får testen på at disse utfyller hverandre på en riktig måte i forhold til pasientens interesser. Det er også i møteplassene mellom fagfolk og ledere i de to nivåene en får svar på om det lett utvikler seg gode totalløsninger og systemer. Til dels ligger også selve snubletrådene i disse grensesnittene. Derfor blir de svært viktige i en modell for samhandling.

Kvaliteten på samhandlingen påvirkes også i betydelig grad allerede før samhandlingens grenseoverganger. Hvordan vi innretter oss i sykehuset og hvordan en innretter seg i kommunehelsetjenesten virker på flere måter avgjørende inn på evnen vår til helhetlig og effektiv samhandling. For sykehuset blir det viktig å utvikle god intern samhandling som kan gi grunnlag for å tilrettelegge for god ekstern samhandling. Og på samme måte kommer vi ikke utenom å stille noen krav til samhandlingen på kommunal side. Slagordet om ”én dør inn” mot sykehuset har sin motsats i et slagord om ”én dør ut” mot kommunal side.

Oslo er annerledes enn andre kommuner når det gjelder samhandling. Størstedelen av helse- og omsorgsvirksomheten lagt ut i og styrt av bydeler. De er underlagt rammer fra byråd, byrådsavdeling og bystyre, men har også betydelig frihet. Denne ene kommunen en usedvanlig sammensatt sykehusstruktur. Den er fordelt på to sykehusområder der riktignok størstedelen er underlagt ett av dem. Kommunen har de siste årene vært betjent av seks sykehus, og to av dem er private som driver lokalsykehusvirksomhet etter oppdrag fra det regionale helseforetaket. Som eneste kommune har det regionale foretaket for øvrig egen avtalerelasjon og egne kontaktmøter med Oslo Kommune. Oslo har i tillegg en relativt stor konsentrasjon av avtalespesialister med sitt oppdrag og avtaler nettopp fra regionforetaket. Det er altså et komplekst sett av styringslinjer på begge sider av grensesnittet mellom

spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste i Oslo. Det er innenfor dette komplekse bildet vi skal realisere en god samhandling.

Etableringen av Oslo universitetssykehus har ført til en ny situasjon. Fra før hadde vi flere store sykehus. Etter fusjonen har vi ett som er uten sammenligning Norges største. Oslo har fått ett sykehus som vil bli den dominerende sykehuspartner for kommunen. Det er åpenbare gevinster ved god samhandling. Som dominerende sykehuspartner i Oslo har OUS et stort ansvar for å bidra til å realisere dem. Denne rapporten fra lokalsykehusprosjektet har som formål å gi dette innhold.

Oslo universitetssykehus og kommunehelsetjenesten i Oslo har to svært sentrale interessentgrupper felles, brukere (pasientene) og fagfolk. Brukerne, pasientene og deres pårørende er opptatt av sin helse og dermed å ha faglig kompetanse tilgjengelig fra forebyggende til akutt. De bryr seg i prinsippet ikke om denne kompetansen eies av et sykehus eller av en kommune. Skal tjenesten virke etter hensikten, må de ha påvirkningsmulighet. God brukermedvirkning må dermed også bli en brukermedvirkning som omfatter samhandling. Det gjør den knapt i dag. Det må de to samhandlingspartene finne en løsning på i fellesskap.

Den andre interessegruppen vi har felles mellom nivåene, er fagfolk. Vi har interesse av at utdanning og arbeidsmarked i årene framover kan forsyne oss med fagfolk innen helse og medisin i tilstrekkelig antall og type. For brukeren blir det ikke noen god løsning om den ene parten blir vinner og den andre blir taper. Og – vi kan lett begge bli tapere i et arbeidsmarked der det blir knapphet på folk i yrkesaktiv alder og der en kan risikere statusslitasje for flere helsefag i kampen om arbeidskraft. Utdanning og arbeidsmarked bør derfor også bli et tema i samhandling.

Som en nyskapning av tre enheter med litt ulike tradisjoner, organisering og systemer, må OUS uansett gjennomgå en rekke virksomhetsområder og bli enig med seg selv om hvordan virksomheten i den nye sammenslutningen skal drives. Det gjelder også samhandling internt og eksternt. Argumentasjonen i denne innledningen peker i retning av vi kan ikke lykkes på dette området ved å agere alene. Det har vi også tatt konsekvensen av i måten vi har arbeidet på i prosjektet. Ikke minst har kommunehelsetjenesten med alle aktuell instanser og nivåer vært tett på hele tiden. De andre sykehusene som betjener Oslo, har også vært invitert med, og det samme har brukere gjennom ulike diskusjoner og fokusmøter (se vedlegg).

Denne rapporten forsøker å sette scenen. Samhandlingsmeldingen har vært en inspirasjonskilde for arbeidet. Dette er likevel bare første akt. I neste akt ligger et betydelig arbeid med gjennomføring. Her har vi heldigvis mye kompetanse og erfaringer å bygge på – både i egne rekker, hos våre samarbeidspartnere og i andre sykehus. Det vil kreve tid og målbevisst innstats på tvers av en rekke styringslinjer. Det er krevende ledelsesprosesser. Men målet må også på dette området være at etableringen av Oslo universitetssykehus skal oppleves som en forskjell til det bedre.

2. OPPSUMMERING AV SENTRALE FORSLAG I RAPPORTEN

Denne rapporten inneholder en rekke forslag og tilrådinger som til sammen bygger en modell for god samhandling mellom Oslo universitetssykehus på den ene siden og Oslo kommune og primærhelsetjenesten på den andre. I forhold til videre oppfølging av disse tilrådingene er det trolig nyttig med en samlet oversikt over dem. Dette kapitelet gir altså ikke noe sammendrag av beskrivelser og begrunnelser, men gir en oppstilling av det vi nå mener bør sette dagsorden i å få modellen på plass. Det gir også en oversikt over tilrådingene fra de andre delene av rapporten.

Anbefalte målsetninger og tydeliggjøring av rammer for samhandling
OUS anbefales følgende målsettinger for samhandling:
Samhandling må bidra til

- at helseeffekten av den samlede behandlingen blir så god som mulig
- at opplevd trygghet for pasienten blir ivaretatt i hele pasientforløpet
- at den totale behandlingen innebærer en effektiv tidsbruk sett fra pasientens side og at den totale behandlingen innebærer en optimal bruk av ressurser

OUS bør dessuten i samarbeid med partnere bli enige om et fåtall målformuleringer som kan virke styrende og inspirerende og skape et godt grunnlag for utvikling, evaluering og læring i og av samhandling.

Juridiske rammer for samhandling
Rapporten inneholder en oversikt over relevante juridiske rammer for samhandling og OUS må sørge for at hovedinnholdet i de viktigste eksterne styrende dokumenter som gjelder samhandling er lett tilgjengelig i en enkel form.

Økonomiske rammer for samhandling:
OUS bør ha en oversikt over hvordan en innenfor dagens finansielle rammebetingelser kan få økonomisk grunnlag for å gjennomfør ønskelige samhandlingstiltak.

Anbefalt modell for samhandling
Anbefalt modell for samhandling beskriver prinsipper for seks forhold:

- De sentrale aktørene i samhandling og deres rolle.
- Struktur på avtaleverk relatert til samhandling
- De sentrale arbeidsprosessene knyttet til samhandling
- De sentrale møtearenaene og kommunikasjonskanalene knyttet til samhandling
- Kompetansebygging, inkludert forskning og utvikling, knyttet til samhandling
- Fortløpende lærings- og forbedringsprosesser knyttet til samhandling

Modellen bør være lett tilgjengelig og revideres når forholdene tilsier det.

Pasienten som nøkkelaktør i samhandling:
Modellen anbefaler at OUS legger til grunn at pasienter har følgende generelle krav og forventninger knyttet til samhandling:

- Rom for medvirkning og personlig tilpasning samt bli møtt med respekt
- Forutsigbarhet i forhold til behandlingsforløp
- Planmessighet i forhold til sannsynlig sykdomsforløp og risiko
- Trygghet og sikkerhet på tvers av de ulike behandlingsnivåer
- Sammenheng og helhet i forhold til vurdering og behandling

Samarbeidsavtaler knyttet til samhandling:
OUS bør gå inn for at samhandlingen mot Oslo kommune er regulert gjennom følgende tre avtaler (ut over det som er inngått på høyere forvaltningsnivåer), hvorav de to første ikke eksisterer i dag:

- En samarbeidsavtale som OUS sammen med de andre sykehusene som betjener Oslo inngår med Oslo Kommune for generelt å regulere samhandling mellom Oslo og sykehusene.
- En samarbeidsavtale mellom OUS og Oslo kommune som regulerer samhandlingen rundt de områdefunksjoner som OUS betjener Oslo kommune med.

- En samarbeidsavtale mellom OUS og hver av de bydelene en er lokalsykehus for og som gir føringer og rammer for de lokalsykehustjenester en gir til disse bydelene. (Dette bør være omtrent likelydende avtale med den som skal foreligge mellom andre lokalsykehus og deres respektive bydeler.)

Det anbefales også at dagens struktur for avtaler med èn avtale for somatikk og èn for psykiatri, rus og avhengighet samles i èn felles avtale.

Samhandlingsprosesser:
Samhandlingsmodellen anbefaler OUS å gå inn for følgende 10 prinsipper for utøvelse av samhandling:

1) Involvere og informere fastlegene og andre behandlere i beslutninger og behandlingsprosesser på sykehus
2) Større tilgjengelighet og bedre rutiner for tilgang på konsultativ bistand og dagtjenester fra sykehus i.f.t. ulike faggrupper i primærhelsetjenesten
3) Flytte oppgaver til fastlege/sykehjemslege og andre fagfolk i primærtjenesten der det er mulig
4) Faglig bidrag til utvikling og vedlikehold av kommunale helsetilbud
5) God kjennskap til hverandres virksomheter – sykehus/ kommunehelsetjeneste
6) Egne roller med ansvar for å fremme god operativ koordinering på tvers av nivåene
7) Aktiv involvering i hverandres planprosesser
8) Planmessig gjensidig kompetansebygging mot alle grupper helsepersonell
9) Tilrettelegging for økt bruk av elektronisk informasjonsutveksling
10) Samarbeid om utarbeidelse av standardiserte behandlingsforløp for store pasientgrupper og de mer krevende i tilknytning til god samhandling

Punktene er i rapporten konkretisert i form av anbefalte aksjonspunkter som både gjelder prosesser inn mot og ut av sykehuset.

Møteplasser og kommunikasjonskanaler på system og pasientnivå:
OUS bør gå inn for at følgende faste, formaliserte møter styrer samhandlingsarbeidet, der førstnevnte er en ny arena, mens de to samarbeidsforumene er en videreføring av eksisterende:

- Samarbeidsforum for Oslo sykehusområde med Oslo kommune (representanter for kommunale etater, primærhelsetjenesten i Oslo og sykehusene som betjener Oslo).
- Samarbeidsforum 1 for Oslo lokalsykehusområde (representanter for OUS og ledelsen i bydelene)
- Samarbeidsforum 2 for Oslo lokalsykehusområde (representanter for OUS og den faglige ledelsen i bydelene).
- Evalueringsmøter med den enkelte bydel (representanter for OUS og ledelsen i den enkelte bydel)

Det anbefales at brukerorganisasjonene også er representert i disse foraene

OUS bør ha dokumentert et sett av verktøy og rutiner for å styrke kommunikasjon i samhandling rundt det enkelte pasient. Anbefalt samhandlingsmodell holder i denne forbindelse frem kvalitet i tre dokumenter spesielt, der kvalitet er av stor viktighet og der OUS bør ta sikte på å bidra til et høyt nivå:

- Henvisning
- Epikrise
- Individuell plan

OUS bør for å støtte utbyggingen av god kommunikasjon i samhandling både på system- og individnivå og ha en utbygd ordning med praksiskoordinator og praksiskonsulent.

Forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseoverføring

Samhandlingsmodellen vektlegger en målbevisst styrking av kunnskapsgrunnlaget for behandling av og samhandling rundt lokal- og områdepasienter, og anbefaler OUS å utvikle tiltak og ordninger på disse områdene:

Forskning:

- Styrke forskning og forskningsformidling som gjelder kunnskap om og behandling av lidelser som er utbredt hos de store gruppene lokalsykehuspasienter.
- Styrke fokus spesielt på forskning innenfor samhandling og samfunnsmedisin knyttet til de samme pasientgruppene
- Organisere dette slik at fagfolk innenfor kommunehelsetjenesten involveres
- Etablere to sentra på tvers av klinikkene: Senter for pasientnær forskning og Kunnskapssenter for samhandling

Innovasjon:

- Sørge for at det fortløpende er systematisk utviklings- og nyskapingsarbeid knyttet til samhandling
- Ha kanaler som sikrer formidling av nyskaping fra andre steder

Utdanning:

- Samarbeid om praksis i forhold til grunnutdanning
- Samarbeid rundt evt nye modeller for spesialisering som i sterkere grad involverer samhandlingskompetanse

Kompetanseoverføring

- Rullerende plan for felles kompetansetiltak

Erfaringsoverføring, læring og evaluering

OUS bør sørge for at Modell for samhandling virker som en lærende organisasjonsmodell ved at:

- Rutiner for erfaringsbearbeiding innarbeides i alle prosesser
- Arbeid med felles framtidsbilder, mål og oppfølging inngår i virksomheten til faste samarbeidsfora. I tillegg må mål innen samhandling innarbeids i sykehusets system for virksomhetsstyring.
- Hele modellen for samhandling utsettes for en systemevaluering med visse mellomrom
- Kunnskapssenter for samhandling får også en rolle i å bistå i forhold til utviklings- og utprøvingsprosjekter for bedre samhandling
- Brukerne involveres i forbedrings- og evalueringsprosesser

3. MÅL OG RAMMER FOR SAMHANDLING

På flere områder foreligger det spilleregeler, krav og rammebetingelser som påvirker samhandlingen mellom helsetjenestenivåene. Avtaler og regulering gjennom gjeldende lover og forskrifter samt økonomiske rammebetingelser styrer samspillet mellom aktørene.

a. Målsettinger

I den avtalen om samhandling som nylig er inngått mellom Helse Sør-Øst RHF og Kommunenes Sentralforbund (KS), er det uttrykt tydelige målsettinger for samhandling:

- Pasientens behov skal være styrende for samarbeidet
- Helhetlige pasientforløp som sikrer koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser
- Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt overordnet, systematisk og konkret samarbeid
- Være i samsvar med gjeldende avtaleverk i arbeidslivet
- Involverer brukerne og gi dem innflytelse

Videre står det at samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, med fokus på forbedring og dialog.

Ved oppstart av lokalsykehusprosjektet ble det uttrykt fire målområder som god samhandling må ha effekt i forhold til: Samhandling må bidra til

- at helseeffekten av den samlede behandlingen blir så god som mulig
- at opplevd trygghet for pasienten blir ivaretatt i hele pasientforløpet
- at den totale behandlingen innebærer en effektiv tidsbruk sett fra pasientens side og at
- at den totale behandlingen innebærer en optimal bruk av ressurser

I tillegg ble det lagt til grunn en målsetting om at arbeidsprosessene på tvers av nivåene ble fylt med kompetanse og arbeidsmessige forutsetninger. Dette må på kort og lengre sikt legger grunnlaget for at de fagfolkene som er involvert, har forutsetningen for å fylle de forventingene som stilles til dem. Under punktet samhandlingsprosesser i den foreslåtte Modell for samhandling foreslås for øvrig ett overordnet mål for disse: Pasientene må sikres nødvendig helsehjelp på et tidspunkt og i en form som gir best helsegevinst.

En utfordring i forhold til eksisterende målsettinger for god samhandling, er at disse er formulert og uttrykt på forskjellige vis og er dokumentert på mange ulike steder. For å bli gode redskap for strategisk og operativ styring og ledelse, blir det viktig å holde fast på noen få formuleringer. Disse må være godt egnet for å virke styrende og inspirerende på praktisk samhandling, og de må kunne fungere som en form for målestokk for å evaluere samhandlingserfaringer som gjøres. For at dette skal bli en praktisk lederskap, må målene på dette området også innarbeides i sykehusets løpende virksomhetsstyring slik at ledere blir fulgt opp på dem.

b. Lover, forskrifter og andre styrende dokumenter

Både kommune, fylkeskommune, regionale helseforetak og staten er pålagt å samarbeide slik at helsetjenesten best mulig kan virke som en enhet. Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer dersom disse har betydning for utforming av fullverdige tjenestetilbud. Dette kan bl.a. skje ved deltagelse i plan- og samarbeidsorganer. Kommunenes sosialtjeneste er pålagt et særskilt ansvar for å samarbeide med andre tjenesteytere for å bidra til helhetlige tilbud for den det gjelder. Både

spesialisthelsetjeneste, sosialhelsetjeneste og kommunehelsetjeneste har selvstendig plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
De ulike helselovene er alle ment å skulle bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet og samtidig gi pasienter/brukere rettigheter overfor helse- og sosialtjenesten. En hovedintensjon fra lovgiver er å ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

Eksisterende lover og føringer i samhandlingen mellom 1. og 2. linjen

- Lov om helsetjenesten i kommunen, §§1-4 og 6-2a
- Lov om sosiale tjenester § 4-3 a
- Lov om spesialisthelsetjeneste §§2-5,3-15 og 6-3
- Lov om helseforetak § 41
- Lov om pasientrettigheter § 2-5
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern§4-1
- Forskrift av 010701 /Habilitering og rehabilitering
- Forskrift av 231204-Individuelle planer
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (1-48/98 og U-13/2002)
- Ansatte som yter tjenester etter andre lover skal samarbeide

Styrende dokumenter

- Nasjonale og regionale dokumenter (se egen oversikt fra Helsedialog)
- Helse Sør-Øst RH – bestilling av spesialisthelsetjenester for 2009 med helseforetakene

En utfordring ved lover, forskrifter og andre styrende dokumenter som gjelder samhandling er at kildegrunnlaget er omfattende. De som har spesialiserte funksjoner innen samhandling må likevel forventes å ha god oversikt over disse. Mange andre som har viktige funksjoner innenfor samhandling må derimot ha hjelp for å ha tilstrekkelig oversikt over helhet og viktige detaljer. Det må være en oppgave for samhandlingsfunksjonen å gjøre dette lett tilgjengelig.

c. Økonomiske forutsetninger

Måten helsetjenestene finansieres på varierer. Innenfor spesialisthelsetjenesten har vi basisfinansiering som finansierer det meste av virksomheten innen psykisk helsevern og 60% av virksomheten i somatikken. Resten av virksomheten i somatikk er finansiert ut fra produksjon i pasientbehandling (ISF/DRG). Basisfinansieringen er fra Helse Sør-Øst RHF sin side basert på en relativt komplisert modell der ulike kjennetegn ved befolkningsunderlaget i opptaksområdet legges til grunn. Poliklinisk virksomhet finansiers også gjennom produksjonsrelatert tilskudd og egenandel fra pasienten.

Kommunen fordeler budsjetter til bydelene ut fra bestemte kjennetegn ved befolkningssammensetningen. For dette skal bydelen bestille tjenester fra kommunale etater, egen virksomhet eller private leverandører. Det gis også et basistilskudd til fastlegene med utgangspunkt i antallet pasienter. Fastlegene finansieres for øvrig gjennom produksjonsrelatert tilskudd fra HELFO og egenbetaling av pasienter.

Både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hevdes det at en del aktiviteter knyttet til samhandling er krevende å få til på grunn av manglende finansiering, eller fordi finansieringen i praksis ikke dekker kostnadene ved aktiviteten. Dersom det er

riktig at finansiering utgjør en bremsekloss for god samhandlingsatferd og samhandlingstiltak, kan resultatet bli at handlinger som bidrar til en god samlet helseeffekt og god samlet ressursbruk, ikke blir utført fordi det framstår som et umiddelbart økonomisk tap for enkeltaktører som er involvert.

Dette er en problematikk som er sentral i Samhandlingsmeldingen, og som en søker å møte ved flere typer virkemidler, men det kan ta flere år før disse er på plass. Likevel viser de erfaringene som er gjort flere steder at mange forbedringer er mulig å gjennomføre selv med dagens økonomiske rammebetingelser. Dette krever kreativitet og vilje til å komme hverandre i møte. Det som her legges fram som Modell for samhandling bygger på en slik forståelse.

OUS bør utarbeide en oversikt over hvordan en innenfor dagens finansielle rammebetingelser kan få økonomisk grunnlag for å gjennomføre ønskelige samhandlingstiltak. Samhandlingstiltak som fremmer mål for denne virksomheten, men som ikke gjennomføres eller står i fare for å bli nedlagt på grunn av mangel på finansiering, må identifiseres, og en må dernest systematisk søke etter løsninger eller eventuelt justere finansielle spilleregler som partene sjøl har kontroll med.

4. MODELL FOR SAMHANDLING

d. Innledende om modellen

Kvaliteten på samhandling mellom kommunehelsetjenesete og sykehus avhenger av flere elementer. For å lage en modell for samhandling må en identifisere hvilke forhold som påvirker kvaliteten i samhandlingen, og beskrive trekk ved de ulike elementene som påvirker resultatet. Skal modellen sette dagsorden for videre arbeid med samhandling for OUS, må beskrivelsen av elementene også gi et bilde av dagens tilstand, utfordringer og sentrale utviklingsområder innenfor hver av dem.

Det som gjør ulike elementer til en samlet modell, er ikke minst sammenhengen og avhengigheten mellom dem. Kraften i god samhandling kommer ikke alene ved at forholdene ligger ypperlig til rette for det på ett av de områdene modellen beskriver dersom ikke dette støttes riktig opp av hvordan en ordner seg på de andre. Det er for eksempel ikke nok om de sentrale aktørene har tydelige roller og klare forventninger til hverandre, dersom ikke avtaleverket underbygger dette, dersom de praktiske samhandlingstiltakene ikke følger det opp, dersom det ikke er hensiktsmessige møtearenaer til å holde det ved like, kunnskapsbygging som gjør det framtidsretta eller praktiske forbedringsprosesser som gjør at erfaringer hele tiden omsettes til mer hensiktsmessig atferd. En modell for god samhandling krever altså at hvert element er nøye gjennomtenkt i forhold til at det støtter opp under en helhet som gjør den til mer enn summen av delene.

De sentrale elementene i en samhandlingsmodell er disse:

a) De **sentrale aktørene** i samhandlingen. Hovedgruppene av aktører i samhandling vil være pasienter og pårørende, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Men innenfor denne grovdelingen, vil det være nødvendig å beskrive undergrupper. Pasienter og pårørende er ikke homogene. Kommunehelsetjenesten i Oslo har ulike forvaltningsnivåer og roller og består ikke minst av fastlegene som ikke er direkte underlagt kommunal instruksjon. Og ikke minst består spesialisthelsetjenesten av et sammensatt bilde av institusjoner. I tillegg er flere statlige etater inne i bildet.

b) **Våre styrende dokumenter** for samhandlingen. Avtaleverket mellom kommune og helseforetakene er vesentlig her, men også andre typer dokumenter vil spille en viktig rolle.

c) De sentrale **arbeidsprosessene** knyttet til samhandling. Det er et svært brokete sett av pasientforløp mellom sykehus og kommune, men i beskrivelsen her har vi valgt å samle dem under de prosessene som går inn mot sykehuset og de som går ut fra sykehuset. Det er viktig at kvaliteten av disse to prosessene ikke bare påvirkes av prosessene mellom nivåene, men også i stor grad av prosessene innenfor henholdsvis sykehus og kommunehelsetjeneste. Derfor blir det i modellen også viktig å si noe om dette.

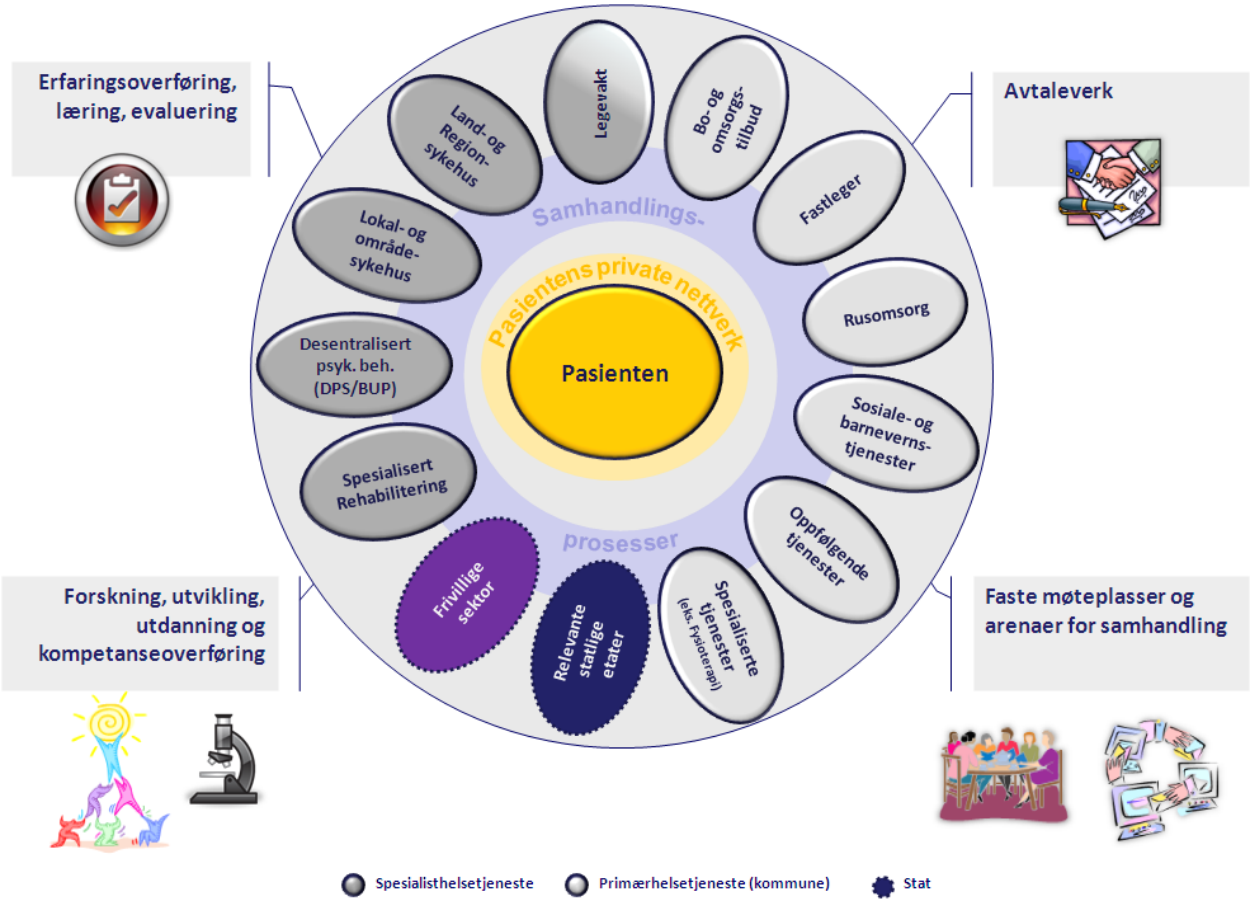
d) De sentrale **kommunikasjonsprosessene** knyttet til samhandling. De formaliserte prosessene kan en i dag dele i to. De sosiale i form av fast institusjonaliserte møter både på virksomhetsnivå og pasientnivå og den elektronisk baserte kommunikasjonen. I tillegg omtales den viktige mer uformell kommunikasjonen både på institusjons- og pasientnivå.

e) **Kompetansebygging** knyttet til samhandling. Dette handler både om forskning, forskningsformidling, innovasjon og utdanning, og rollen til hver av disse elementene beskrives inn i samhandlingsgrensesnittet.

f) Samhandling utviklet gjennom en fortløpende **lærings- og forbedringsprosess**. Ulike typer virksomhet kan bidra til dette, alt fra faste evalueringsrutiner til forbedringsorienterte prosjekter. Dette sees på som et svært viktig element i en samhandlingsmodell fordi dette er et felt der en hele tida vil være tjent med å jakte på å bli bedre.

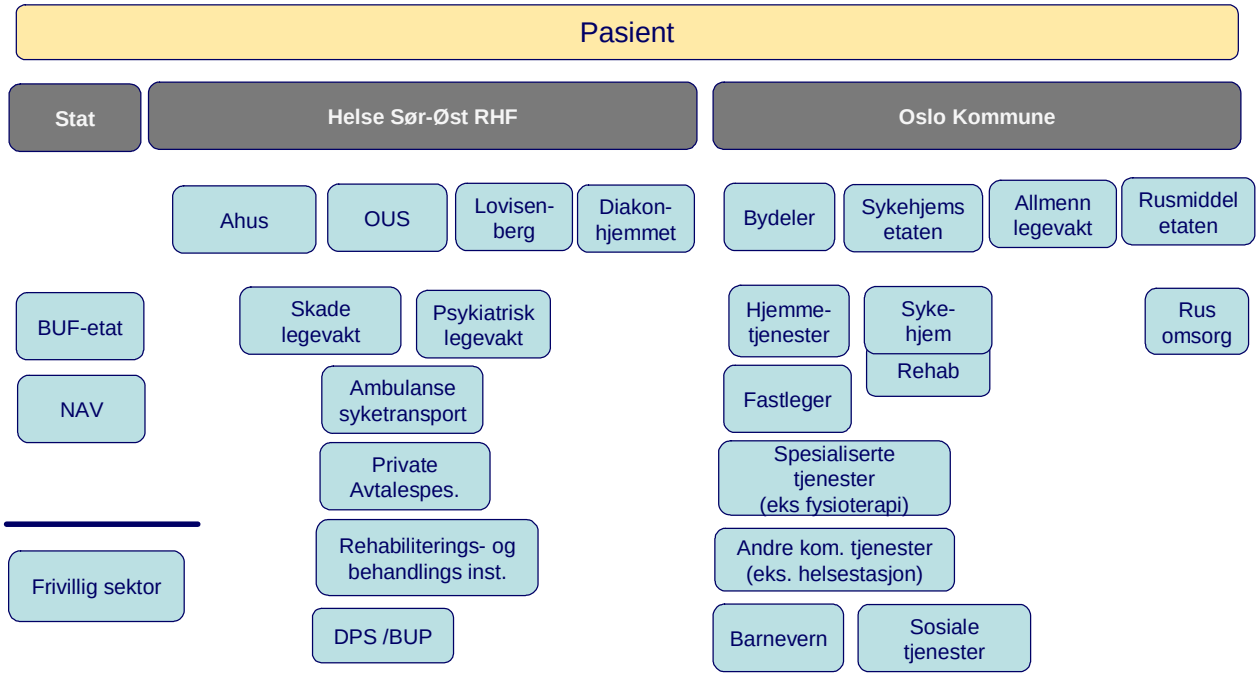
Effekten av samhandling vil være avhengig av hvordan disse elementene virker som en helhet. Den måten ett av elementene fungerer kan lett motvirke effekten av et annet, og motsatt er de skrudd sammen som et vel gjennomtenkt hele, forsterker de helhetsvirkningen. Dette kan illustreres med noen enkle eksempler. Dersom avtaler gå langt ned i detaljer i å beskrive møteplasser og atferdsmønster i samhandling, kan det avgrense rommet for utvikling og endring. Dersom det er svært gode møtearenaer mellom kommune og sykehus, men aktører som fastleger, avtalespesialister og ikke minst brukerne ikke er representert her, begrenser det effekten av disse møtene. Dersom det i intensjonen er gode ordninger for gjensidig kompetansebygging, men denne ikke lar seg støtte av moderne kommunikasjonsteknologi, begrenser det potensialet som kunne kommet ut av slike ordninger.

Hovedelementene er beskrevet relativt utfyllende nedenfor. For elementene 1-6 er dagens situasjon beskrevet først for deretter å følges av en anbefaling om fremtidig løsning for best mulig samhandlingsmodell. Nedenfor presenteres et bilde som viser de elementene som til sammen inngår i forslaget til Modell for samhandling mellom OUS og Oslo Kommune.



e. Aktører

Foruten pasienten selv med sitt nærmeste private nettverk består samhandlingen først og fremst av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Sykehusene utgjør størstedelen av den første. I kommunehelsetjenesten er det grunn til å omtale fastlegene spesielt. I modellen for samhandling er det viktig å beskrive hvilke hver av de sentrale aktørene med tanke på hvilke interesser, behov og forventninger de har når det gjelder samhandlingen.



1

i. Pasienten

Alle innbyggere i Oslo er på et eller annet tidspunkt brukere av byens helsetjenester. Mange er det sporadisk, noen er det i store deler av livet, og mange er det i lange sammenhengende deler av livet. For å forstå pasienten og brukerens interesser når det gjelder god samhandling, må vi både ha en forståelse av hva som kjennetegner Oslo pasientene som gruppe, og hva som kjennetegner interessene til det enkelte individ.

Oslos pasientgrunnlag er omtalt i en rekke sammenhenger og noe av utfordringsbildet kan oppsummeres slik:

- Forventet stor vekst i etterspørsel av helsetjenester innenfor en del store grupper lidelser (se vedlegg)
- Vesentlig økning i antallet eldre over 70 år
- Høyere andel med minoritetsbakgrunn enn landet for øvrig – også blant de som søker helsetjenester
- Høyt omfang av behov innen psykisk helse, rus og avhengighet
- Stor variasjon i befolkningssammensetning og behov mellom bydeler

Disse kjennetegnene og utviklingstrekkene gir en rekke utfordringer i forhold til samhandling, slik som:

- Et stort behov for å ha en felles forståelse av hvordan behovsbildet hele tiden utvikler seg og hvordan en i fellesskap møter dette.
- Evne til å tilpasse tjeneseter til ulike behov i ulike deler av byen
- Evne til å tilpasse omfang og type tjenester parallelt til endringer i behovsbildet.

Den enkelte pasient kan ha store variasjoner i de krav og forventninger en har til helsetjeneste. En kan likevel si noe generelt om pasientens behov som også får klare konsekvenser for måten vi må innrette samhandling mellom behandlingspartene på. Generelt sett kan disse kravene skisseres slik:

- Rom for medvirkning og personlig tilpasning
- Forutsigbarhet i forhold til hva som skjer og når
- Planmessighet i forhold til hvordan sannsynlig sykdomsforløp og risiko rundt dette blir møtt
- Trygghet og sikkerhet på tvers av de ulike behandlingsaktører
- Sammenheng og helhet i det som settes inn av ressurser i forhold til vurdering og behandling

I denne rapport er ”pasient” valgt som samlebetegnelse for pasient, bruker, klient, beboer, og andre lignende betegnelser. Pasientbetegnelsen er valgt idet denne henger godt sammen med begrepsbruk i pasientrettighetsloven.

ii. Spesialisthelsetjenesten

Sykehusene
Spesialisthelsetjenesten i Oslo har en del særtrekk som skiller den fra resten av landet. Disse trekkene kan oppsummeres slik:

- Den har en svært stor konsentrasjon av lands- og regionfunksjoner
- Den har sykehusdrift flere steder fordelt på fire foretak, der ett er uten sammenligning størst og to av dem er private, ideelle foretak.
- Det dreier seg om en kommune som er den eneste i landet som er delt mellom to sykehusområder
- Det er en funksjonsfordeling som gjør at en lang rekke sykehusspesialiteter som dekker Oslo, er samlet i Oslo universitetssykehus.
- Det er en stor konsentrasjon av avtalespesialister som i tillegg betjener større områder enn denne kommunen

Dette utgangspunktet gir en del utfordringer i forhold til utvikling av god samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste:

- Hvordan sikre seg at alle deler av byen faktisk får et likeverdig sykehustilbud?
- Hvordan sikre at alle deler av byen, i det minste innen Oslo sykehusområde, får effekten av en ensartet modell for samhandling?

Utfordringsbildet når det gjelder samhandling med- og mellom sykehus i Oslo, vil også preges av den modellen OUS velger for sin lokalsykehusfunksjon. Lokalsykehusets første rapport foreslår at OUS sin lokalsykehusfunksjon inngår i det vi kaller et storbysykehuskonsept. Det vil si et sykehus som alt i alt skal være rustet til å møte de helseutfordringer som spesielt Oslo vil møte i åra framover. Medisinsk sett er dette et sykehus med følgende innhold.

- Komplett akuttilbud: Gastrokirurgi, ortopedi, medisin, akutt rusbehandling og akutt psykiatri
- Elektiv kirurgi som utfyller akuttkirurgi
- Komplett indremedisintilbud: hjerte, gastro, lunge, nyre, geriatri, infeksjon, endokrinologi, hematologi
- Komplett tilbud innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling der virksomheten på disse områdene er samkjørt mot somatikken når pasientenes behov tilsier det.

- Generelt pasientansvar for sine bydeler pluss områdeoppgaver også for de private sykehusenes opptaksområder (akuttkirurgi, kvinne/barn/fødsler, evt enkelte mer spesialiserte områder innen medisin i tillegg til ansvaret for samarbeid med kommunen om legevakttilbud)
- Storbysykehuset vil dessuten på grunnlag av vedtaket om opprettelse av OUS i Helse Sør-Øst RH ha en koordinerende rolle innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen sitt sykehusområde.

Innenfor en god del medisinske funksjoner vil dette storbysykehuset dekke det lokalbaserte behovet for hele sitt opptaksområde. Det vil si ca 480.000 innbyggere i 2011, mens det vil ha ordinære lokalsykehusfunksjoner innen indremedisin og psykisk helsevern for 220.000 innbyggere.

I Lokalsykehusprosjektet er det i tidligere rapport brukt denne definisjonen av lokalbasert spesialisthelsetjeneste: Det er spesialisthelsetjeneste for vanlige, sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. I dette legger vi følgende forståelse av sentrale begrep:

- ”Vanlig” forstås som lidelser med stor utbredelse.
- ”Sammensatte” forstås som lidelser som kan ha flere symptomer, bestå av flere enkeltdiagnoser, et sammensatt årsaksbilde og/eller gi et komplekst bilde av hvilke funksjonsmessige konsekvenser de får for den de rammer.
- Med ”behov for nærhet” forstås at behandlingen bør gis i rimelig tilknytning til der pasienten befinner seg og sømløst i forhold til nivåer (basert på god samhandling)
- Med ”breddekompetanse” forstås at en tilfredsstillende diagnose, behandling og/eller oppfølging av pasienten krever et tverrfaglig team, eller i det minste en mulighet til å trekke på en flerfaglighet og flerprofesjonalitet som er samkjørt med utgangspunkt i pasienten.

Selv om denne definisjonen er innrettet mot pasienter med sammensatt lidelser, vil naturligvis også lokalsykehusfunksjonen dekke en lang rekke pasienter med bare en avgrenset lidelse/sykdom/diagnose. Men denne definisjonen fanger inn en kjerne i lokalsykehuset som er svært viktig i forhold til å forstå lokalsykehusets inngang i samhandling med kommunehelsetjenesten i Oslo.

Ser en på sykehusenes interesser og rolle forstått inn mot samhandling, er dette viktige perspektiver å ha med seg:

- Spesialister på sykehus må brukes til det de er best til og de må behandle pasienten i rett tid
- Det en investerer i behandling på sykehus må tas vare på og få ytterligere effekt i kommunehelsetjenesten
- Spesialister på sykehus må ha mulighet for å spre kunnskap om sykdom og behandlingsmåter til kommunehelsetjenesten
- Sykehusene må få en rolle der behandlingsforløpene bidrar til en fornuftig samlet bruk av totalressursene i helsetjenesten
- Lokalsykehusene må sikre kommunehelsetjenesten en riktig tilgang til mer høyspesialisert sykehuskompetanse

Avtalespesialister

Disse utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten i Oslo, men de som er stasjonert i Oslo, benyttes også i stor grad av pasienter fra nabokommuner og andre deler av regionen. I Oslo er det er i dag 154 psykologer med avtale, 90 psykiatere og 136 andre legespesialister. Dette utgjør ca 30% av alle avtalespesialister i Helse Sør-Øst. Pasientene til disse spesialistene

henvises i stor grad rett fra fastlege. Prosessen mellom disse utgjør derfor en viktig del av samhandlingsprosessene og påvirker totalbildet i hva som er god ressursutnyttelse. I forbindelse med denne samhandlingen er det minst to utfordringer:

- Det er liten grad av koordinering mellom utvikling og bruk av kapasitet og kompetanse blant avtalespesialister i Oslo og i tilsvarende kompetanse i sykehusene.
- Avtalespesialistene er knapt representert på noen samhandlingsarena.

iii. Kommunehelsetjenesten i Oslo

Oslo kommune har sammenlignet med de fleste av øvrige kommuner i landet en del organisatoriske særtrekk som også påvirker den måten primærhelsetjenesten ivaretas på: På et politisk plan handler dette for det første om at en har et parlamentarisk system med en byregjering, Byrådet, som utgår fra byparlamentet, bystyret. For det andre har en to politiske og forvaltningsmessige nivåer med kommunenivå og bydeler, også med direkte politisk valgt lederskap. Byrådet har en egen byråd med helse som et av de sentrale ansvarsfeltene (Byråd for eldre og sosial tjenester), men samtidig ligger ansvaret for det praktiske tilbudet mot befolkningen hos bydelene.

Oppgavefordelingen i primærhelsetjenesten i Oslo kan oppsummeres slik:

- Politiske føringer på kommunenivå gis av Byrådsavdelingen
- Byomfattende koordinering av forebyggende arbeid, virkemiddelutvikling samt rådgivning overfor bydeler i enkeltsaker og mer generelle problemstillinger er lagt til en egen etat, Helse- og velferdsetaten.
- Drift og utvikling av sykehjemstjenester, samt innkjøp av slike tjenester, er for hele kommunen samlet i Sykehjemsetaten. Bydelene må dekke sine behov for sykehjemsplasser ved kjøp fra denne etaten. Sykehjemslegene og helsefagfolk innen sykehjemmene ligger inn under denne etaten.
- Drift og utvikling av rehabiliterings- og omsorgstilbud for rusmiddelmisbrukere er samlet i Rusmiddeletaten. Også her er det slik at bydelene skal dekke behovet i sin bydel og må kjøpe tjenester hos etaten for dekke dette behovet.
- Bydelens ledelse har ansvaret for å dekke behovet for primærhelsetjeneste (utenom legevakt) for befolkningen i sin bydel. Dette er organisert i form av et bestillerkontor som anskaffer og koordinere tjenester i forhold til den enkelte pasient. For å gjøre det trekker de på de to etatene som er nevnt over når det gjelder sykehjem og rusomsorg og når det gjelder andre behov brukes enten tjenester som produseres av bydelen selv eller kjøpes av private leverandører. Bydelene har også et overgripende ansvar for fastlegevirksomheten i sin bydel.
- Oslo kommunale legevakt er i tillegg en egen etat. Den er et supplement til fastlegene i forhold til å tilby akutte legetjenester. Det er en samlokalisering mellom allmennlegevakten og framskutte akuttilbud fra sykehushuset.

(Om organisering av kommunen og kommunehelsetjenesten, se for øvrig eget vedlegg)

Ser en på kommunehelsetjenesten sine interesser og rolle forstått inn mot samhandling, er dette viktige perspektiver å ha med seg:

- En forventes å levere det aller meste av de helsetjenester innbyggerne i eget område trenger.
- En må levere helsetilbud der nærhet til pasienten blir en styrke
- En forventes å gi befolkningen i eget område et helsetilbud som møter spekteret i behov fra forebyggende til akutt
- En ønsker å ha trygghet for at eget helsetilbud er tilfredsstillende supplert av mer spesialisert tilbud
- En forventes å ta vare på eller evt bedre pasientens helsetilstand og mestringsevne etter behandling på sykehus

- Sikre tilgjengelig spesialiserte kunnskapsressurser som støtte for og utvikling av egen kunnskap.

Sammenlignet med store deler av landet vil Oslos innbyggere ikke bare ha kommunehelsetjenesten lokalisert nært seg, men også de fleste sykehustjenester relativt nært. I forhold til god arbeidsdeling og samhandling gir dette både noen utfordringer og noen muligheter.

Fastlegene
Fastlegene er grunnpilaren i primærhelsetjenesten, og utgjør sammen med leger i sykehjem og på legevakt, hoveddelen av Oslo kommunes legetjeneste. Hovedandelen av fastlegene arbeider som selvstendige næringsdrivende og har sine individuelle avtaler med bydelene. De individuelle avtalene er basert på rammeavtalen for fastleger i Oslo og statsavtalen. Bydelene skal følge opp at fastlegene oppfyller forpliktelsene i avtalene. Fastlegene har ansvar for sine listepasienter. Avtalene inkluderer inntil 7,5 t/uke offentlig allmennmedisinsk arbeid, samt deltagelse i kommunal legevakt. Allmennlegene har sitt samarbeidsforum i form av Allmennlegeutvalg organisert bydelsvis. I tillegg er det bydelsvise samarbeidsutvalg mellom bydelene og fastlegene. Det er også et samarbeidsutvalg for legevakten. Bydelene har ansvar for at fastlegenes rolle og delaktighet blir ivaretatt i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen er personlig ansvarlig for medisinsk behandling av pasientene på egen liste. Sykehus og andre samarbeidspartnere kan finne en navngitt fastlege for hver enkelt pasient, selv om en del personer i Oslo står utenfor fastlegeordningen.

Fastlegen representerer et lavterskeltilbud i helsetjenesten. 40 % av konsultasjonene i allmennpraksis er ”time samme dag”, dette på tross av at fastlegekontorene av og til kan være lite tilgjengelige pr telefon. Fastlegene representerer kontinuitet for pasienter, særlig dem med kronisk sykdom som har behov for tjenester over tid. Fastlegen skal ha oversikt over pasientens sykehistorie og medisinliste. Dette forutsetter at fastlegen til enhver tid er informert om pasientens bevegelser og frammøter i helsetjenesten.

Fastlegenes samarbeidsflate:
<u>I egen bydel</u>
Fastlegen samarbeider med søknadskontor, hjemmetjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern og sosialtjeneste i egen bydel. Omfanget av samarbeid med hver enkelt instans varierer alt etter hvilke personer fastlegen har på sin liste. Samarbeidet foregår skriftlig, pr telefon og fax, og ved møter (samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter)
Fastlegens møteplass i egen bydel er:

- Allmennlegeutvalget (med møteplikt)
- Tillitsvalgte møter bydelen i samarbeidsutvalget.
- I tillegg har Oslo kommune et sentralt partsammensatt samarbeidsutvalg.

<u>Med andre bydeler og kommuner</u>
Tilknytning til fastlege er basert på pasientens valg, og følger ikke geografiske grenser. Fastlegene må derfor ofte samarbeide med tjenester i andre bydeler og kommuner enn der fastlegekontoret er plassert.

<u>Med sykehus</u>
Samarbeid med sykehus skjer

- Ved henvisning til poliklinikk
- Ved akutt og elektiv innleggelser av pasienter
- Ved telefonisk kontakt/rådslagning i medisinske spørsmål
- Ved bestilling av tjenester, f. eks rtg, pr telefon

- Ved tilbakemeldinger fra poliklinikk, både ved at pasienten tilbakeføres til behandling hos fastlege, men også der hvor poliklinikken skal følge opp pasienten videre.
- Ved utskrivelse av innlagte pasienter
- I kurs og møter

Fastlegene må samarbeide med de sykehus pasientene på listen sogner til. De fleste fastleger i Oslo må samarbeide med Lovisenberg, Diakonhjemmet og AHUS i tillegg til sykehusene innen Oslo universitetssykehus.

Med private spesialister, med og uten avtale
Fastlegene har et omfattende samarbeid med private spesialister i Oslo. Det er henvisningsplikt til avtalespesialistene.

iv. Statlige etater

Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har samarbeid med ulike statlige etater, grad av samhandling vil variere ut fra pasient/ brukergruppe. En viktig etat er NAV som er særlig aktuell for pasienter med langvarige, til dels kroniske lidelser. Samspillet med NAV omfatter flere områder slik som refusjon av utgifter, oppfølging av sykemeldte, arbeidstrening og sosialhjelp. Pasientens kontaktflate med NAV kan skje både via spesialisthelsetjenesten og via kommunehelsetjenesten. Men den som i de fleste tilfeller koordinerer denne samhandlingen foruten pasienten selv, er fastlegen.

v. Frivillig sektor

Aktivisering er ofte en av nøklene til suksess for pasienter spesielt innen psykisk helse, rus og avhengighet. I den forbindelse blir frivillig organisasjoner som kan bidra til aktivisering viktige å trekke inn både i kommunehelsetjeneste og .

f. Avtaleverk

For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenester. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene et sentralt verktøy (St.meld.nr.47, s.77)

i. Overordnet Avtaleverk Helse Sør-øst

Helse Sør-Øst RHF og KS har nå i fellesskap utarbeidet forslag til en regional samhandlingsavtale. Fra tidligere (17.11.08) har Helse Sør-Øst RHF inngått en overordnet avtale om samhandling med Oslo kommune. Begge avtalene bygger på intensjonene i den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet, som ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS) i 2007.

I avtalen sies det blant annet at det er viktig at kommunene og de regionale helseforetakene/helseforetakene etablerer nødvendige arenaer og prosesser for samhandling. ”Slike arenaer og prosesser må baseres på likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse. For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, er det avgjørende at begge parter deltar i samarbeidet også etter at pasienten er henholdsvis inn- og utskrevet.”

Avtalen mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune er en overordnet ramme for, og forankringen av avtaler mellom Oslo kommune sentralt og sykehusene i Oslo, samt for de lokale avtaler mellom sykehusene og virksomhetene. Målet for avtalen er at man sammen skal bidra til:

- Effektive og kvalitative gode pasientforløp hvor nødvendige tiltak ytes til riktig tid og på rett sted.
- Best mulig ressursutnyttelse
- Gode modeller for samhandling
- Arenaer for erfaringsutveksling
- Velfungerende kompetanseutviklingsmodeller

Ut over å være en ramme- og intensjonsavtale, omfatter det praktiske innholdet i avtalen primært prosesser for å sikre læring og utvikling når det gjelder samhandling.

ii. Avtaleverk mellom 1. og 2. linjetjenesten i Oslo

De samarbeidsavtalene som skal foreligge skal være preget av et likeverdig samarbeid og strukturert og målrettet kommunikasjon. Pasientenes behov skal være styrende for samhandlingen.

Samarbeidsavtalene mellom kommune og helseforetak skal til sammen:

- Stadfeste felles overordnede mål for samhandlingen
- På et prinsipielt grunnlag si noe om ansvarsdelingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste
- Fastslå hvilke faste samarbeidsfora samhandlingen skal virke gjennom både på systemnivå og pasientnivå
- Fastslå hva som skal foreligge av sentrale rutiner for samhandling rundt den enkelte pasient og prosessen rundt hvordan disse skal fastsettes
- Angi hvordan en ambisjon om å involvere hverandre i hverandres planprosesser på relevante områder skal ivaretas.
- Gi føringer for hvordan samhandlingen kontinuerlig skal utvikles og forbedres.
- Gi føringer for hvordan en etablerer virksomheter som krever et tett faglig og driftsmessig samarbeid med hverandre

Fastslå hva slags prosedyrer som skal følges ved evt avvik i forhold til felles prosedyrer og ved konflikt i samhandling.

Avtalene er for øvrig egnet til å bidra til avklaring av sentrale begreper tilknytning til samhandling.

De lokale samarbeidsavtalene beskriver organiseringen av samarbeidet og tydeliggjør hvilke områder/oppgaver som skal drøftes og behandles. Avtalene beskriver eksisterende møtearenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samarbeidsfora må etableres både på styrings- og tjenestenivå. På tjenestenivå må det være tydelige systemer for hvordan vi kommuniserer og utveksler informasjon. Dersom avtalene skal fungere, må det være enighet om at utgangspunktet for avtalene må være å finne løsninger med et klart brukerfokus. Brukermedvirkningen må dermed beskrives på alle nivå. Effekten av avtalene må være at pasienter/brukere og pårørende skal oppleve en enhetlig behandlingskjede preget av likeverdighet og respekt.

iii. Anbefalt ny avtalestruktur

Det er behov for en formell samarbeidsavtale med Oslo kommune og oslosykehusene i fellesskap som gir en ramme for samkjørt modell for samhandling mellom disse sykehusene og kommunehelsetjenesten. Med utgangspunkt i denne inngår dernest OUS samarbeidsavtaler med hver enkelt bydel i sitt ansvarsområde som lokalsykehus.

Samarbeidet rundt en overordnet rammeavtale må legge grunnlaget for en ensartet avtale mellom bydelene i Oslo, Lovisenberg, Diakonhjemmet, Ahus og Oslo universitetssykehus. Det bør også inngås en avtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus spesielt i forhold til områdefunksjoner. Samarbeidsavtalene skal beskrive hvordan samarbeidsmøter er sammensatt, hvilket ansvar, myndighet og oppgaver som tillegges disse ulike fora.

Det bør vurderes om dagens samarbeidsavtaler vedr. Somatikk, rus, psykiatri og psykisk helse barn og unge mellom Oslo universitetssykehus, Aker og Follokommunene bør bestå uendret ut 2010. Enkelte av samarbeidsavtalene som omhandler spesifikke fagområder, eks. smittevern, intermediærenheter og IKT bør kunne beholdes i nåværende form, men utvides til å gjelde Oslo universitetssykehus (noen omfatter i dag bare Aker, andre bare Ullevål)

Tema	**Avtaleparter**	**Beskrivelse**	**Evt. basert på eksisterende**
Avtale om Modell for samhandling om somatisk helsearbeid, psykisk helsevern og rusbehandling mellom Oslo kommune og helseforetakene som betjener Oslo (felles avtale)	Oslo universitetssykehus, Ahus, Lovisenberg DS og Diakonhjemmet DS og Oslo kommune.	Avtalen skal klargjøre anvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og fastsette retningslinjer for samarbeid. Den skal sikre at helhets-tenkning preger pasient-forløpene. Brukermedvirkning skal prege organisering av tjenestene. Avtalen skal gi en ramme for bydelsvise avtaler	Det må utarbeides ny felles avtale som dekker hele feltet somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.
Egen avtale om samhandling i tilknytning til områdefunksjoner i Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus og Oslo Kommune	Avtalen skal angi rammene for likeverdig tilgang til og samhandling rundt de område-funksjoner som OUS dekker innenfor Oslo Kommune	Det eksisterer ingen avtale som dekker dette i dag
Lokal samarbeidsavtale om somatisk helsearbeid, psykisk helsearbeid og rus mellom Oslo universitetssykehus og de bydelene en har i eget lokalsykehusområde	Oslo universitetssykehus og bydelene Sagene, Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand	Avtalen skal sikre likeverdig samarbeid og strukturert, god kommunikasjon mellom byde-lene og helseforetak. Målset-tingen er fastlegge det organi-storiske samarbeidet og tyde-liggjøre ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.	Det må utarbeides ny felles lokal avtale for somatikk, rus og psykiatri. Avtalen kan ta utgangspunkt i dagens avtaler.

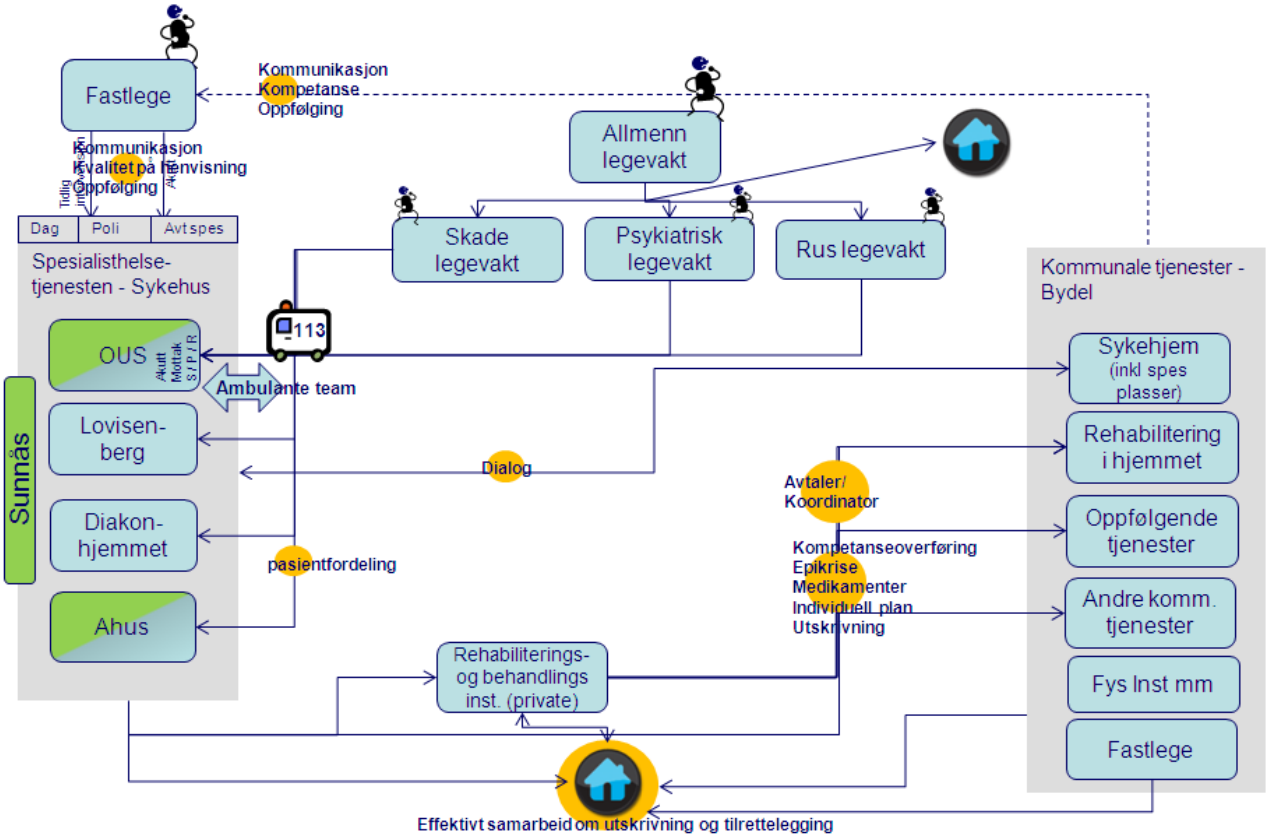
Nærmere om avtalens innhold om vanskelige saker, tvistemål og lignende.
Som hovedregel er partene forpliktet til å løse uenighet så nært pasienten/brukeren som mulig. Evne til å kunne håndtere uenighet påvirkes i stor grad av om en generelt har samhandlingsprosesser som har bygd tillit mellom partene.

Eventuell uenighet knyttet til enkeltsituasjoner og enkeltpasienter løftes til høyere ledernivåer innenfor hver av partene. Dersom uenigheten er av mer prinsipiell og generell karakter drøftes den i samarbeidsutvalg 1. Viser det seg at uenigheten reiser spørsmål i tilknytning til selve Modellen for samhandling, løftes den inn i samarbeidsutvalget mellom sykehusene og kommunen sentralt.

Ved uenighet i prinsipielle enkeltsaker mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune sender de aktuelle parter en uenighetsprotokoll til administrativt samarbeidsutvalg for drøfting og anbefaling av løsning. Se egen rutine dersom det er fare for at Helseforetaket ikke kan overholde plikten om øyeblikkelig hjelp pga. overbelegg.

g. Samhandlingsprosessene

Nedenfor er pasientstrømmene mellom de viktigste aktørene tegnet inn. Forenklet er kommunehelsetjenester til høyre og spesialisthelsetjenesten til venstre. I midtfeltet finner en institusjoner som befinner seg i pasientstrømmen mellom de to. De gule feltene uttrykker at det er her de største utfordringene i forhold til å få til en god samhandling kommer til syne. De ligger alle i knutepunktene mellom de ansvarlige aktørene. Det er i seg selv interessant. Men samtidig er det også helt klart at den måten en ordner seg innen den ene eller andre part, innen sykehusene og spesialisthelsetjenesten og innen kommunehelsetjenesten, har stor betydning for evnen til å løse knutene mellom de to aktørgruppene. Disse erkjennelsene er viktig når vi beskriver sentrale krav til selve samhandlingsprosessene som del av Modell for samhandling.



Ved beskrivelse av selve samhandlingsprosessene tar vi utgangspunkt i formulering av noen overordnede mål for disse prosessene, dernest noen strategisk viktige prinsipper for prosessene og til slutt peke på viktige forbedringsområder i forhold til mål og prinsipper på tvers av de prosessretningene.

Følgende foreslås som felles overordnet må for samhandlingsprosessene: Pasientene må sikres nødvendig helsehjelp på et tidspunkt og i en form som gir best helsegevinst. Under dette overordnede målet velger vi å todele behandlingen. Vi behandler for det første prosessene inn mot sykehuset og dernest prosessene ut av sykehuset. Under hvert av dem formuleres mål og prinsipper. Vi har konsentrert oss om å formulere prinsipper for de

områdene som har de største effektene i forhold til gode pasientprosesser mellom nivåene i helsevesenet i Oslo.

Pasientforløpene som involverer primærhelsetjeneste og sykehus er gjerne delt i akutte og elektive forløp. En utfordring ligger i at for store grupper lokalsykehuspasienter er ikke dette et klart skille. Mange pasienter går over i et akutt forløp fordi den planmessige samhandlingen rundt sykdomstilstanden deres ikke er tilfredsstillende. En slik erkjennelse preger flere av de prinsippene vi har formulert. Forsker Anders Grimsmo ved NTNU sier det slik: ”Den akuttmedisinske kjeden fungerer tilsynelatende effektivt og har hatt suksess. Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er derfor i stor grad blitt bygd opp omkring denne kjeden. Problemet er at pga. denne suksessen blir denne kjeden også brukt til pasienter som ikke har de samme behovene som akutt alvorlig syke.”

i. Samhandlingsprosesser inn mot sykehus

For disse prosessene formuleres følgende forslag til mål: Samhandling har som formål å unngå at folk må legges inn unødig eller sikre god prosess forut for innleggelse. Inn under dette målet foreslås disse prinsippene for samhandlingsprosessene.

1. Sykehuset må sørge for at fastlegene har enkel og hensiktsmessig oversikt over sykehusets organisering og hva slags kompetanse som er å finne hvor.

God samhandling forutsetter at fagfolk i ulike deler av systemet har god kjennskap til hverandre innenfor relevante områder. Dette er ikke minst viktig når det gjelder fastlegenes kjennskap til de aktuelle sykehusene. Fastlegen må til en viss grad forstå sykehuset organisering, kompetansefordeling og arbeidsprosesser. Dette er en forutsetning både for å vite hvor en skal henvende seg med spørsmål, og hvordan en kan bruke sykehusets ressurser best mulig i forhold til henvisninger.

2. All samhandling skal bygge på planmessig tidligintervensjon i alle tilfeller der det er mulig

I forhold til en lang rekke pasienter og lidelser ligger det en stor helsegevinst i å intervenere tidlig og planmessig. Det gjelder mange av de tilfellene der en alvorlig tilstand med akutt sykehusinnleggelse egentlig ikke kommer helt uforutsigbart. Dersom en skal tilrettelegge for planmessig tidligintervensjon for disse gruppene, stiller det krav til arbeidsmåte innad i kommunehelsetjenesten (samspill mellom omsorgstjenester og fastlege) og i sykehus (fleksibelt rom for konsultasjon mellom fagfolk, og tid for poliklinikk og dagbehandling).

3. Likeartede og gjentatte prosesser i samhandling rundt pasienter må dokumenteres og standardiseres og det må sikres at standardiseringen skjer på samsvarende måte hos begge parter.

Dette er en tilnærming som nå er vanlig som del av kvalitetssystemet for behandlingsprosesser inne i sykehuset. Minst like viktig er det å få slik kvalitetssikring på plass i tilknytning til samhandlingsprosesser. Som grunnlag for dette bør en i samarbeid etablere gjennomgående anbefalte behandlingslinjer for store pasientgrupper som beveger seg mellom lokalsykehus og kommunehelsetjeneste.

4. Fastlegen og andre behandlere i kommunen må ha tilgang på faglig rådgivning på sykehus

Det er ikke nok at behandlere i kommunehelsetjenesten har kjennskap til hvor en finner relevant kompetanse, dersom den i praksis oppfattes som vanskelig tilgjengelig. En viss personlig kjennskap til hverandre viser seg å være et godt utgangspunkt. Det etableres gjerne gjennom møter, kurs e.l. Dernest vil måter som tilrettelegger for en ryddig kontakt på epost eller telefon kunne gi god effekt med liten investering. Dette må det legges praktisk rette for på sykehuset.

5. Fastlegen skal kunne forvente rask tilgang på polikliniske tjenester fra sykehuset der en anser det som riktig

Tilgang på polikliniske tjenester på sykehuset kan være en flaskehals i forhold til hensiktsmessig bruk av sykehusets kapasitet og kompetanse sett fra pasientens og fastlegens ståsted. I verste fall blir pasienten innlagt akutt for å få tilgang til poliklinisk konsultasjon. Generelt kort tid til mulig poliklinikktime, enkel kopling mellom poliklinikktider ved flere ulike sykehusspesialiteter og mulighet for en form for halvakutte poliklinikktimer, er mulige svar på dette prinsippet.

6. Fastlegen kunne ha en effektiv måte å bestille laboratorie - og røntgentjenester på.

Dette er en annen måte å lette terskelen for tilgang til sykehusressurser sett fra fastlegens side.

7. Faslegen må involveres ved innlegging av pasient på sykehus via AMK eller legevakt.

Dette prinsippet har en dobbelt side. For det første sitter fastlegen i mange tilfeller på verdifull informasjon om pasientens sykdomsbilde eller tidligere sykdommer, som er viktig informasjon for helhetlig behandling av pasienten. For det andre vil fastlegen som medisinsk ansvarlig behandler etter utskriving fra sykehus, ha stor nytte av tidlig å få kjennskap til akuttilstander og sykehusinnleggelse som gjelder egne pasienter.

8. Det anbefales et tett og institusjonalisert samarbeid mellom fastlegene og bestillerenhet i hver bydel

Dette handler om et krav rettet mot forhold innad i kommunehelsetjenesten, men det har vesentlig betydning for pasientstrømmer også mot sykehus. Siden det ikke følger penger med tilrådinger fra fastlegen, er det vanskelig å gi fastlegen instruksjonsrett overfor bestiller- eller utførerenhet. I verste fall legges pasienter inn på sykehus for å få satt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester på dagsorden. Men mye kan vinnes ved at en legger til rette for jevn og god kontakt

9. Sykehuset skal ha rutiner for å yte faglig bistand til sykehjemslege.

Sykehjemspasienter er i stor grad også potensielle sykehuspasienter. I forhold til å sikre disse pasientene riktig behandling i tide, blir dermed sykehjemslegene viktig. For å fylle rollen hensiktsmessig, vil tilgang til konsulent fra relevante spesialister på sykehus være viktig. Det samme vil være bidrag til jevnlig faglig oppdatering fra sykehuset.

10. Det anbefales en ordninger med økt tilgjengelighet på fastlegenes tjenester i hver bydel.

Dette er også formulert som en anbefaling som går inn i kommunehelsetjenesten. Det er viktig for å gi rammer for at bydelshelsetjenesten skal eie en større del av pasienttilstander som i utgangspunktet ikke er mer akutte eller alvorlige enn at de kan vurderes og behandles av fastlege eller lokalt legesenter. Det vil bidra til at færre pasienter enn i dag søker til legevakt, ambulansetjeneste og/eller sykehus.

11. Det gis utvidet tilbud om bruk av ambulante team fra sykehusets side på egnede områder.

Hensikten er å bedre kvalitet på behandling ved å flytte ustyr og/eller personale i stedet for pasient. Konsultasjonen vil foregå der pasienten bor eller ved kommunal institusjon. Ambulant virksomhet fra sykehuset kan enten foregå ved ren ekspertbistand, eks i tilknytning til bruk av mobilt røntgen, eller ekspertkonsultasjon som har til hensikt samtidig å bygge kompetanse hos de en bistår, eks ved intravenøs antibiotikabehandling på sykehjem. Det kan være aktuelt å bruke flere ulike spesialister fra ulike fag, profesjoner og klinikker i forbindelse med utvikling av ambulant virksomhet.

12. Sykehuset skal gi tydelige kvalitetskrav til innhold i henvisninger

Kvaliteten på henvisninger både i psykiatri og somatikk har stor betydning for om pasienten raskt får rett behandling på sykehus, det gjelder både innen somatikk og psykisk helsevern.

For å møte dette må kravene til henvisninger være tydelig og godt kommunisert innen alle fagområder.

13. Det skal forventes god koordinering i forhold til pasientbehov både innad på sykehus og innad i kommunehelsetjenesten

Flere punkt handler om koordinering av pasientens behov for tjenester både innad på sykehus og innad i kommunehelsetjenesten. Dette er såpass viktig at vi velger å uttrykke det også som et generelt prinsipp. Dersom det ikke er god koordinering innen hvert av nivåene, kan resultatet bli at en belaster det andre systemet unødvendig som en kompensasjon for at koordinering i egne rekker er mangelfull.

14. Samhandling knyttet til innvirkning på prioriteringer når det gjelder avtalespesialister.
    a. Sykehuset må ha innflytelse på avtalespesialistenes prioriteringer

Avtalespesialistene er en viktig del av det totale spesialisttilbudet i Oslo. Dette er imidlertid ikke et punkt som legger opp til at avtalespesialistene skal underlegges sykehuset. Det bør åpnes for en dialog mellom spesialister og avdeling på sykehuset og avtalespesialister i et sykehusområde med tanke på hva slags pasientprioritering en legger opp til. Dette bør gi en god felles forståelse for hva som i praksis vil si lik tilgang på nødvendig helsehjelp.

    b. Sykehus og kommunehelsetjeneste må sikres innflytelse på fordeling av hjemler til ulike grupper av spesialister utenfor sykehuset.

Siden totaltilbudet innen en spesialitet i et område er summen av avtalespesialister og sykehusspesialister, bør sykehuset involveres i Helse Sør-Øst sin fordeling av stillinger til ulike spesialiteter. Dette sikrer rom for å tilpasse totaltilbudet innen en spesialitet til den etterspørsel eller det behovet som er for en bistand fra dette området.

ii. Samhandlingsprosesser ut av sykehus

For disse prosessene formuleres disse forslagene til mål: Samhandling har til formål å sikre god samlet effekt av behandling og funksjonsgjenvinning i forlengelse av sykehusopphold. Inn under dette målet foreslås disse prinsippene for samhandlingsprosessene:

1. Utforming av epikrise og individuell plan må skje slik at disse faktisk blir nyttige verktøy for videre behandling i primærtjenesten

Dette er viktige verktøy for å sikre kontinuitet i behandlingen mellom nivåer. Det stiller krav til at de foreligger i tide og med et innhold som er meningsfullt i forhold til formålet.

2. Sykehuset må sikres god oversikt over kommunehelsetjenesten og hvordan alle aktører her kan nås så enkelt som mulig.

På samme måte som fastlegen må sikres innsikt i sykehusets organisasjon og prosesser, er det viktig for gode samhandlingsprosesser at sykehusets fagfolk og ledere har god kjennskap til kommunehelsetjenestens organisering, beslutningsprosesser og kompetanse.

3. Det skal være praksiskoordinator og praksiskonsulenter med tilknytning til sykehuset

Gjensidig involvering mellom fastleger og sykehusleger burde støttes gjennom institamenter, rutiner og holdninger og på den måten stå på egne bein. I praksis er det en stund før vi er der, og på veien dit har det vist seg hensiktsmessig at noen får et særskilt ansvar for å bruke tid på å fremme koordinering på tvers av nivåene. Ordningen med praksiskoordinator og praksiskonsulenter bør derfor bygges videre innen OUS. (viktig rolle ved prosesser både ut og inn av sykehus. Se vedlegg for mer detaljert forslag).

4. Sykehus og fastlegene må ha felles eierskap til rutiner rundt oppfølgingskontroller og det må sikres at kompetanse og kapasitet de to stedene i den sammenheng blir utnyttet hensiktsmessig.

Oppfølgingskontroller etter sykehusbehandling må foregå på et faglig tilfredsstillende nivå. Dette betyr ikke at det mål foregå på sykehuset. For pasienten vil det over tid være viktige at

fastelege har god kjennskap til vurdering og behandling og ikke minst kan kople dette mot tilrettelegging for rehabilitering, tilbakeføring til arbeid, forebygging av tilbakefall osv.

5. Sykehuset må tilrettelegge for faglig god oppfølging av pasienter også fra annet helsepersonale til kommunehelsetjenesten (hjemmesykepleie, jordmor, fysioterapøyt m.fl.)

Oppfølging av pasienter som kommer fra sykehus til lokal- og hjemmebaserte tjenester i bydelen er viktig med sikte på å gjenvinne full funksjonalitet og unngå problemer i kjølvannet av et sykehusopphold. Her spiller god samhandling mellom andre grupper av helsepersonell enn leger en viktig rolle.

6. Ambulante team gis som tilbud for å bedre overgangene fra sykehus til eget hjem eller institusjon i kommunen.

For pasienter med sammensatte lidelser, vil det gi og behandlingseffekt og redusere faren for reinnleggelse dersom ambulant fagressurs følger opp pasienten på vei ut av sykehuset. Dette er særlig aktuelt ved behov for oppfølging knyttet til kliniske prosedyrer, eks hjemmerespirator og smertelindring. Ambulant konsultasjon bør skje i samarbeid med helsepersonale fra kommunen for å sikre kompetanseoverføring.

7. Det må sikres jevnlig tilbakemelding fra spesialisthelsetjeneste (sykehus og avtalespesialister) ved langvarig behandling.

Behandling av lengre varighet i spesialisthelsetjenesten kan foregå uten at fastlegen får noen informasjon underveis. Det svekker fastlegens mulighet til å spille den rollen denne er tiltenkt overfor sine pasienter.

8. Sykehuset må involvere fastlege/sykehjemslege i beslutninger rundt behandling på sykehus når dette kan bidra til å gi et bedre resultat for totalbehandlingen.

Fastlegen/sykehjemslegen vil i en del tilfeller sitte med informasjon om pasienten og som kan ha betydning for sykehusets vurdering av pasienten. Involvering i viktige behandlingsmessige beslutninger kan dessuten føre til at fastlegen/sykehjemslegen blir bedre i stand til å overta ansvaret for pasienten igjen ved utskriving.

9. Sykehuset skal bistå faglig i etablering og drift av spesialisert korttidssykehjem, kommunal lærings og mestringsvirksomhet osv.

For en del pasientgrupper kan overgangen fra sykehus til hjem være stor. En god total behandlingsprosess kan tilsi framvekst av flere tilbud i sjiktet halvannenlinjetjeneste. Disse vil som hovedregel driftes av kommunen, men vil være avhengig av et god faglig samarbeid fra sykehusets side ikke minst i en oppbyggingsfase. Dette samarbeidet bør blant annet knyttes opp mot utarbeidelse av opplegg for opplysning og opplæring overfor pasienter og pårørende.

10. Det tilrettelegges aktivt for erfaringsbasert læring på tvers av nivåene.

Gjensidig læring ved å kunne dele hverandres erfaringer og ”kikke hverandre i kortene” kan være en effektiv måte å drive kompetanseutveksling på. Eksempel på dette er ordninger som hospitering, ”skulder-til-skulrder” arbeid og delte stillinger. I tillegg til direkte kompetansehevning for de som deltar, bygger det viktige relasjoner og øker gjensidig evnen til å gi informasjon og konsultasjon som er nyttig for den andre parten. Slike ordninger må det bygges gjennom håndfaste strukturer og insitamenter, og disse rammebetingelsene på eies på høyt nivå i hver part (dvs hos ledelse i sykehjemsetat, bydelsdirektører og sykehusledelse).

11. Kommunikasjon rundt medisinering av pasienten må følge pasienten på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Medisinering er en viktig del av behandlingen for mange pasienter og gis evt av alle instanser i behandlingskjeden der pasienten møter en lege. Mange pasienter har

sammensatte lidelser og er inne i flere behandlingsforløp parallelt. For en god helhetlig behandling er det avgjørende med god informasjon og oppfølging av informasjon rundt den medisinering som er gitt av ulike instanser.

12. Det skal være rutiner som sørger for at nivåene i helsevesenet i Oslo samarbeider om overordnet planlegging av kapasitetsutvikling og kompetansesatsing.

For mange pasientgrupper vil samlet helsegevinst av et totalt behandlingsforløp avhengig av at behandlingskapasitet på et nivå henger sammen med den etterspørselen etter kapasitet dette skaper på et annet nivå. Lav kapasitet i fastlegesystement på ettermiddag/kveld øker etterspørsel etter legevakttjenester. For lav kapasitet i poliklinikksystemet øker tendensen til akutt innleggelse. For lav kapasitet i kommunale rehabiliterings- og omsorgstjenester kan øke faren for reinnleggelser osv. Tilsvarende kan mangel på sammenheng mellom kompetansesatsing på ett nivå i forhold til et annet føre til urasjonell ressursbruk. Kompetanse innen nye behandlingsmetoder på sykehuset kan ha begrenset totaleffekt dersom det ikke parallelt er bygd opp kompetanse for nødvendig oppfølging i kommunehelsetjenesten. For å ivareta slike sammenhenger blir det svært avgjørende å sikre både en kultur, arenaer og rutiner for gjensidig involvering i hverandres planleggingsprosesser. Det må gjelde både mer strategiske prosesser og årsplaner.

Oppsummert:

På tvers av prinsipper for gode samhandlingsprosesser ut og inn av sykehus har vi trukket ut ti områder som bør ha fokus. Disse er formulert med retning for arbeid med utvikling og forbedring:

1) **Involvere og informere fastlegene og andre behandlere i beslutninger og behandlingsprosesser på sykehus**
2) **Større tilgjengelighet og bedre rutiner for tilgang på konsultativ bistand og dagtjenester fra sykehus i.f.t. ulike faggrupper i primærhelsetjenesten**
3) **Flytte oppgaver til fastlege og andre fagfolk i primærtjenesten**
4) **Faglig bidrag til utvikling og vedlikehold av kommunale helsetilbud**
5) **God kjennskap til hverandres virksomheter – sykehus/ kommunehelsetjeneste**
6) **Egne roller med ansvar for å fremme god operativ koordinering på tvers av nivå**
7) **Aktiv involvering i hverandres planprosesser**
8) **Planmessig gjensidig kompetansebygging mot alle grupper helsepersonell**
9) **Tilrettelegging for økt bruk av elektronisk informasjonsutveksling**
10) **Samarbeid om utarbeidelse av standardiserte behandlingsforløp for store pasientgrupper og de mer krevende i tilknytning til god samhandling**

h. Kommunikasjonskanaler – på system og pasientnivå

Som mye annet innen samhandling handler dette om å få til en riktig balanse mellom skreddersøm og standardisering, og det må ivaretas på systemnivå mellom de sentrale aktørene og på individnivå i forbindelse med den enkelte pasient. Standardiseringen må sikres ved gode avtalemessige rammer (se tidligere), ved felles rutiner for hvordan, om hva og når en skal ha kontakt og utveksle informasjon. Beslutte hva som skal skje ved bruk av elektronisk basert informasjonsutveksling. Skreddersømmen må ivaretas i form av stor grad av åpenhet om hva der er rom for å ta opp på felles møteplasser mellom de ulike instansene og ved personlig tilpasset kontakt rundt den enkelte pasient.

Under samhandlingselementet i kommunikasjonskanaler behandles her primært hvilke møteplasser som bør være mellom sentrale aktører i forbindelse med samhandling, og kommunikasjon rundt den enkelte pasient. Kommunikasjon og samhandling handler også om andre kanaler, men det er disse to som bør har prioritet i forbindelse med videre arbeid med modell for samhandling.

i. Faste møteplasser og arenaer for samhandling

I forslagene som legges fram her, legges det vekt på at:

- Partene som møtes har et likeverdig ansvar for å ta opp reelle problemstillinger som er egnet til å utvikle samarbeidet videre
- Det etableres en logisk og ryddig arbeids- og rolledeling mellom partene som man er enige om.
- Det etableres nødvendig antall møtefora med tilstrekkelig antall møter til å dekke behovet for å ivareta utfordringene i de sentrale samarbeidsgrensesnittene.
- Det er de rette deltakerne som møter med tilstrekkelige fullmakter til å gjøre møtene beslutningsdyktige og handlekraftige

Det eksisterer i dag et samarbeidsutvalg mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Det består av minimum 2 representanter for ledelsen fra de to partene samt 2 brukerrepresentanter hvorav partene oppnevner en hver. Representantene oppnevnes for 2 år. Samarbeidsutvalget har en rådgivende rolle og rapporterer samlet direkte til den administrative ledelsen i hhv Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF. Partene etablerer i fellesskap et sekretariat for samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalget skal avholde minst to møter i året. Samarbeidsutvalget skal ha følgende hovedoppgaver:

- Være en idéskaper for nye samarbeidsformer og nye områder for samarbeid.
- Spre informasjon om og videreformidle de gode prosjekter og resultater som oppnås, særlig med tanke på implementering i de øvrige sykehusene og virksomhetene.
- Forslagsstiller til nye prosjekter og satsningsområder.
- Bidra til å etablere møteplasser og spre kompetanse
- Evaluere samhandlingen og komme med forslag til eventuelle forbedringer

I lys av det forslaget som her legges fram til samlet Modell for samhandling, bør en vurdere arbeids- og rollefordeling mellom dette utvalget og andre faste kontaktmøter som foreslås for Oslo universitetssykehus og de øvrige oslosykehusene.

Alle oslosykehusene har i dag en relativt lik struktur på sentrale samarbeidsfora mellom kommunehelsetjeneste og eget foretak. Erfaringene fra dette er det viktig å bygge videre på under denne delen av Modell for samhandling. Det foreslås at en fortsetter og tar vare på faste møter på disse to nivåene:

1) Mellom ledelsen ved sykehuset og ledelsen i bydelene OUS har et lokalsykehusansvar for
2) Mellom de mer operativt ansvarlige for samhandling i OUS og tilsvarende i bydelene.

Ut over denne grunnmodellen foreslås følgende justeringer:

a. <u>Fast møteforum på kommunenivå.</u>
Det bør etableres et fast møte mellom Oslo universitetssykehus og kommunens sentrale administrativ ledelse i byrådsavdelingen for helse og omsorg. OUS har et svært omfattende sett av områdeoppgaver som dekker det meste av Oslo kommune. Dette sammen med samarbeidet rundt legevakt, forskning, innovasjon og utdanning er en grunn til å institusjonalisere et møte på dette nivået.

b. Brukernes og fagfolks organisasjoner med
Brukere og ansattes organisasjoner er i dag ikke direkte involvert i faste samhandlingsfora. Dette anses som uheldig og bør endres som del av implementering av denne modellen. Både flere av brukerorganisasjonene og ansattes organisasjoner er organisert på fylkesnivå. Det vil da kunne være aktuelt å invitere dette nivået inn i samhandlingsfora på kommunalt nivå. Dette gir en basis for å involvere brukerne og fagfolkenes organisasjoner på tvers av skillet helseforetak – kommune. Det kan i seg selv være tjenelig for å fremme god samhandling. Involvering av fagfolkenes organisasjoner gir ikke minst en ramme for å få fastlegene representert i dette forumet. Formelt bør brukere og ansattes organisasjoner ha status som observatører i samhandlingsforaene. Hvordan deltakerne skal velges ut, må drøftes nærmere med organisasjonene og stadfestes i samarbeidsavtalene.

c. Evalueringsmøter med den enkelte bydel
Det bør være et fast årlig møte mellom sykehusledelsen og ledelsen i hver enkelt bydel. Dette ha som formål å evaluere den spesifikke samhandlingen mot denne bydelen og gir også rom for å få opp oversikt tema som bør opp i fellesfora og løse evt bilaterale uoverensstemmelser uten at flere enn de impliserte trekkes inn.

Dette resulterer dermed i forslag til følgende faste møteplasser:

Samarbeidsforum Oslo sykehusområde
Formål/arbeidsfelt:

- Involvere hverandre i vesentlige, relevante planer og prosjekter på kommunalt nivå og godkjenne strategisk handlingsplan for samhandling mellom helseforetaket og kommunen med fokus på utvikling av samordnet helsetjeneste.
- Utveksle erfaringer med den måten Modell for samhandling virker på, herunder faste evalueringer (se forslag seinere), og behandle problemstillinger av prinsipiell karakter i forhold til fortolkning av modellen
- Drøfte forståelsen av framtidsbilder utfordringer når det gjelder byens helseutfordringer
- Behandle felles planer knyttet til forskning, innovasjon og utdanning

Deltakere:
De administrerende direktører og leder for byrådsavdeling for helse og omsorg sammen med fra sykehusets side samhandlingsdirektør og fra kommunens side kommuneoverlege og etatssjefer for de mest involverte etater.

Samarbeidsforum 1 OUS lokalsykehusområde:
Formål/arbeidsfelt:

- Ledelsen i helseforetaket og i kommunen skal samordne tjenestetilbudet til målgruppen i egen organisasjon og stimulere til tiltak som bidrar til samordnet tjenesteyting på tvers av organisasjonsgrensene.
- Avgjøre saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.
- Igangsette prosesser/prosjekter og bidra til spredning av gode modeller for samhandling.
- Godkjenne rutiner og prosedyrer som kan bedre samhandlingen.
- Gjennomgå rapporter, statistikk/avvikssystem som gir innsikt i utvikling

Deltakere:
Den som er samhandlingsdirektør i sykehusets ledelse sammen med bydelsdirektører og leder for sykehjemsetaten, samt fra sykehusets side et par-tre av de mest involverte klinikksjefer samt samhandlingssjef i sykehusets sentrale stab.

Samarbeidsforum 2 OUS lokalsykehusområde:
Formål/arbeidsfelt:

- Utvikle og evaluere samarbeidsprosedyrer/rutiner – inn/utskrivning. Gjennomgå rapporter, statistikk/avvikssystem
- Gjennomgå felles beskrivelse av behandlingslinjer på tvers av sektorene.
- Referansegruppe for felles prosjekter
- Bearbeiding av aktuelle samhandlingserfaringer og

Deltakere:
Fra sykehuset side: Samhandlingssjef i sykehusets sentrale stab, sektorkoordinator, praksiskoordinator, samhandlingsledere i de mest involverte klinikker. Fra bydelenes side: Ledere av bestillerkontor, bydelsoverleger, representant for fastleger og aktuelle kommunale etater (Rusmiddeletaten, Sykehjemsetaten).

Evalueringsmøter med den enkelte bydel
Formål/arbeidsfelt:

- Gjennomføre en årlig gjennomgang av resultater og effekter oppnådd gjennom siste års samhandling
- Bli enige om ambisjoner og planer for neste års samhandling.
- Evt evaluere særskilt lærerike prosesser og erfaringer spesielt.

Deltakere:
Den som er samhandlingsdirektør i sykehusets ledelse og samhandlingssjef i sentral stab sammen med bydelsdirektør og andre fra bydelens administrasjon etter behov. Fastlegene, sektorkoordinator og praksiskonsulenter bør være representert.

OUS stabsleder med særlig ansvar for samhandling leder dette forumet. Fra kommunens side deltar ledere for helsetjenesten i bydelene, bydelsoverlegene og representanter for aktuelle etater. Ledere med ansvar for samhandling i de mest involverte klinikker i OUS skal delta fast i dette forumet. Brukerorganisasjoner og ansattes organisasjoner deltar som observatør. For øvrig inviteres andre deltakere etter tema og behov.

Alle de fire typene faste samarbeidsmøter vil fungere godt dersom de har en god struktur rundt seg knyttet til gjennomføring av møtene. Denne strukturen bør preges av disse prinsippene:

- Det bør være en felles sekretariatsfunksjon der begge hovedparter er representert og som sammen med møteleder forbereder møtene.
- Alle parter som deltar i disse foraene må forventes å bidra til tema og innhold på møtene.
- Det bør legges opp til en forberedelse av møtene som gjør at det kan forventes involvering fra alle deltakere.
- Det må lages rutiner som sikrer en ryddig oppfølging av møtene.

For øvrig bør det til enhver tid vurderes hvilke andre møteplasser som bør eksistere. Generelt bør det ikke opprettes faste møteplasser uten at disse har en klar funksjon med en begrunnelse en antar holder på lang sikt. Ut over det bør det være stor åpenhet for å skape situasjonsbestemte møteplasser knyttet til avgrensede problemstillinger eller tidsbegrense prosjekter.

Praksiskonsulentordningingen[1] i Oslo universitetssykehus
Praksiskonsulentordningen ble etablert på Aker i mars 2005 og har vist seg vellykket der.

[1] praksiskoordinator og praksiskonsulenter

Ordningen består i at fastleger tilsettes i små stillinger på sykehuset, for å bygge nettverk og fremme samhandling mellom sykehus, fastleger og øvrig primærhelsetjeneste. Hovedfokus er samhandling knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. PKO samarbeider nært med sektorkoordinatorer, LMS og andre samhandlere på sykehuset. Samarbeidet skjer dels løpende, og dels gjennom prosjekter. PKO deltar i møter mellom sykehuset og bydeler/kommuner.

Erfaringene tilsier at ordningen med praksiskoordinator og praksiskonsulent kan fungere som et godt virkemiddel for å støtte opp under kommunikasjon rundt samhandling både på systemnivå og på enkeltpasientnivå. Det er foreslås derfor en videreutvikling og utvidelse av ordningen innen Oslo universitetssykehus. (Se også eget vedlegg).

ii. Samhandling rundt enkeltpasienter

Helseforetakets og kommunens personell skal samarbeide for å gi den enkelte pasient samordnede tjenester. Dette reiser behov for ulike typer kontakt og kommunikasjon. Følgende prinsipper bør legges til grunn i tilknytning til kommunikasjon og møteplasser i tilknytning til den enkelte pasient:

- Pasientkoordinator i klinikk og saksbehandlere i bestillerkontor forutsettes å ha tett kontakt, kommunikasjon og møter etter behov.
- Det gjennomføres nettverksmøter i tilknytning til den enkelte pasient etter behov.
- Det forventes å være lav terskel for uformell kontakt mellom behandlere hos de to partene knyttet til innholdet i henvisning, epikrise, individuell plan og evt terrfaglig dokumentasjon.
- I tilknytning til et felles avvikssystem forventes kontaktrutiner mellom de involverte partene
- Det forventes hensiktsmessig kontakt og møter i tilknytning til pasienter med spesielle behandlings- og pleiebehov – særskilt behov for tilrettelegging av tjenester i kommunen – faglig tett samarbeid.
- Etter behov må det legges opp til at bydel har vurderingsbesøk på sykehus før utskriving.
- Eter behov må det legges opp til praktisk veiledning fra sykehus overfor behandlere i kommunehelsetjenesten, ikke minst gjelder det behov for videre rehabilitering etter utskriving fra sykehus. Et særskilt område for veiledningskontakt er for øvrig pasienter med kognitiv svikt.
- Etter behov må det legges opp til kontakt med pasient på sykehus i forbindelse med vurdering av evt hjelpemidler etter utskriving. Dette må evt også innbefatte hjemmebesøk.

iii. Elektronisk kommunikasjon

Det nasjonale meldingsløftet ble satt i gang 31. mars, og innen 2009 er målsettingen at åtte av ti av de mest brukte meldingene (eks henvisning, epikrise) i helsesektoren skal være elektroniske. Visjonen er å sikre helhetlige pasientforløp gjennom elektronisk samarbeid. Uavhengig av om målsettingen nås innen utgangen av 2009 er det her tale om en endring med stor betydning for effektiv samhandling i relativt nær fremtid. Litt lengre fram i tid kan en tenke seg mer radikale IKT baserte kommunikasjonsløsninger – for eksempel i retning av ”elektroniske helsekort” som pasienten selv har eierskap til og som helsefagfolk med pasientens samtykke lett kan få tilgang til.

Elektronisk Informasjonsutveksling Kommune (Elin- k)

Oslo kommune er involvert i det nasjonale Elin-k prosjektet, og har det siste året gjort ulike forberedelser for med sikte på å ta i bruk elektronisk samhandling.

Norsk Helsenett

Det er vedtatt i Helsedialogprogrammet at Norsk Helsenett skal være kommunikasjonskanal mellom kommunene og helseforetakene. Videre er utvikling av nasjonale standarder uttalt ønskelig for å få en effektiv kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten. På sikt må alle aktørene over på Norsk Helsenett. Det er verdt å merke seg at 95% av fastlegene i Oslo allerede er på Norsk Helsenett, og dette bør derfor kunne utnyttes i større grad enn i dag.

Relevante dokumenter for elektronisk meldingsutveksling som kan øke både effektivitet i samhandling og kvalitet på behandling er, som nevnt innledningsvis, epikrise og henvisning, men også elektroniske medisinliste, dvs reseptregister.

Eksisterende enkle elektroniske kanaler (e-post, sms)

Elin-k og Norsk Helsenett er vesentlige bidrag for å nå målsettingen i meldingsløftet. Det er imidlertid også mulig å effektivisere samhandling relativt raskt og uten større kostnad gjennom å øke bruk av eksisterende enkle verktøy som e-post og sms/mobiltelefontjenester, da for ”ikke sensitiv” informasjon. Det kan for eksempel virke som om bruk av elektronisk kommunikasjon fremdeles er for lite utbredt blant fastleger. Relatert til tilgjengelighet (som bl.a. er en av faktorene som påvirker pasienttilstrømming til Legevakt) vil tilgjengelighet til fastlegen fra en del pasienters side oppleves høyere dersom kommunikasjon via e-post og sms var mulig. Aktuelle områder, som også er i bruk i dag, kan være timebestilling og endring, enkle sykdomsrelaterte spørsmål (kronikere), påminnelses sms’er enten om time eller om medikamentbruk etc.

Bruk av e-post i større grad for ”ikke-sensitiv” dialog mellom fastlege og andre utøvere innen primærhelsetjeneste vil trolig også effektivisere samhandling på en måte som også kan komme spesialisthelsetjenesten til gode. Det er i denne forbindelse verdt å huske at elektronisk post nå anses som like formelt gjeldende som brev.

Anbefaling knyttet til elektronisk kommunikasjon

Prosjektet anbefaler fortsatt sterk innsats innen tiltak som fremmer elektronisk samhandling, både gjennom deltakelse og videreføring av tiltak anbefalt gjennom Elin-K og Norsk Helsenett. På kort sikt er det også viktig å stimulere til bruk eksisterende kanaler for elektronisk samhandling, eksempelvis bruk av elektronisk post for ”ikke-sensitiv” informasjon mellom aktørene. Det er grunn til å tro at det er viktige kortsiktige gevinster å hente her. Minst like viktig er at en på den måten utvikler holdninger og grunnleggende forutsetninger for å ta i bruk nettbaserte løsninger for å forenkle og effektivisere kommunikasjon av informasjon mellom ulike aktører i helsevesenet.

i. Forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseoverføring

Systematisk satsing på kompetansebygging bør være en av grunnsteinene både for utvikling og vedlikehold av behandlingstilbudene for de store gruppene av lokalsykehuspasienter generelt og for utvikling av samhandlingsprosesser spesielt. Oslo universitetssykehus HF og Oslo som by vil til sammen ha den uten sammenligning største konsentrasjon av medisin og helsefaglig utdanning og forskning i Norge. Dette gir OUS et særlig ansvar for drive fram kunnskapsbasert praksis innenfor områder av bred helsemessig interesse. Det ansvaret bunner ikke bare i ønske om effekter i egen virksomhet, men også i forhold til rollen OUS og Oslos utdannings- og forskningsinstitusjoner spiller som ressurssenter og utviklingsdrivkraft

for andre deler av landet. Her omtales de tre elementene kort med sikte på å få fram sentrale områder og ideer som bør inngå i det videre arbeidet utvikling av denne delen i Modell for samhandling.

i. Forskning for bedre samhandling

Innenfor OUS foregår en betydelig del av all medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. I forbindelse med etableringen av OUS har det eksistert en frykt for at ressursene på dette feltet trekkes enda mer opp til forskning rundt mer høyspesialisert medisin uten den umiddelbart har særlig stor innvirkning for de brede pasientgrupper. Dersom dette skulle skje, ville det også svekke tilfanget av forskningsbasert kunnskapsvekst innenfor faglige problemstillinger med størst relevans for lokalsykehuspasienter og kunnskapsutveksling med primærhelsetjenesten. Selv nyttiggjøring av andres forskning innen for typiske lokalsykehuslidelser ville bli skadelidende dersom sykehuset var svak på egen forskning på disse områdene. En aktiv og målrettet prioritering og stimulering fra sykehusets ledelse må bidra til at dette ikke skjer. Dette angår langt mer enn samhandling, og tiltak og mekanismer på dette området må bli en del av det generelle forskningspolitiske arbeidet i OUS. Ut fra et samhandlingsperspektiv vil det imidlertid kunne reises krav om at det årlig ble laget rapporter fra OUS forskningsvirksomhet som viste utviklingen av forskningsaktivitet og bruk av forskningsressurser rettet mot lokalsykehuspasienter og folkelidelser. I tillegg ligger spesielt en utfordring i å få fram forskning knyttet til kunnskap som kan styrke behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser. Dette vil være medisinsk og helsefaglig forskning som ofte vil bevege seg på tvers av spesialiteter, fag og klinikkgrenser og kanskje heller ikke passe helt inn i et bestemt universitets- eller høyskoleinstitutt. For å fremme denne typen forsking bør en vurdere å opprette et eget Senter for pasientnær forskning.

Forskning knyttet mer direkte til samhandling vil også være forskning som bryter mange organisatoriske grenser. Også her bør en tenke seg en senterdannelse som kunne kalles Kunnskapssenter for samhandling. Begge disse sentraene burde sikres et minimum av grunnleggende basisfinansiering. Den gir grunnlag for en kjerne av organiserende ressurser og infrastruktur. De bør gi en god ramme for alt fra idéstimulering, ideutvikling og bistand til ønskelig nettverksbygging til formidlingsaktiviteter knyttet til ferdige prosjekter. På den måten ville terskelen for å komme i gang med prosjekter bli lav. For begge sentraene bør gjelde at OUS er vertskap, men de bør samtidig ha en tilknytning til kommunehelsetjenesten i Oslo. I kommunehelsetjenesten har en verken tradisjoner eller institusjoner for å engasjere egne krefter i forskning innen helsetjenesten. Sentrene kan bety en mulighet for ulike typer av engasjement i forskning fra aktører i kommunehelsetjenesten. Men finansielt bidrag for utvikling og drift av disse sentrene kan en neppe regne med å få fra bydelene. Det vil trolig måtte komme fra kommunen sentralt.

ii. Innovasjon for bedre samhandling

Det foregår en rekke prosjekter, forsøk og tiltak i smått og stort med sikte på å bidra til en forbedret samhandling. I tillegg til formålet med prosjektet har de en svært viktig funksjon i forhold til å utvikle en dypere kjennskap til hverandres virksomhet. Det tjener dernest samhandling i en praktisk hverdag.

Mange forbedringsprosjekter kan betegnes som innovasjon dersom det har karakter av systematisk, målrettet virksomhet med sikt på å nyttiggjøre ideer og kunnskap frambrakt gjennom forskning eller erfaringer bearbeidet på andre måter og omsette dem i nye produkter eller prosesser. Disse kan være en videreutvikling av etablerte produkter eller prosesser eller innebære klare brudd og være radikalt nye. Ved å sette overskriften og ambisjonen innovasjon opp innenfor samhandlingsfeltet viser vi at vi vil legge vekt på å bygge et strukturert og målbevisst utviklings- og nyskapingsarbeid på dette feltet. I arbeidet med Idepoliklinikken på Ullevål og arbeidet med Akermodellprosjekter på Aker har en fått noe erfaring med å få fram og utvikle prosjektideer innenfor samhandling. Det må være en

sentral del innen denne delen av Modell for samhandling å videreføre disse ambisjonene og sette dem enda mer i system. Det foreslåtte Kunnskapssenter for samhandling bør være en egne ramme for dette i tillegg til for forskning.

iii. Utdanning for bedre samhandling

Måten vi bygger opp både grunn- og videreutdanning vil innvirke på i hvilken grad de ferdige kandidatene er i stand til å bidra godt til samhandling mellom nivåene. Dette gjelder både strukturen på praksisinnslagene i utdanningen og innholdet i undervisningen. OUS bør bruke relasjonene inn mot UiO og HiO og Utdanningsutvalget spesielt til å arbeide for at samhandling som tema blir satt på dagsorden i grunnutdanningene. Dernest bør en bidra til at både spesialitet i allmennmedisin og de mest ”samhandlingstunge” sykehusspesialitetene kan gi rom for noe praksis innenfor motsatt nivå i helsetjenesten. Den forsøksvise godkjenningen av praksis ved et sykehjem som del av spesialisering i geriatri er ett eksempel på hvordan dette kan foregå. Generelt er det en stor utfordring at det ikke er noen spesialistutdanning for leger som i dag dekker rollen sykehjemslege. Det er viktig å gjøre noe med dette dersom en ønsker å bedre kompetanse, status og stabilitet blant sykehjemsleger. Videreutdanning innen helsefag bør også kunne sette samhandlingsrelaterte tema på dagsorden – enten som intern videreutdanning eller i samarbeid med høyskole og gjerne kommunehelsetjenesten.

Det viser seg at for å få god oppslutning om opplæringstiltak som foregår som del av samhandlingen mellom sykehus og kommune, er det en klar fordel at de er formelt kompetansegivende som del av en etter- eller videreutdanning. Dette bør en ta høyde for i planleggingen av slike tiltak. Et interessant og viktig område for samarbeid om utdanning vil dessuten være den nye helsefagarbeideren. Selv om mange av disse vil få arbeidsplassen sin i kommunehelsetjenesten, vil begge parter og samhandlingen mellom dem være tjent med at en tilrettelegger for en delt lærlingetid mellom kommune og sykehus.

Det bør generelt være en oppgave for samhandlingsfunksjonen sentralt i OUS som en del av arbeidet innen modell for samhandling å bidra til at disse problemstillingene følges opp innen den medisin- og helsefaglige koordineringsfunksjonen sentralt i OUS. En bør også være en kanal for ideer som gjelder samhandling og utdanning fra klinikker og faggrupper, men også fra kommunehelsetjenesten. Samhandlingsstab og medisin- og helsefaglig stab bør sammen samarbeide med Oslo kommune (delvis sentralt med helseetatene og dels bydelmessig) om en rullerende plan for kompetansetiltak for de ulike aktuelle profesjonsgrupper. Denne planen bør bygge på flere ulike typer virkemidler slik som fagdager, kursopplegg, opplegg for e-læring, hospitering osv, og planen bør konkretiseres i tilknytning til hver enkelt bydel. I tillegg til særskilte tiltak for fastleger, sykehjemsleger og helsepersonell i kommunehelsetjenesten bør en åpne for at representanter for disse trekkes med på kompetansetiltak for sykehusets eget personale. Her bør også de mest relevante klinikkene gis et eget ansvar.

j. Erfaringsoverføring, læring, evaluering

”Å bedre skal det bli …” er tittelen på Helsedirektoratets kvalitetskonferanser. Kontinuerlig forbedringsarbeid må i seg selv også være et hovedelement i vår Modell for samhandling. Dette elementet består av flere aktivitetsområder som vi vil beskrive kort:

1) <u>Løpende erfaringsbearbeiding</u>
Gjennom alle deler av samhandling og pasientprosesser på tvers av nivåene i helsetjenester gjøres det kontinuerlig erfaringer som raskt kan omsettes til små justeringer og forbedringer. For å ta ut denne effekten bør det legges inn rom for refleksjon og oppsummering, og dette kan ofte umiddelbart omsettes i endring av atferd eller rutiner.

2) <u>Felles utvikling av mål og oppfølging av disse</u>

Læring kan ofte være tjent med at en har satt tydelig mål som et utgangspunkt. Det er dessuten en stor fordel for læring som er avhengig av flere parter at disse målene er utformet i fellesskap. Gode felles mål kan også være tjent med en god felles forståelse av utfordringene framover. Felles prosess medd sikte på å få mulige framtidsbilder på et samhandlingsområde kan være en egnet metode for å få til dette. Felles mål og utfordringsbilde kan etter at en periode være utgangspunkt for oppsummering i form av etterprøvbare indikatorer på hvordan utviklingen har gått. Som en klassisk læringssløyfe kan dette danne grunnlag for revisjon av mål og nye felles tiltak. I tillegg til å være en klassisk læringssirkel er poenget her at dette arbeidet med utfordringer, fastsetting av mål og oppfølging gjennomføres i fellesskap. Innad på sykehuset må mål som settes i tilknytning samhandling innarbeides i sykehusets virksomhetsstyring. Det vil si at det blir noe ledere følges opp på.

3) Systemevaluering

Hele Modellen for samhandling slik den vedtas gjennomført i kjølvannet av forslaget fra prosjektet bør evalueres etter for eksempel to år. Denne systemevalueringen kan med fordel gjennomføres dels som en internprosess der sentrale interessenter går gjennom mål og hovedelementer ut fra de subjektive erfaringer disse partene bringer til torgs og gjerne bearbeider sammen. En slik evaluering kan med fordel kombineres med en ekstern evaluering der en låner/leier inn eksterne ressurser med relevant kompetanse som systematisk innhenter erfaringsdata, og på det grunnlaget gir råd.

4) Innovasjon og læring

Det bør naturlig nok være et betydelig samspill mellom innovasjon og forbedringsarbeid innen samhandling. Der noen av prosessene nevnt i punktene ovenfor avføder tiltak som bør avklares, utvikles og utprøves gjennom egne prosjekter vil det være aktuelt å legge inn som del av innovasjonsvirksomheten i et Kunnskapssenter for samhandling.

5) Ekstern erfaringssøking

Det vil til enhver tid være et betydelig tilfang av ideer, inspirasjon og kunnskap knyttet til samhandling som kan hentes utenfra Oslo sykehusområde. For den sentrale samhandlingsenheten i OUS stab må det derfor bli en viktig oppgave å være et kontaktledd mot et nettverk som kan skape tilgang til slike erfaringer både fra andre deler av regionen, landet og fra utlandet. Det prosjektregisteret som Helse Sør-Øst RHF nå bidrar til å bygge er en nærliggende kilde til slike erfaringer utenfra. (I tillegg til at OUS selv bidrar inn i registeret.)

6) Involvering av brukerne

En siste vesentlig kommentar under dette element i modellen for samhandling er: Brukerne må være en viktig stemme i alle læringsprosesser når det gjelder utvikling av god samhandling. De kan bidra som deltaker i faste samhandlingsfora, i prosesser med å utforme framtidsbilder og mål, gjennomføre systemevalueringer, delta i innovasjonsprosesser i Kunnskapssenteret og være en del av nettverkene som gir tilgang til eksterne erfaringer.

Det kan også være hensiktsmessig å samle inn pasienterfaringer med samhandling på tvers av nivåene i form av brukerundersøkelser. En slik undersøkelse bør gjentas med jevne mellomrom, eksempelvis hvert annet år.

VEDLEGG

Til del 1, Modell for samhandling

Vedlegg 1: Ytterligere beskrivelser av samhandlingsaktører

Vedlegg 2: Eksisterende avtaler med Oslo kommune

Vedlegg 3: Eksisterende samarbeidsfora på mer avgrensede områder

Vedlegg 4: Nærmere beskrivelse av en del begreper i tilknytning til samhandling rundt den enkelte pasient

Vedlegg 5: Individuell plan – *innspill fra Jon Storaas, RIO*

Vedlegg 6: Nærmere om praksiskonsulentordningen

Vedlegg 7: Pilot Fase II, Elin-k prosjektet i Oslo kommune

Dessuten som vedlegg:

Merknader fra tillitsvalgte i lokalsykehusprosjektet

Merknader fra verneombud i lokalsykehusprosjektet om legevaktfunksjon

Vedleggene er samlet til slutt i rapporten

DEL 4

Leveranse 6

Retningslinjer for ivaretakelse av Lokalsykehusfunksjonen internt i OUS

INNHOLDSFORTEGNELSE - Del 4

1 OM BEHOVET FOR Å TYDELIGGJØRE LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN I OUS.. 2

2 FORSLAG TIL RETNINGSLINJER FOR SYNLIGJØRING AV LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN 3

3 VIDERE OPPFØLGING 5

1. OM BEHOVET FOR Å TYDELIGGJØRE LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN I OUS

I vedtaket om Hovedstadsprosessen i styret i Helse Sør-Øst RHF, er det et sentralt poeng at regionsykehusvirksomheten skal samles og at lokalsykehusvirksomheten skal synliggjøres organisatorisk. Disse to ambisjonene kom til uttrykk gjennom utsagnet om at det skal være et organisatorisk skille mellom regionsykehusfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner Den enkleste måten å gjennomføre denne delen av vedtaket på, ville vært å organisere den kliniske driften i OUS i minst to enheter der den ene var lands- og regionsykehus og en annen lokalsykehus. Men en slik løsning ble ikke valgt. Lokalsykehusprosjektet har så fått i oppgave å foreslå retningslinjer for virksomheten som gjør at en likevel kan innfri intensjonene med vedtaket om en organisatorisk deling. Disse blir ikke minst viktig å legge til grunn dersom en lar lokalsykehusfunksjonen inngå i det prosjektet har foreslått som modell Storbysykehus.

For å kunne foreslå slike retningslinjer må en først klargjøre hvorfor en slik deling er viktig. Det er fem typer behov som danner grunnlaget for det:

1. <u>Behov for faglig koordinering ut fra pasientbehov</u>
Lokalsykehuspasientens behov for bruk av kompetanse på tvers av spesialiteter, fag og profesjoner må ivaretas på en koordinert måte.

2. <u>Behov for intern koordinering av samhandling mot kommunehelsetjenesten i Oslo</u>
Samhandling mellom kommunehelsetjenesten, enten det er på Oslo Kommunenivå eller bydelsnivå, og sykehuset må forgå på en koordinert og ensartet måte. Det gjelder både i forhold til praktisering av samarbeidet mellom de ulike institusjonene og når det gjelder samarbeidet i tilknytning til enkeltpasienter. Ambisjoner og retning på dette området har ikke minst fått søkelys gjennom Samhandlingsmeldingen.

3. <u>Behov for geografisk nærhet og praktisk koordinering</u>
Lokalsykehusvirksomhet innen en rekke fag og behandlingsområder må ha muligheten for enkelt å dra nytte av fag og kompetanse på tvers av avdelinger og klinikker. Argumentasjon for dette er gjennomført i forrige del av lokalsykehusprosjektet.

4. <u>Behov for å samle behandling preget av volumlogikk</u>
Selv om lokalsykehuspasienten ofte kan ha lidelser med sammensatte bakgrunn, symptom og diagnose, som krever individuell vurdering, er det samtidig her vi finner store volumer av relativt likeartede behandling. Samling og samordning av disse kan gi både kvalitets- og stordriftsfordeler.

5. <u>Behov for finansiell ryddighet og legitimitet mot ulike samarbeidspartnere.</u>
Ulike finansieringsmodeller og samhandlingspartner tilsier at kostnadene i tilknytning til lands- og regionpasienter bør kunne synliggjøres og dermed skape legitimitet i forhold til ulike finansiering sammenholdt med område- og lokalsykehuspasientene. Dette er også viktig med tanke på en overvåkning av om pasienter i OUS trekkes opp på et for høyt behandlings- og omsorgsnivå.

2. FORSLAG TIL RETNINGSLINJER FOR SYNLIGGJØRING AV LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN

Nedenfor følger utkast til prinsipper for lokalsykehusfunksjonen satt opp med utgangspunkt i de fire behovene som setter dette på dagsorden innen OUS.

Retningslinjer med utgangspunkt i pasientbehov: Behov for faglig koordinering

1) Fagressurser må være tilgjengelige uavhengig av klinikk og avdeling.

a) Kompetanse/bemanning av avdelinger må tilrettelegge for pasienter med flere samtidige sykdommer.
Merknad: Aktuelle tiltak kan være: tilgjengelig faglig liasontjeneste, senterstrukturer for ivaretakelse av mer permanente behov på tvers av spesialiteter, tverrfaglige møter osv

b) Poliklinikkvirksomhet må samordnes for pasienter sammensatte lidelser
Merknad: Tilgjengelig kompetanse for flere typer lidelser samtidig, preoperativ vurdering osv

c) Mottak må organiseres slik at sammensatte lidelser kan håndteres
Merknad: Tung og bred nok kompetanse i fornt, både i akuttmottak og i mottakskontor, sjekklister, kjernejournal, involvering fastlege osv

d) Hovedregel er at det er fagfolk/personale som må bevege seg – ikke pasienten.
Merknad: Dette er relevant både i forhold til vurdering/behandling av pasienter og i forhold til å vedlikeholde kompetanse hos fagfolk (eks. leger innen en ”smal” spesialitet som trenger vedlikehold av mer generell kompetanse)

2) Behandlingsprosesser må være koordinert på tvers av klinikk og avdelinger

a) Felles kliniske retningslinjer med gyldighet på aller områder der de har relevans – uavhengig av klinikk og nivå

b) Ansvar må gjøres tydelig innen alle fag – både for behandlingslinjer og i forløp for enkeltpasienter

c) Medisinske og helsefaglige støtteressurser må være tilgjengelig slik at de evner å bygge opp under en effektiv og helhetlig behandling

3) Driftsressurser må kunne utnyttes fleksibelt på tvers av klinikker og nivåer

Det må stimuleres til praktiske modeller som gir rom for dette innenfor rammen av en ryddig fordeling av ansvaret for pasienter og fagfolk.
Merknad: Med driftsressurser tenkes her både på behandlingsrom, utstyr, senger og poliklinikkarealer. En sentermodell som samarbeid mellom ulike avdelinger og klinikker kan være en aktuell organisatorisk ramme for å oppnå dette.

4) Faglig koordinering er et lederansvar

a) Alle linjeledere har et ansvar for at nødvendige fagressurser koordineres internt – også i de tilfeller der de ikke er i egen linje

b) Det gjennomføres fortløpende utviklingsarbeid for å styrke tverrgående faglig samarbeid og koordinering rettet mot pasientbehov.

Merknad: Mulige tiltak - etablere koordinatorroller, felles arenaer, avsatt tid, avsatt fysiske arealer, tverrgående forsknings- og innovasjonsprosjekter osv.

c) Det må drives kompetanseutvikling som bygger bred faglighet på høyt nivå i forhold til å møte lokalsykehuspasientens behov.
Merknad: Behovet for bred faglighet må i framtida ikke bare møtes med krav til samarbeid mellom relativt smale spesialiteter, men også stor grad gjennom brede spesialiteter på høyt faglig nivå.

d) Tverrgående bruk av personale skal tilrettelegges med stor grad av forutsigbarhet for de ansatte som involveres
Merknad: Viktig for å møte fare for vedvarende krevende krysspress der personale både får krav om bruk av full arbeidskapasitet innen egen enhet, men i tillegg eksternt rettet støtte og assistanse.

Retningslinjer med utgangspunkt i behov for intern koordinering av samhandling mot kommunehelsetjenesten i Oslo:

1) <u>Alle brukere og samarbeidspartnere skal oppleve ett kontaktpunkt som skal kunne koordinere deres behov inn i OUS</u>
Merknad: Dette gjelder på den ene siden institusjoner som Oslo Kommune, bydeler, fastleger, brukerorganisasjoner, og på den andre siden de enkelte pasienter og pårørende

2) <u>Alle linjeledere har et ansvar for å tilrettelegge for og bidra til ekstern koordinering av pasientforløp og tilrettelegging for god samhandling</u>
Merknad: Gjelder både pålagte og øvrige oppgaver som er nødvendig for samlet sett å gi et godt behandlingsresultat

3) <u>Alle linjeledere har ansvar for å ha tilgjengelig spesialisert kompetanse som kan støtte god ekstern koordinering av pasientstrømmer og samhandling</u>

4) <u>Forbedring av ekstern samhandling skal være et område som er gjenstand for kontinuerlig arbeid både på system- og individnivå.</u>

Retningslinjer med utgangspunkt i behov for fysisk nærhet og praktisk koordinering og prinsipper med utgangspunkt i behov for finansiell ryddighet og legitimitet mot ulike samarbeidspartnere.

1) <u>Koordinering av lokalsykehusfunksjonene skal ha et klart ansvarspunkt i sykehusledelsen og i ledelsen av klinikkene</u>
Merknad: I prinsippet ligger dette ansvaret hos administrerende direktør og hver klinikksjef, men dette prinsippet innebærer at vedkommende evt må utpeke en annen som får et delegert ansvar for det mer operative lederskapet på området.

2) <u>Lokalsykehusdefinerte oppgaver skal synliggjøres med kapasitet og ressurser</u>.
Merknad: Dette bør innarbeides i plan- og budsjettprosessene og følges opp i rapportering. Det må arbeides videre med å avklare hva som er den mest hensiktsmessige måten å operasjonalisere kapasiteter og ressurser på i denne sammenheng.

3) Kapasiteter for lokal- og områdeoppgaver bør samles fysisk
Merknad: Dette gir er en stadfesting av retningen som er gitt av Lokalsykehusprosjektets første rapport.

3. VIDERE OPPFØLGING

De retningslinjene som foreslås her vil på mange punkt ligge nær opp til det som allerede er praksis på de tre sykehusene. Innen rammen av fusjonerte sykehus og nye klinikk- og avdelingsorganisering, kan prinsippene få en litt ny betydning. Det blir viktig å få innarbeidet dem i praktisk drift og klinisk hverdag i alle deler av OUS sin virksomhet. For å lykkes med det må retningslinjene konkretiseres av hver enkelt klinikk og oppfølging av dette må gjøres til en sentral del av ledelsesprosessene i OUS. Disse prosessene vil i den første tida framover kunne spille en viktig rolle i forhold til å lykkes med en nødvendig integrasjon av helheten ikke minst innen lokalsykehusfunksjonen og utviklingen av storbysykehuset.

Etter hvert som Storbysykehuset tar form og lokalsykehusfunksjonen også faktisk er samlet geografisk, ligger grunnlaget der for en ny gjennomgang og revisjon av organisasjonsprinsipper med sikte på å bygge opp under en samlet tilfredsstillende lokalsykehusvirksomhet.

”Samhandlingsreformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig og ledelsesmessig forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå.” (s 111, St meld 47, 2008-2009).

”Spesialisthelsetjenesten er i dag utpreget ”søyleorganisert”. Det er lite som understøtter det helhetlige behandlingsforløp for pasienter med sammensatte tilstander” (s 112, St meld 47, 2008-2009).

DEL 5

Leveranse 7

FRAMTIDIG LEGEVAKT I OSLO –

hva slags, spesielt sett i forhold til storbysykehuset.

INNHOLDSFORTEGNELSE - Del 3

1. INNLEDNING 2

2. HVA KJENNETEGNER SPESIALISTHELSETJENESTENS OG LEGEVAKTENS AKUTTFUNKSJONER 2

3. HVA ER KJERNEN I IDEEN OM STORBYLEGEVAKT 3

4. ALLMENNLEGEVAKT OG FRAMSKUTT AKUTTFUNKSJON FOR SYKEHUS 4

5. ENDRET PLASSERING AV OSLO LEGEVAKT 5

6. HVILKE PROBLEMSTILLINGER ER SENTRALE FOR SYKEHUS I FORHOLD TIL LEGEVAKT 5

7. HVA ER PROBLEMSTILLINGENE SPESIELT I FORHOLDET MELLOM STORBYSYKEHUSET OG STORBYLEGEVAKT? 6

8. SÆRSKILT OM LEGEVAKT OG PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING 6

9. ALTERNATIVE MODELLER FOR LEGEVAKT – MED VEKT PÅ GRENSESNITT, ANSVARS- OG ROLLEDELING MOT STORBYSYKEHUSET 7

10. DRØFTING AV DE TO MODELLALTERNATIVENE 8

11. ALTERNATIVER FOR ORGANISERING AV LEGEVAKT OG DRØFTING AV DISSE 11

12 KONKLUSJONER OG TILRÅDNING 12

FRAMTIDIG LEGEVAKT I OSLO –

hva slags, spesielt sett i forhold til storbysykehuset.

1. Innledning

Lokalsykehusprosjektet har som et leveransepunkt i mandatet sitt å legge fram forslag til og anbefaling om hvordan en storbylegevakt skal utformes. Dette er grundig drøftet i utredningen om framtidas legevakt som pågikk i 2008 i regi av Oslo Kommune og Helse Sør-ØSt RHF. Utredningen er ikke behandlet i RHF, OUS eller Oslo kommune, men rapporten har fungert som et av flere arbeidsredskap for prosjektets arbeid. I vedtaket om Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF slås det fast at samarbeidet rundt utvikling av en framtidsretta legevakt i Oslo skal fortsette. Oppfølging av dette er lagt til Oslo universitetssykehus fordi en erkjente at sykehustilknytningen til en legevakt trolig vil være et offentlig eid lokalsykehus. Lokalsykehusprosjektet har fått i oppgave å konkretisere framtidig legevaktfunksjon ytterligere.

For lokalsykehusprosjektet er det naturlig å konsentrere seg om problemstillingene omkring samspillet mellom legevakt og sykehus. Men fordi en legevakt først og fremst påvirker det generelle samspillet mellom sykehus og førstelinje i helsetjenesten, da særlig fastlegene, er det riktig å også omtale disse dimensjonene ved en framtidig legevakt.

Foreliggende rapport bygger naturlig videre på Lokalsykehusprosjektets tidligere leveranser. Det vil si at vi drøfter en legevaktfunksjon i forhold til lokalsykehuset slik vi har beskrevet det som Storbysykehuset, lokalisert ved Kirkeveien.

En videreutvikling av legevakten i Oslo i retning av en eller annen modell for en Storbylegevakt vil ta tid. Ikke minst fordi det forutsetter flytting og eventuelt nybygging. Liksom andre deler av lokalsykehusprosjektet, må vi derfor her både si noe om det som er forslag til løsning noe fram i tid og hva som er konsekvensene når det gjelder utvikling av tilknytning og samspill mellom sykehus og legevakt og resten av kommunehelsetjenesten de nærmeste årene framover.

Dette er en del av OUS sitt lokalsykehusprosjekt, og på den måten blir det et forslag til en plattform for videre samarbeid om utvikling av legevakt mellom OUS og Oslo Kommune. Men samtidig bygger vi på en utviklingsidé som preges av at jo tidligere en er kjent med og kan påvirke hverandres posisjoner, jo større er sjansen for å komme fram til en løsning på en oppgave som en uansett på flere plan skal samarbeide om i praksis. Det er derfor lagt vekt på å trekke Oslo Kommune tett med både i denne delen og andre deler av lokalsykehusprosjektet. Den samme betraktningen er gjort med hensyn til fastlegene i Oslo og de private sykehusene.

2. Hva kjennetegner legevaktfunksjonen og spesialisthelsetjenestens akuttfunksjoner?

a) <u>En vanlig kommunal legevakt kjennetegnes generelt sett i Norge av disse egenskapene</u>:

- <u>Rettet mot akutt vurdering og behandling</u>.
  Den skal kunne være et sted som gir første nødvendige helsehjelp i akutte tilfeller som oppstår utenom fastlegekontorenes åpningstid. I praksis viser det seg imidlertid at de som kommer til legevakt har svært ulik grad av akutt lidelse. Legevakten sorterer under primærhelsetjenestens ansvarsområde

- Lavterskeltilbud
  Legevakten er et lavterskeltilbud på den måten at alle får en vurdering og evt en første behandling mot en lav egenandel.

- Skal vise til andre dersom den selv ikke er rett sted for videre vurdering eller behandling
  Kommunal legevakt vil henvise videre til sykehus, avtalespesialist eller til fastlege i de tilfeller pasienten trenger videre oppfølging evt mer spesialisert vurdering og behandling.

- Supplement i forhold til fastlege
  Legevakten er i norsk helsevesen primært en del av allmennlegetjenesten og er et supplement til fastlegen. Fastlegen og resten av kommunehelsetjenesten er den instansen som i første rekke skal dekke befolkningens behov for lege- og helsetjenester, i prinsippet også i mange akutte tilfeller. I praksis er imidlertid fastlegenes tilgjengelighet i forhold til akutte tilfeller begrenset pga begrenset åpningstid, kapasitet og fleksibilitet i forhold til timeavtaler.

b) Spesialisthelsetjenestens akuttansvar og rolle
Spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i henhold til helsepersonellovens § 7 og lov om spesialisthelsetjenester § 3-1 (”Sykehus og fødestuer skal straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.”) Loven inneholder imidlertid ingen definisjon eller avgrensning av begrepet spesialisthelsetjeneste. Det er vanlig å la dette være en medisinskfaglig vurdering. Konservativ bruddbehandling, deler av chirurgia minor, røntgen og laboratorietjenester er eksempler på fagområder som udiskutabelt er en del av spesialisthelsetjenesten. Akutt psykiatri av en viss alvorlighetsgrad, rusbehandling og skadepoliklinikk organiseres og driftes av spesialisthelsetjenesten.

c) Ulike modeller for beliggenhet og integrasjon mellom kommunal legevakt og spesialisthelsetjeneste
Kommunale legevaktfunksjoner og spesialisthelsetjenestens akuttilbud er organisert etter flere forskjellige modeller i Norge. På den ene siden finner vi kommunale fastlegebemannede legevakter lokalisert nær sykehusmottak. I andre tilfeller er legevakten fysisk integrert med sykehus. I den andre enden er det legevaktfunksjoner knyttet til lokale legesentra sammen med fastlegevirksomhet i stor geografisk avstand fra sykehus. I Oslo har man en felles psykiatrisk legevakt, røntgenavdeling og skadelegevakt/skadepoliklinikk for alle sykehusene, samlokalisert med den kommunale legevakten i geografisk avstand fra sykehusene.

3. Hva er kjernen i ideen om storbylegevakt?

Utredningen om framtidig legevakt i Oslo opererer med begrepet Storbylegevakt. I dette ligger en legevakt som liksom storbysykehuset spesielt er tilpasset for å kunne møte særskilte utfordringer og behov som kommer til uttrykk i en litt større by. Ut over de generelle trekkene ved en legevakt, betyr det en videre utvikling av en del trekk ved dagens Oslo Legevakt på følgende punkter:

- God på vurdering, prioritering, rask behandling eller videresending til rett nivå

Som en svært sentral kvalitet ved storbylegevakta er det lagt stor vekt på rask vurdering og prioritering av akutte henvendelser, gjerne kalt triage, Dette er viktig ikke minst fordi omfanget av henvendelser til en slik legevakt uavhengig av detaljering av modellen, vil være relativt stort.

- Innholder både en allmenndel og en spesialisthelsedel

Liksom nåværende legevakt i Oslo, forutsettes det at en bygger videre på at legevakten både skal ha en del som er allmennlegevakt, og en spesialisthelsetjenestedel. I dag er dette først og fremst snakk om ortopedisk, psykiatrisk og radiologisk kompetanse, men en tenker seg at samarbeidet også utvides til å omfatte andre sykehusspesialiteter. På denne måten kan en godt se på legevakten mer og mer som en form for intermediærenhet inn mot sykehuset på samme måte som vi har intermediærenheter ut fra sykehuset.

- Legevaktilbud utenom somatikk

Legevakten skal være koplet opp mot også andre akuttjenester enn somatikk. På samme måte som nå skal den inneholde tilbud innenfor psykisk helsevern og en sosial vakttjeneste i tillegg til kompetanse innenfor ruslidelser. Men like viktig som et bredt tilbud, er et tilbud som kan virke samarbeidende mellom områdene for å møte pasienter med sammensatte akutte problemstillinger.

- Faglig samarbeid både med fastlege/kommunehelsetjeneste og sykehus

Det er dermed forutsatt et fortsatt, ja, utvidet, samarbeid mellom legevakt og sykehus, men også et utvidet samarbeid mellom legevakt og fastlegesystemet i Oslo. Denne kontakten er blitt kritisert for å være for svak i dag.

- Dekker et bredt spekter av akutte tilstander

Legevakten skal fortsatt ha et bredt tilbud innen et bredt spekter av akutte lidelser. En tenker seg at det samlede tilbudet innen lidelser som sår, ortopedi, infeksjon og andre somatiske tilstander, psykiatri og akuttrus mottak pluss sosial vakttjeneste skal ivaretas og til dels utvides i forhold til i dag.

- Legevaktfunksjon med obs post

Legevakten har en obs post. Det skal den også ha i framtida, og det kan til og med hende at den bør utvides for på den måten å hindre innleggelser på sykehus.

4. Allmennlegevakt og framskutt akuttfunksjon for sykehus

Ideen om storbylegevakt bygger altså videre på ideen om en legevaktfunksjon som en felles dør inn for akutthjelp utenom fastlegens åpningstid, eller når sykdom eller skade tilsier at pasienten trenger akutt helsehjelp ut over det fastlegen kan tilby. I og med at behandling av sår og ortopediske skader har vært en del av sykehusets virksomhet, har en historisk hatt en organisatorisk todeling av legevakttjenesten i Oslo. Når psykiatrisk enhet også er opprettet ved legevakten, har dette også blitt en knoppskyting fra sykehuset. Men sett fra brukerne er det bokstavlig talt en inngangsdør. Når vi skal diskutere framtidig legevaktfunksjon, er det like fullt viktig å forstå forskjellen mellom disse to delene; allmennlegevakta og spesialisthelsetjenestedelen av legevakta.

I denne sammenheng er det grunn til framheve disse trekkene ved de to delene av dagens legevakt:

Allmennlegevakt

- Ikke faglig eller driftsmessig integrert mot sykehus, men samarbeid med sykehus på medisinske støttefunksjoner
- Potensielt en del mulige faglige samspillseffekter, men i dag begrenset faglig samspill med sykehus
- I dag svak personalmessig stabilitet, få spesialister (legevakttjeneste ikke uttelling i forhold til å opprettholde spesialitet i allmennmedisin).
- Noen mulige gevinster med nærhet til sykehus, men også utfordringer

- En god del pasienter kunne vært behandlet lokalt/hos fastlege, men bruker av ulike grunner allmennlegevaka
- Et uttrykt ønske om tettere samhandling mellom fastleger og legevakt.

Legevakt spesialisthelsetjenesten
- Tett integrert mot sykehus: organisatorisk, personalmessig, pasientadministrativt, faglig og funksjonelt
- Begrenset pasientoverlapping for skadelegevakt mot allmennlegevakt
- Stor/økende personalmessig stabilitet, kjerne av spesialister
- Ønske om også sterkere fysisk nærhet til sykehus
- En del av disse pasientene kunne trolig også vært behandlet lokalt/hos fastlege
- En del av skadelegevaktens pasienter ble tidligere behandlet inne i sykehuset

Oppsummert kan en altså si at mens allmennlegevakta i prinsippet er et sikkerhetsnett og supplement i forhold til legetilbudet i bydelene, er skadelegevakta og psykiatrisk legevakt å regne som et framskutt lavterskelmottak for å unngå innleggelse i sykehuset.

På tross av disse forskjellene har de ulike delene av legevakta det til felles at de representerer ett felles besøkssted for ulike typer akutte lidelser som i de aller fleste tilfeller ikke trenger sykehusinnleggelser. Det er nettopp det tyngste argumentet for å opprettholde et samarbeid om et slikt akuttilbud mellom sykehus og kommunehelsetjeneste på tross av forskjellene.

5. Endret plassering av Oslo legevakt

Oslo Legevakt er i gamle og ikke helt hensiktsmessige lokaler. Nåværende leieavtale går dessuten ut om kort tid. Dette har medvirket til at en har satt ny lokalisering og også nybygg på dagsorden. Sentrale tema er da blitt: Lokalisering i forhold til tilgjengelighet for befolkningen og i forhold til lokalisering av framtidig sykehusfunksjoner.

6. Hvilke problemstillinger er sentrale for sykehus i forhold til legevakt

- Hva gjør storbylegevakt med kvalitet på samhandling

Legevakt kan sees på som en ekstraordnær instans som i praksis ofte setter den ordinære behandlingskjede og samhandlingslinje delvis tilside. Det er imidlertid hevdet at mange sykdomstilfeller kunne vært håndtert med større helseeffekt og til lavere kostnader dersom vurdering og behandling var satt inn før tilfellene ble akutte. Fikk man til det, ville trolig også den mer ordinære førstelinje med fastlege, sykehjemslege og øvrige deler av kommunehelsetjenesten spilt en sterkere rolle og samspillet med sykehus hadde fungert på en noe annen måte.

Spørsmålet blir så om en skal fortsette å basere seg på en økning i bruk av legevakt med de konsekvenser det må gi for dimensjonering av en framtidsretta legevakt, eller en skal legge til rette for en bedre tilgjengelighet hos fastlege og andre ”nære” tilbud parallelt med en styrking av tilgjenglighet og kompetanseoverføring mellom fastleger og sykehus i Oslo. Det siste vil kunne bidra til at bruk av legevakt i større grad enn i dag ble forbeholdt mer alvorlige og reelt akutte tilfeller og tilfeller som oppstår om natt og i helg.

- Hva betyr storbylegevakt for samspill mellom ulike lokalsykehus

En nærmere tilknytning mellom legevakt og storbysykehuset vil samtidig kunne oppfattes å utfordre samspillet mellom legevakt og andre lokalsykehus som betjener Oslos bydeler. Det kan bety en ekstra belastning for storbysykehuset, men det kan også bety et fortrinn for bydeler som sogner til storbysykehuset. Likeverdighet og balanse i samarbeid, faglig utvikling, samhandlingsprosesser og belastning må vurderes.

- Hvordan påvirker storbylegevakt bruken av sykehusressurser

En utvidet bruk av spesialisthelsetjeneste inn i legevaktens arbeid kan skje på flere måter. I forhold til dagens skadelegevakt (med en bruddavdeling og en såravdeling), psykiatriske legevakt og røntgenavdeling skjer det på en ryddig måte i og med at disse er en del av en sykehusklinikk. Dersom det ikke er tilfelle og dersom en skal kunne trekke også på en rekke andre spesialiteter fra sykehuset inn i legevaktens arbeid, krever det at det avklares en del ryddige prinsipper i forhold til gjensidig kontakt og ressursbruk og når det gjelder faglig ansvar. Det må også gjøres en mer presis vurdering av hvilke sykehusspesialiteter det er aktuelt å utvikle et samarbeid med inn mot legevakt. Aktuelle kandidater for en slik vurdering er trolig: Pediatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer, gastroenterologisk kirurgi, generell kirurgi, indremedisin, radiologi, geriatri, infeksjon og nevrologi.

- Hva betyr sykehusets prehospitale tjenester for samspillet sykehus - legevakt

Ambulanse og helikoptertjenesten er en del av sykehusets virksomhet, men har samtidig et samarbeid med legevakt. Etter hvert som den prehospitale tjenesten er utviklet faglig, har den langt på vei også antatt karakter av en form for legevakt med selvstendig triagering og vurdering av hvor pasienten skal fraktes, ofte uten at legevakt koples inn. Prehospital tjeneste betjener dessuten samtlige sykehus i området (inntil annet er bestemt også Ahus). Den gjør dermed også en vurdering av hvilket sykehus det er riktig å sende pasienten til.

Samspillet med prehospital tjeneste er i seg selv et argument for lokalisering av legevakt nær et storbysykehuset fordi det reduserer behovet for pasienttransporter med ambulanse. Et annet spørsmål er hvordan strukturering av prehospital tjeneste og bydelens/fastlegens tjenester til sammen påvirker dimensjoneringsbehovet for en legevakt. Et spørsmål er for eksempel om reduksjon i omfanget av og tilgang på hjemmebesøk fra lege – både fra fastleger og legevakt – påvirker bruken av prehospital tjeneste fra sykehus. I så fall bør det vurderes om dette ut fra en total helseøkonomisk vurdering er en riktig utvikling. En ambulanseutrykning kan være kostbar sammenlignet med hjemmebesøk av lege eller annet relevant helsepersonale.

7. Hva er problemstillingene spesielt i forholdet mellom Storbysykehuset og storbylegevakt?

Storbysykehuset som prosjektet har anbefalt som ramme for OUS sitt lokalsykehus, kjennetegnes blant annet av at det har et svært bredt akuttilbud. I motsetning til de to private lokalsykehusene vil det også ha et kirurgisk akuttilbud på døgnbasis. Størstedelen av sykehusinnleggelser fra legevakt utgjøres riktignok av indremedisinske pasienter. Likevel er omfanget av kirurgiske tilfeller og egen ortopedisk enhet ved legevakten en viktig grunn til at faglig, evt også lokaliseringsmessig, tilknytning til Storbysykehuset blir viktig. Går en derimot inn for lokalsykehus av typen nærsykehus, vil akuttkirurgien i Oslo trolig samles ved lands- og regionsykehuset, og da ville det kunne bli tilnytningspunkt også for storbylegevakt.

8. Særskilt om legevakt og psykisk helsevern og rusbehandling

Det er forutsatt at legevakten har et bredt tilbud også innenfor disse områdene. Interessant i denne sammenheng er ikke minst at bruken av psykiatrisk legevakt er en helt annen enn resten av allmennlegevakta. Det skyldes trolig i stor grad utbygging av akuttvirksomheten ved DPSene. Det gjør at Psykiatrisk legevakt først og fremst fyller et tilbud for natt og helg. Dette illustrerer at utbygging av lokalsykehusfunksjonen vil påvirke bruken av legevakt, og ikke bare omvendt. En styrking av tilbudet innen psykisk helsevern innen ordinær

kommunehelsetjeneste (se Samhandlingsmeldingen), vil kunne påvirke behovet for psykiatrisk legevakt ytterligere.

Utvikling av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som et spesialisert klinisk felt har kommet kortere enn i psykisk helsevern. Det har vært planer om en egen rusenhet i allmennlegevakta, og utvikling av dette har vært knyttet opp mot en rusakutt på sykehusnivå. Utvikling av et tilbud for ruspasienter på legevakt må imidlertid ta hensyn til følgende: Sammenlignet med det store antall pasienter som oppsøker legevakten pga. rusrelaterte sykdom eller skade er det få pasienter som kommer til legevakt på grunn av rus aleine. De vil primært være pasienter i legevakt på grunn av sekundærvirkninger av å være rusmisbruker. Det vil si at de gjennom dette har fått alvorlige infeksjoner, beinbrudd, akutte psykoser (en betydelig del av pasientene på psykiatrisk legevakt er rusmisbrukere), evt. Kombinert med akutt sosial nød. Med utgangspunkt i denne erkjennelsen er Klinikk rus og avhengighet ved OUS, avd. Aker i ferd med å etablere et eget akutteam som betjener legevakta, Rusteamet bør ikke nødvendigvis utgjøre en egen avdeling, men kan etableres som en kompetanse som jobber integrert mot andre deler av legevakta. Ikke minst kan den da bidra til at legevaktpasienter som også har rusproblemer kan bli henvist videre til den behandling som er mest relevant for deres totale lidelse.

Legevakten er dessuten ikke egnet som institusjon for avrusning. Der vil den planlagte rusakutten i tilknytning til sykehusets akuttfunksjon, sammen med sykehusets avdelinger for mer planmessig avrusning være det viktigste tilbudet.

9. Alternative modeller for legevakt – med vekt på grensesnitt, ansvars- og rolledeling mot storbysykehuset

Når vi skal legge fram alternative modeller for en storbylegevakt, er det fem dimensjoner som må drøftes:

- Grad av integrasjon i forhold til mottak i sykehus
- Omfang av egen obs funksjon
- Lokalisering
- Integrering mot annen helsevirksomhet i kommunen
- Organisasjonsmodell

Framstiller en ytterpunkter i hver av disse dimensjonene, får en fram disse alternativene:

	Alternativ 1	**Alternativ 2**
Grad av integrasjon i forhold til mottak i sykehus	Sterkt integrert mot mottaket og triage i sykehuset	Nær kontakt, men klart atskilt fra sykehusets akuttmottak og triage
Omfang av egen obs funksjon	Svært begrenset egen obs funksjon, men tett samkjøring mot sykehusets	Relativt omfattende egen obs funksjon (to poster og en opp til 72 timer)
Lokalisering	Lokalisert ”dør-mot-dør” i forhold til sykehusets akuttmottak	Ikke nødvendigvis ”dør-mot-dør” lokalisering, men gjerne plassert fysisk i nærheten av sykehusets virksomhet,
Integrering mot annen virksomhet i kommunen	Liten grad av samlokalisering mot annen helsetjeneste	Samlokalisert mot annen helserelatert virksomhet
Organisasjonsmodell	All virksomhet i legevakt samlet under en felles, formell organisasjon og driftsledelse.	Funksjonelt tett samarbeid, men i prinsippet to atskilte enheter.

Alternativene er ikke nødvendigvis slik at Alternativ 1 i den ene dimensjonen hører naturlig sammen med alternativ 1 i en annen. Men dersom en skal prøve å rendyrke noen hovedalternativer til en samlet modell, kan en trolig gjøre det ved å holde dimensjonen ”organisasjonsmodell” utenfor og rendyrke to ulike kombinasjoner av de øvrige.

Med utgangspunkt i de dimensjonene som er nevnt over, har vi satt opp to alternative modeller for legevaktfunksjon i Oslo. I begge alternativene har vi lagt hovedvekt på dimensjoner som i stor grad påvirker samspillet mellom legevakt og sykehus. Begge modellene anses som gjennomførbare og forutsettes å gi rom for et utvidet faglig samarbeid både mot fastleger/sykehjemsleger og mot sykehus. Begge alternativene bygger videre på en legevakt i et samarbeid mellom allmennlegefunksjon og spesialisthelsetjeneste. Forskjellen mellom alternativ A og B springer ut fra ulik grad av nærhet til sykehusets akuttmottak. Det er denne forskjellen som også gir grunnlaget for ulik grad av samarbeid om ulike funksjoner i legevakt. Alternativ B forutsettes å ligge såpass langt fra storbysykehusets akuttmottak at en ikke kan oppnå samspilleffekter med dette. I dette alternativet tenkes derfor at legevakta med fordel kan ligge et annet sted enn på sykehusområdet, og nettopp derfor kan en oppnå noen samspilleffekter med annen kommunal helse- og omsorgsvirksomhet.

Modell A ”Tett på” Lokalisering nær sykehus og akuttmottak	**Modell B ”Armelengdes avstand” – Lokalisering uavhengig av sykehus**
• Fysisk nært storbysykehusets akuttmottak, men ikke felles akuttmottak • Mulighet for synergieffekter knyttet til felles utnyttelse av operasjonsstuer, røntgen og lab • Egen, korttids obs.funksjon • Liten grad av samlokalisering i forhold til andre kommunale helsetilbud	• Fysisk i avstand fra storbysykehusets akuttmottak • ”Liasontjeneste” fra storbysykehuset av leger og andre relevante yrkesgrupper • Egne operasjonsstuer, røntgen og lab • Egen obs.funksjon, evt med rom for lengre liggetid • Mulig lokaliseringsmessig kopling mot andre kommunale helsetilbud

En kan merke seg at ingen av modellene innebærer felles akuttmottak med felles triagering, dette også av hensyn til at legevakten fordeler pasienter til 4 ulike sykehus som sammen dekker Oslo sykehusområde. De faglige råd som er gitt i forbindelse med lokalsykehusprosjektet tilsier at felles triagering neppe er noen god løsning i overskuelig framtid. Blant annet er det uttalt ønskelig å beholde et klart skille mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ønsket bygger blant annet på at felles akuttmottak kan føre til at pasienter som i dag behandles i allmenlegevakta kan risikere å bli behandlet på et ”for høyt” omsorgsnivå i spesialisthelsetjenesten dersom man etablerer felles triagering Frykten for å dra unødvendig mange pasienter inn i et sykehus ligger også til grunn, ikke minst med den store tilgangen og veksten i tilgang på pasienter som Oslo legevakt har opplevd.

10. Drøfting av de to modellalternativene

De to alternativene alternative modellene er videre vurdert i forhold til hvordan de bidrar til:

- behandling på rett nivå
- tilfredsstillende klarhet av ansvarsforhold
- effektiv ressursbruk
- likeverdighet i helsetjenester
- hensiktsmessig samarbeid om fag- og kompetanseutvikling

- å fremme god samhandling mellom nivåene
- god pasientlogistikk inn i sykehuset ved kritiske tilstander

Nedenfor går vi gjennom disse kriteriene i forhold til begge modellene. Flere av kriteriene ender i vurderinger det er vanskelig å si er helt utslagsgivende. Og uansett faller ikke noen av de to modellene bare positivt ut. Det betyr at en i forbindelse med den modellen som velges må gjennomføre noen tiltak som reduserer virkningen av utfordringene som valg av denne modellen kan skape.

Kriterier for valg av modell	Modell A "Tett på" Lokalisering nær sykehus og akuttmottak	Modell B "Armelengdes avstand" – Lokalisering uavhengig av sykehus
• Behandling på rett nivå	Faglig rask og god sortering kan sikre rask behandling på rett nivå – også ved å vise pasienter til egen fastlege	Avstand til sykehus og utbygd obsfunksjon med tilgang på spesialister fra sykehuset kan virke som en sunn terskel i forhold til sykehusopphold
• Tilfredsstillende klarhet av ansvarsforhold	Gir klare ansvarsforhold med de organisatoriske forutsetninger vi legger til grunn	Gir klare ansvarsforhold med de organisatoriske forutsetninger vi legger til grunn
• Krav til effektiv ressursbruk	Gir mulighet for felles bruk av fagfolk, medisinsk utstyr og bygningsmasse. Reduserer en del transportbehov.	Gir mulighet for faglige og driftsmessige samdriftseffekter mot eventuelle andre kommunale helsetjenester
• Likeverdighet i helsetjenester	Sikrer alle legevaktspasienter nærhet til et sykehus med komplett akuttmottak	Legevakt på "nøytral" grunn vil kunne gi en opplevelse av at bydelene likestilles med hensyn til "eget" sykehus sin relasjon til legevakt
• Hensiktsmessig samarbeid om fag- og kompetanse-utvikling	Lett tilgjengelig pga nærhet til sykehus	Lar seg tilrettelegge på tross av større avstander
• God pasientlogistikk inn i sykehuset ved kritiske tilstander	For pasienter som er i en alvorlig tilstand kan nærhet til storbysykehuset være avgjørende	Noe mer ambulansetransport til storbysykehus. Transport til de private og Ahus vil her være uendret

Gjennomgang av de to mulige modellene sett i forhold til kriteriene, gir ikke føringer som bare peker i retning av den ene av dem. Ved å gå inn i hvert enkelt kriterium vil man kunne se forelder og ulemper ved samtlige, alt ut fra hvilket perspektiv man inntar og hvilke hensyn som veier tyngst. Modell B gir større handlefrihet i forhold til lokalisering enn modell A. Dette skaper altså større valgmuligheter i forhold til hva man velger å knytte opp mot legevakta av kommunale helsetjenester. Modell A har en begrensing i denne sammenheng da den i større grad retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten finner det neppe formålstjenelig å ha flere kommunale helsetjenester som ikke er relatert til spesialisthelsetjenestens samhandlingsbehov geografisk knyttet til akuttområdet. Prosjektet velger derfor å presentere de to modellene som mulige scenarioer, og anbefaler at OUS i

samarbeid med Oslo kommune og de private sykehusene i Oslo vurderer hvilken modell som fra et brukerperspektiv vil være mest tjenelig ut fra en samlet helhetsvurdering.

For å gi ytterligere innspill knyttet til kriterier for valg av modell vil vi påpeke følgende at en i modell A legger avgjørende vekt på at den:

- gir en effektivitetsgevinst ved felles utnyttelse av medisinske støttefunksjoner
- gir en lavere terskel for faglig og personalmessig samarbeid mellom legevakt på sykehus (i det minste viktig for spesialisthelsedelen av legevakten).
- reduserer risiko og transportbehov for kritisk dårlig pasienter på legevakten, selv om det må påpeke at denne pasientgruppen ikke utgjør en betydelig andel av pasienttransportene

De to største utfordringene ved Modell A ligger for det første i forhold til evne til god siling mot sykehus, dvs faren for at pasienter som ikke skal inn på sykehus, likevel havner der (nærhet lav terskel). For det andre at avstanden mellom legevakt og fastlegene kan øke ettersom legevakta kan oppfattes å ha en tettere binding til- og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Til slutt må det påpekes at legevakta skal oppfattes som et likeverdig tilbud for alle deler av byen. Ved en tett fysisk lokalisering til storbysykehuset kan pasienter som tilhører andre bydeler enn OUS sektor oppfatte dette negativt.. På alle tre punkter må en legge opp til systemer ved og rundt legevakt som reduserer disse farene. (Se også punkt med oppsummering av tilrådinger).

Modell A er for øvrig den som framstår som mest lik forslagene i utredningen om Storbylegevakt. Følgende sentrale punkter i utredningen finner vi igjen i modell A:

- Lokalisering tett på sykehuset
- Faglig og driftsmessig samarbeid med sykehusets akuttmottak
- Utvidet samarbeid og samlokalisering med prehospitale tjenester

Men samtidig er det viktig å peke på at Modell A på noen punkt innebærer et klart valg i forhold til alternativer som er skissert i utredningen:

- Den forutsetter ikke én, sammenslått organisasjon (alternativ C i utredningen)
- Den innebærer ikke et sammenslått mottak (FAM)
- Den legger ikke opp til en utvidelse av legevaktens obs post
- Den tenker seg ikke at det plasseres et stort kommunalt helsehus i legevakten på sykehuset
- Den bygger på en opprettholdelse av legevaktsatellitter og/eller ettermiddagsåpne bydelsvise legesentra

I modell B legges det avgjørende vekt på at modellen:

- Åpner for et utvidet helsetilbud i kommunen ved å samlokalisere kommunale helsetilbud. Dette i seg selv vil kunne gi synergieffekter, herunder også tettere kopling til kommunens fastleger.
- Opprettholder legevaktens tyngdepunkt mot Oslo kommune samtidig som det legges det til rette for
- En langt lavere terskel enn ved dagens ordning for faglig og personalmessig samarbeid mellom legevakt på sykehus (i det minste viktig for spesialisthelsedelen av legevakten).

De to største utfordringene ved Modell B ligger i at man for det første ikke får utnyttet de synergieffekter man kom frem til i rapport om Storbylegevakta. Dette handler både om felles bruk av fagfolk på tvers av nivåer og miljøer og felles bruk av medisinsk teknisk utstyr. For det andre kan man forvente noe mer pasienttransport mellom storbylegevakta og storbysykehuset. Pasienttransport mellom storbylegevakta og de private sykehus vil være likt ved modellvalg A eller B. Her, som ved modell A må man på alle tre punkter legge opp til

systemer ved og rundt legevakt som reduserer disse farene. (Se også punkt med oppsummering av tilrådinger).

11. Alternativer for organisering av legevakt og drøfting av disse

Framtidig organisasjonsform for legevakt behandles her særskilt med utgangspunkt i at det her kan tenkes to alternativer nesten uavhengig av hvordan en for øvrig velger legevaktmodell.

Formelt todelt organisasjon: Dette vil si en fortsettelse av dagens organisasjonsform i en eller annen form. Skadelegevakta vil i så fall organisatorisk være en del av en av OUS sine klinikker, evt etter hvert av et tydeligere organisert storbysykehus. Allmennlegevakta vil være en kommunal etat. Med en samlokalisert legevakt også et annet sted enn i Storgata, kan en dag tenke seg et avtalebasert samarbeid som sikrer god felles utnyttelse av medisinsk utstyr, regulerer felleskostnader, sikrer samordning av faglige og administrative rutiner og legger grunnlaget for utstrakt faglig samarbeid mellom sykehus og allmennlegevakt. Dersom dette skal innebære at en også i større grad enn i dag trekker på annen spesialistkompetanse fra sykehus enn den som følger med den ortopediske i skadelegevakt, må rutiner for og kostnadsdekning av det presiseres i et avtaleverk.

Fusjonert allmenn- og spesialistlegevakt: Dette vil si at nåværende skadelegevakt, psykiatrisk legevakt og allmennlegevakt formelt sett slås sammen til én virksomhet. Det vil si at den sammenslåtte virksomheten også juridisk blir ett foretak. Det kan i teorien bli et statsforetak, helseforetak, kommunalt foretak, et aksjeselskap eller evt en kommunal etat. Et spørsmål som er avgjørende for virksomhetsform, blir eierskapet. På den ene enden av skalaen kan den være en virksomhet eid av to likeverdige parter, kommunen og sykehuset som helseforetak. På den andre enden kan den være eid helt av kommunen, men med et avtalebasert bidrag for sykehuset. Det vil i praksis si kjøp av tjenester fra sykehuset. En legevakt som er heleid av sykehuset, men leverer tjenester til kommunen som kommunal legevakt, er teoretisk mulig, men kanskje mindre sannsynlig ut fra at legevakens tyngdepunkt uansett vil ligge i kommunehelsetjenesten. En sammenslått legevakt krever trolig enda mer av ryddighet i avtaleforhold mot sykehus enn den som formelt er todelt fordi en her formelt sett driver kjøp av tjenester innenfor alle områder mot sykehuset. I tillegg til de økonomisk administrative problemstillingene ved den fusjonerte legevakten, kommer også de juridiske problemstillingene knyttet til pasientansvar. De bør trolig vurderes spesielt ved utforming av en slik modell.

<u>Argumenter i forhold til todelt organisasjon:</u>
Dette gjør det enkelt å opprettholde klare faglige og økonomiske ansvarsforhold. Det kan i det minste være greit ikke så lenge sykehus og kommunehelsetjeneste har ulike eiere og inntektskilder. Praksis har dessuten vist at det er mulig å realisere betydelig samarbeid mellom de to delene også innenfor denne modellen. To organisasjoner vil i teorien alltid sette noen grenser for effektiviteten i samordning. De to delene vil i prinsippet alltid ha en likestilt ledelse med ulike rapporteringsveier ”oppover”, og felles løsninger krever alltid en form for forhandlingsbasert enighet. Det fins ikke én kommandolinje. Men med godt utviklet gjensidig tillit og godt utviklet rutiner og retningslinjer for tverrgående samarbeid, trenger ikke dette være noe avgjørende hinder for å opptre enhetlig i forhold til pasientbehov.

<u>Argumenter i forhold til fusjonert allmenn- og spesialistlegevakt</u>:
Denne gir de fordeler som samling under ett lederskap kan gi. Men den innebærer en prosess med kjøp av tjenester og/eller sameieskap som kan bli krevende å få til å fungere i praksis. Og en viktig grunn til det er altså at de to interessentene har ulik eierskap og finansieringslogikk. Et tilleggsargument mot dette alternativet er også at det i en samdrift i egen virksomhet juridisk atskilt fra sykehuset innenfor dagens regler i praksis vil være umulig

med ett felles elektronisk pasientsystem for sykehus og spesialisthelsetjenestedelen av legevakta.

Også innenfor dette temaet er det gode argumenter for begge alternativer. Prosjektet tilrår likevel at en innenfor en ny legevakt opprettholder en todelt organisasjon. I den forbindelse legger en vekt på følgende:

- For de delene av sykehuset som faglig har virksomhet og fagfolk i en legevakt, vil det være enklere å få til optimal utnyttelse av ressursene innen formelt sett en sykehusorganisasjon enn atskilt fra denne innen en legevaktorganisasjon.
- I forhold til å sikre en sømløs flyt av pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjeneste i legevakt og på sykehus, er det i overskuelig tidsperspektiv mest hensiktsmessig at spesialisthelsetjenestens del av legevakten en del av sykehuset.
- Disse argumentene forsterkes både ved at det er relativt begrenset med overlapping av pasienter, og av at de to delene av legevakta i Norge er en del av to ulike forveltningssystemer i helsetjenesten.

Svakheten ved denne modellen må møtes ved egnede tiltak (se oppsummering av tilrådinger). Konklusjonen på dette punktet kunne tenkes å bli annerledes under andre rammebetingelser. Det må en eventuelt komme tilbake til dersom disse skulle endre seg.

12. Konklusjoner og tilråding

Gjennomgangen og drøfting av premisser og alternative modeller tilsier at prosjektet tilrår å vurdere både modell A og modell B som mulige alternativer for framtidig legevaktfunksjon i Oslo. Prosjektet anbefaler at OUS i samarbeid med Oslo kommune og de private sykehusene i Oslo vurderer hvilken modell som ut fra en helhetsvurdering vil være mest tjenelig. Prosjektet vil presisere at begge modellene i utgangspunktet fortsatt må være organisatorisk oppdelt i en allmennlegevakt drevet av kommunen og et akuttilbud fra sykehuset. Det vil si at det planlegges en felles legevakt etter disse prinsippene:

- Storbylegevakta bør driftes i et samarbeid mellom OUS og Oslo kommune der styringslinjer, økonomi og IKT er atskilt, men der man har en felles overbygning der områder som egner seg for fellesløsninger tas opp.
- Økonomisk, personalmessig og faglig ansvarsdeling bør avklares gjennom et egnet avtaleverk og integrering av rutiner og systemer der det er hensiktsmessig, og det bør være et fast koordineringsorgan der ledelsen i de ulike operative delene av legevakta møtes for å ta opp felles driftsmessig og faglige spørsmål.
- I møte med brukerne bør legevakten framstå som en separat enhet sett i forhold til sykehuset (kan være en noe større utfordring å få til ved modell A enn modell B).
- Ulike former for utvidet faglig samarbeid mellom sykehus og allmennlegevakt bør utvikles. Det faglige samarbeidet mellom legevaktens allmennmedisinere og andre spesialiteter bør utredes og utprøves nærmere med hensyn til hvilke spesialiteter det er særlig aktuelt å utvikle et slikt samarbeid innen.
- Spesialistkompetanse i forhold til ruslidelser tilføres legevakt i form av et akutteam som arbeider integrert med de øvrige delene av legevakten.
- Ønsker en å gå videre med å vurdere en full sammenslåing i felles virksomhet, må det utredes nærmere med hensyn til mulige juridiske virksomhetsformer og konsekvenser av slike i forhold til effektivitet og ansvarslinjer og journalføring.

Men like viktig som å beskrive hovedtrekkene i denne, vil det være å si noe om hvilke premisser de forutsetter på tilgrensende områder. Det siste vil si at utvikling av en legevakt slik den tilrås her, også forutsetter en målbevisst og planmessig utvikling på andre områder. Alle disse vil også kreve ulike former for og grader av samarbeid mellom sykehus og

kommune. Prosjektets tilråding angående vesentlige forhold som spiller inn for å sikre en god legevaktfunksjon i Oslo ser slik ut:

De foreslåtte retningslinjer for ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen i OUS implementeres
Dette er viktig med sikte på å fremme en mer planmessig samhandling som både kan redusere trykket på akuttfunksjoner som legevakt, men også bedre sykehusets samhandling med legevakten (se rapporten som omhandler retningslinjer for ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen i OUS)

Det anbefales at det utvikles et utvidet legetilbud i bydelene og ved sykehjemmene.
Dette kan ivareta og utvide den rollen legevaktsbasene har spilt.

- Det organiseres ordninger i hver bydel som gjør at minst ett legesenter med fastleger har kveldsåpent hver hverdag.
- Det legges opp til ordninger med at sykehjemsleger kan nås telefonisk utenom vanlig arbeidstid (gjennomført ved flere sykehjem i Oslo)
- Legevaktens samspill med fastleger og sykehjemsleger og den bydelsvise helsetjenesten forsterkes, bl.a. gjennom at:
    - veiledningstilbud fra legevakt overfor fastleger forsterkes
    - legevaktens pasienttelefon videreutvikles og gjøres enda mer kjent

Det anbefales at det opprettes et eller flere kommunalt helsehus med faglig bistand fra sykehusene, gjerne samlokalisert med storbylegevakten dersom man velger modell B

- Kommunale helsetjenester som ikke nødvendigvis gis i hver enkelt bydel, samles for dermed både å gi faglige og driftsmessige synergier.
- Siden modell B åpner for større variasjon av lokaliseringsmuligheter kan for eksempel dagens sykehusområde på Sinsen nevnes som en mulig lokasjon. .

Det anbefales at kommunen vurderer tiltak i eget helsetilbud som kan påvirke effekt og bruk av behandling i legevakt og sykehus.

- Dette ser ut til å være en relevant problemstilling innen rusbehandling/rusomsorg, sosialomsorg, helsestasjonstilbud, skolehelsetjeneste og ikke minst sykehjemsfunksjon.
- På dette punktet kan det også være relevant å nevne behovet for intermediære institusjonsplasser tilpasset overgang fra sykehus, evt også legevakt tilbake til hjem og hjemmetjenester.

Det settes i gang et forsterket arbeid med kompetansebygging

- Det utarbeides en langsiktig felles plan for styrking av faglig kompetanse hos fastleger og sykehjemsleger. En slik plan må omfatte et bredt spekter av tilbud fra hospitering, via tradisjonelle kurs til moderne e-læring.
- Det utarbeides en rutine for opplæring av legevaktsleger og sykehusleger i forhold til hvordan kommunehelsetjenesten i Oslo fungerer.

Etablering av ny legevakt må gjennomføres som en trinnvis prosess

- Videre arbeid med plan for innføring av en storbylegevakt etter en av de modellene som foreslås her, drøftes og avklares formelt med Oslo kommune.
- Det bør gjennomføres en nærmere bygnings- og arealmessig vurdering av muligheten for å etablere en storbylegevakt på et av OUS sine sykehusområder. De to mulighetene vil være på eller ved Ullevåls område ved Kirkeveien eller Akers område på Sinsen. Det første vil i så fall bli som del av modell A det andre som del av modell B.

- Ut fra faglige behov får allmennlegevakta i oppgave å foreslå hvilke fagspesialiteter innenfor OUS det vil være naturlig å utvikle tettere samhandling med. Faglig- og eventuelt driftsmessig fellesskap etter modell av skadelegevakta og psykiatrisk legevakt kan på denne måten utvikles.
- De aktuelle klinikker i OUS får i oppgave å vurdere nye mulige faglige områder for samarbeid mellom sykehus og legevakt. Dette harmoniseres med legevaktens behov for faglig samarbeid
- En plan for oppfølging av øvrige deler av anbefalingene tas inn i en utviklingsplan for samhandling som lages i samarbeid mellom Oslo Kommune, Oslo universitetssykehus

DEL 6

Leveranse 8

Forslag til oppgavefordeling og samhandling mellom private og offentlige Lokalsykehus

INNHOLDSFORTEGNELSE - Del 4

1 RAMMENE FOR ARBEIDET 2

2 AKUTTILBUDET I OSLO 2

3 HVORDAN FORSTÅ SYKEHUSENES SEKTORANSVARET FOR BYDELER I OSLO 3

4 FELLES MODELL FOR SAMHANDLING 3

1. RAMMENE FOR ARBEIDET

Lokalsykehusprosjektet skal gi en beskrivelse av innhold i og dynamikken rundt lokalsykehusfunksjonen i OUS. Da mandatet ble gitt, ble det erkjent at dette ikke kunne svares på fullt ut uten samtidig å si noe om grenseflater mot de to privat, ideelle sykehusene som sammen med OUS skal dekke lokalsykehustilbudet innen Oslo sykehusområde. Et leveransepunkt i mandatet heter derfor: ”Forslag på oppgavefordeling og samhandling mellom private og offentlig lokalsykehus (Oslo universitetssykehus).” En la opp til å lage denne leveransen i tett samarbeid med de to andre sykehusenes ledelse. I den forbindelse ble et innledende møte gjennomført. I tillegg ble de to sykehusene invitert med i prosjektets diskusjoner både om legevaktsfunksjon og om Modell for samhandling.

Før arbeidet med dette leveransepunktet for alvor kom i gang, mottok OUS et brev fra Helse Sør-Øst RHF med beskjed om at det skal settes i gang et eget samarbeid mellom de tre sykehusene med sikte på å avklare:

- Organisering av akuttkirurgi innen kirurgi og ortopedi
- Organisering av elektiv kirurgi
- Organisering av spesialiserte og regionale funksjoner som i dag ikke er lokalisert til OUS
- Organisering av habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling

Dette arbeidet er forventet å være ferdig til sommeren 2010, men OUS har gitt uttrykk for at en ønsker en raskere framdrift. For det er en god del svar på spørsmålene som er stilt i oppdraget fra Helse Sør-Øst som vil ha stor innvirkning på videre framdrift i organisasjons- og kapasitetsutforming av OUS.

Lokalsykehusprosjektet har ut fra dette ikke sett det som sin oppgave å levere en fullstendig rapport på dette punktet i mandatet. Vi har lagt til grunn at dette arbeidet nå overføres til arbeidet OUS har gitt oppdrag om. Her oppsummeres derfor bare hvilke problemstillinger som arbeidsdeling mot de to sykehusene reiser for videre utvikling av OUS. Dette er nyttig som utgangspunkt for OUS sin inngang i en videre arbeidsprosess sammen med de to andre.

2. AKUTTILBUDET I OSLO

På dette punktet anser vi at føringene fra Helse Sør-Østs vedtak om Hovedstadsprosessen er ganske klare. Akuttkirurgi skal i størst mulig grad samles i hvert sykehusområde. Dette innebærer maksimalt to steder med akuttkirurgi i Oslo. I det som tidligere er foreslått av vårt prosjekt forutsettes at ett av disse stedene er Storbysykehuset, og dersom multitraume flyttes og lokaliseres sammen med øvrige regionoppgaver, vil en også ha betydelig akuttkirurgi her. Det vil si at en tar vekk ett av stedene med akuttkirurgi i OUS og akuttkirurgien ved Diakonhjemmet. Volumvurderinger i Lokalsykehusprosjektet og Arealprosjektet har lagt dette til grunn.

Samtidig har diskusjoner både tidligere i Hovedstadsprosessen og i Lokalsykehusprosjektet tydelig illustrert at det er en del risiko og utfordringer knyttet til et akuttsykehus uten akuttkirurgi. Disse vil gjerne ikke ha den samme kapasitet og beredskap når det gjelder anestesi, men også kirurger som det kan være behov for ved utvikling av medisinske pasienter i en retning som krever kirurgiske inngrep. I videre samarbeid om å få tilfredsstillende kvalitet og likeverd på lokalsykehustilbudet til alle bydeler og innbyggere i Oslo, må en drøfte hvordan dette kan møtes. Her fins det trolig svar i flere retninger, og OUS må faglig medvirke til at de løsningene en ender opp med er faglig tilfredsstillende.

Effektive produksjonslinjer tilsier at en samler oppgaver innen OUS. Hele etableringen av OUS har dette som perspektiv. Men en bør også være åpen for å trekke inn de to private, ideelle sykehusene inn i utforming av en slik rasjonell driftsorganisasjon. Oppdraget som nå er gitt av Helse Sør-Øst RHF inviterer også til dette. Særlig aktuelt kan være å diskutere samling og arbeidsdeling innen de elektive kirurgiske funksjoner.

Lokalsykehusfunksjonen i OUS har i oppgave å bidra til riktig siling og samhandling mot regionale sykehusfunksjoner i samme helseforetak. Det må legges opp til at samme grensesnitt mot mer spesialisert funksjoner gjelder for pasienter knyttet til de to andre sykehusene. Diakonhjemmets sykehus har dessuten selv en regionfunksjon innen revmatologi. Plasseringen av denne bryter med prinsippet om samling av regionale funksjoner, men dette er derfor naturlig nok et tema som vi er bedt om å ta opp i den prosessen som nå starter.

3. HVORDAN FORSTÅ SYKEHUSENES SEKTORANSVARET FOR BYDELER I OSLO

Helse Sør-Øst er nå delt inn i sju sykehusområder som går i retning av hvert sitt helseforetak. De har et totalt ansvar for sykehustilbudet innen sitt opptaksområde. Her er Oslo sykehusområde i utgangspunktet i en viss særstilling. To privat eide helseforetak har hatt sine definerte opptaksområder innenfor det som nå er blitt Oslo sykehusområde. Vedtaket i hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF legger opp til at disse fortsatt får sine geografiske ansvarsområder. Det må imidlertid bli en viktig oppgave å gå gjennom hvordan vi skal forstå og praktisere sektorinndelt ansvar innen Oslo sykehusområde. Årsaken til det er en betydelig funksjonsdeling innen sykehusområdet når det gjelder oppgaver rette mot eget sykehusområdet. Denne arbeidsdelingen vil trolig utdypes ytterligere framover. Stikkord her er samling av områdefunksjoner og arbeidsdeling innen diverse elektive funksjoner. I tillegg forventes legevaktens spesialisthelsetjeneste å være knyttet opp mot Storbysykehuset i OUS. På flere områder tillegges det offentlige helseforetaket dessuten en koordinerende funksjon innen sitt sykehusområde på linje med helseforetakene i de andre sykehusområdene (uten at det er avklart hvordan denne rollen skal ivaretas). Alt i alt betyr dette at de ulike bydelene med hver sine dedikerte sykehus ikke nødvendigvis har likeartet tilbud fra sine respektive sykehus. Det kan utfordre prinsippet om likeverdighet i helsetilbud. I tillegg må den framtidige tilhørigheten til Sagene bydel avklares. Innen indremedisin er denne, i prinsippet tidsbegrenset, lånt ut til Lovisenberg, mens psykisk helsevern ivaretas av OUS. Dersom det skal være ett felles samhandlingspunkt for somatikk og psykisk helsevern, er dette ikke en heldig løsning på sikt.

4. FELLES MODELL FOR SAMHANDLING

Faktumet at en er en del av et felles sykehusområde, vil ha en betydelig arbeidsdeling og har en felles kommune å forholde seg til tilsier at en også i all hovedsak arbeider etter en felles modell for samhandling. Det forslaget til Modell for samhandling som presenteres av lokalsykehusprosjektet har hentet ideer og inspirasjon fra virksomhet i sektorene til de to andre sykehusene, og de har hatt noe medvirkning underveis i arbeidet. I praktisk utforming og implementering av flere av elementer i modellen anbefales at en legger opp til tett samarbeid med de to sykehusene. Det gjelder utforming av samarbeidsavtaler, samarbeidsorganer, erfaringsutveksling og læring, forskning og utdanning (se egen del i rapporten). Den modellen for samhandling det legges opp til, vil på flere punkter bidra til en bygger bro over problemene som kan ligge i forlengelse av ulike bydeler har svært ulike

sykehus som sitt primærsykehus. Dette gjelder også relasjonen til Ahus som del av Oslo kommunes spesialisthelsetjeneste.

ETTERORD:

ANBEFALT VIDEREFØRING AV ARBEIDET

Lokalsykehusprosjektet har i denne rapporten og gjennom prosessen som har bidratt til å skape den, gitt svar på det mandatet vi har fått. Rapporten inneholder en lang rekke forslag til prinsipper, ordninger og tiltaksområder. Oppdragsgiver, det vil si ledelsen i OUS, må nå vurdere hva av dette en vil gå videre med og legge til grunn for den faktiske utviklingen av OUS. På flere punkt vil vedtak, gjennomføring og effekter avhenge av et samarbeid også med andre aktører. En modell for samhandling vil neppe fungere uten at de vi skal samhandle med i all hovedsak går inn for den samme modellen. En legevaktfunksjon som integreres enda mer mot sykehuset enn i dag, må naturligvis sykehuset mene noe om, men framfor alt er den fortsatt primært en kommunal legevakt. Denne rapporten kan derfor i høyden bli en ramme for sykehusets samarbeid med kommunen om realisering av en praktisk løsning. Arbeidsdelingen mot de private sykehusene vil ha stor betydning for videre strukturering av OUS, men er naturligvis også av stor betydning for de private sykehusene selv. Formuleringene i denne rapporten er derfor et forslag til problemforståelse fra OUS sin side inn i et videre fellesprosjekt som nå kommer i gang. Den involverende måten vi har arbeidet på i dette prosjektet håper vi i seg selv til å ha lagt grunnlaget for en videre gjennomføring.

Dette prosjektet har altså levert en rekke forslag som krever beslutningskraft og samarbeidsvilje andre steder for å bære frukter. Men en implementering av forslagene krever også at ansvar og arbeidsoppgaver blir tydelig fordelt i OUS. I forhold til OUS nye organisasjonsstruktur vil en oppfølging kreve engasjement fra en rekke staber, klinikker og felles tverrgående gjennomføringsprosjekter. Disse bør identifiseres og krav og oppgaver fordeles, gjerne i en konkret arbeidsplan. I tråd med de foreslåtte prinsipper for lokalsykehusfunksjonen bør det dessuten sikres at en på flere nivåer har spesialkompetanse som kan støtte disse opp under arbeidet.

Lokalsykehusets rapporter har til hensikt å foreslå strukturer som til sammen former det som skal bli OUS sitt sykehustilbud spesielt rettet mot Oslos befolkning. Forventninger og ambisjoner både fra primærhelsetjeneste og brukere vil være store. De egenambisjonene vi i praksis legger opp til her, er ikke så mye mindre. I praksis kreves det tålmodighet og systematisk arbeid over en rekke år framover for å nå målet. Dette vil dreie seg både om egne aktiviteter, strukturer og tiltak knyttet til samhandling, men ikke minst om standhaftig å veve samhandlingsperspektivet inn i alle andre utviklingsprosesser og i daglig drift. Det bør være en av de mest sentrale ledelsesperspektivene for OUS på alle nivåer i åra framover.

Generelle vedlegg

Vedlegg 1 - generelt

MANDAT FOR LOKALSYKEHUSPROSJEKTET

Overordnet problemstilling og forventninger
Frem til 1. januar 2010 drives og ledes de tre tidligere helseforetakene Rikshospitalet, Ullevål og Aker i all hovedsak som separate driftsenheter. 1. januar 2010 integreres virksomheten fra Rikshospitalet, Ullevål og Aker inn i én felles organisasjons- og ledelsesstruktur, Oslo Universitetssykehus. Oslo universitetssykehus skal skape et godt og effektivt lokalsykehus. Oppgaven til Lokalsykehusprosjektet (heretter "Prosjektet") er å utarbeide forslag til organisering og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen som gir et fullverdig tilbud til Oslos befolkning. Valgt løsning må derfor ha klare ansvarsmessige grensesnitt mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus med lokalsykehusfunksjoner som betjener denne befolkningen.

Prosjektet skal utarbeide et forslag til oppgavefordeling mellom Oslo universitetssykehus og øvrige sykehus med lokalsykehusoppgaver for Oslos befolkning. I samarbeid med Oslo Kommune skal prosjektet utarbeide forslag til en samhandlingsmodell.
Prosjektet forventes å fremme forslag som bidrar til best mulig pasientbehandling, forskning og utdanning samt optimal ressursutnyttelse. Tidshorisonten for forslagene skal være hva som kan gjennomføres på kort (2010) og mellomlag sikt (2011-2015). Det må utarbeides løsninger som understøtter behovet for langsiktig bærekraft.

Prosjektet forventes å involvere alle interessenter i utarbeidelse av forslag, spesielt Oslo Kommune, Legevakten, Ahus, Vestre Viken, Lovisenberg og Diakonhjemmet.
Det er lagt opp til et stramt løp gjennom høsten og Prosjektet må utarbeide leveranser i henhold til retningslinjer og frister som er definert i mandatet. Programkontoret kan ved spesielle behov endre leveranser og tidsfrister. Det forutsettes at leveransene fra prosjektet avleveres fra hele prosjektgruppen og at arbeidsformen i gruppen er slik at tilstrekkelig involvering er mulig.

Føringer og retningslinjer til prosjektet
Forslagene som utarbeides av prosjektet skal bygge på underlagsmaterial fra tidligere arbeid og vedtak:

1. Beslutninger og føringer fra styret i Helse Sør-Øst og Oslo Universitetssykehus
2. Foreløpig målbilde for Oslo Universitetssykehus
3. Føringer og dokumentasjon utarbeidet våren 2009 i P-prosjektene

Under følger en nærmere spesifisering:
1) Beslutninger og føringer fra styret i Helse Sør-Øst og Oslo Universitetssykehus
Prosjektet skal bygge sitt arbeid på tidligere beslutninger fra styret i Helse Sør Øst og Oslo Universitetssykehus fra Hovedstadsprosessen. Prosjektet er ansvarlig for å hente inn relevante føringer og grunnlagsmaterial utover det som er nevnt nedenfor, og legge det til grunn for arbeidet. Viktige førende beslutninger er blant andre:

- Dublerte lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad
- Forpliktelser for landsfunksjonene skal ivaretas slik dette er presisert av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøteprotokollen 24. januar 2008

- Organiseringen skal understøtte et organisatorisk skille mellom lokalbaserte spesialisthelsetjenester og lands-/regions-/områdefunksjoner
- Befolkningen i sykehusområde Oslo skal tilbys likeverdige lokalbaserte spesialisthelsetjenester som ivaretar god samhandling med kommunen.
- Rollen som lokalsykehus skal forsterkes med opplevd ”én dør inn”
- 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 spydspiss innen psykisk helsevern og TSB.
- Kapasitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo tilpasses tilbudet i storbylegevakten
- 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.
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt.
- Lokalsykehustilbudet i Oslo skal innbefatte de to private sykehusene
- Akuttkirurgiske funksjoner skal i hovedsak samles
- Lokalisering av akutt- og traumeberedskap må vurderes i forhold til nødvendige avhengigheter og ny storbylegevakt
- Gode pasientforløp skal ligge til grunn for valgt organisering
- Prosessen skal gjennomføres med bred involvering og i henhold til de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling.

2) Foreløpig målbilde for Oslo Universitetssykehus
Arbeidet i prosjektet skal understøtte det overordnede målbildet for Oslo Universitetssykehus:

1. Høy kvalitet i pasientbehandlingen
2. Skape et godt og effektivt lokalsykehus
3. Styrking av høyspesialisert medisin
4. Best på forskning, utdanning og innovasjon
5. Attraktiv arbeidsplass
6. Effektiv ressursutnyttelse

3) Føringer og dokumentasjon utarbeidet i P-prosjektene våren 2009

Prosjektet skal sette seg inn i relevant dokumentasjon utarbeidet i P-prosjektene og det videre integrasjonsarbeidet skal bygge videre på anbefalinger fra P-prosjektene som er behandlet av styringsgruppen.

Roller og ansvar i integrasjonsorganisasjonen
Ledelsen i Oslo Universitetssykehus er besluttende organ (og ansvarlig for at relevant underlag som fremlegges for beslutning er drøftet).
Programkontoret har en styrende og koordinerende rolle i hele integrasjonsarbeidet. Programkontoret spesifiserer leveranser og føringer til prosjektene. Kontoret følger opp

arbeidet i prosjektene og i de tversgående integrasjonsaktivitetene og sørger for at arbeidet forløper etter planen. Programkontoret avklarer grensesnitt og evt. mål-/prioriteringskonflikter. Ved vesentlig uenighet løftes spørsmålene til Oslo universitetssykehus ledelsen med anbefaling for endelig beslutning.
Prosjektets rolle er å utarbeide løsningsforslag innen de føringer som gis fra ledelsen og programkontoret. Forslag til løsninger godkjennes av ledelsen i Oslo universitetssykehus.

Detaljering av oppgave og sluttleveranser
Prosjektet omfatter tre hovedområder:

1. Innhold i og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen
2. Oppgavefordeling mot eksterne aktører i Oslo, inkludert legevakt
3. Ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus og samhandling mellom Oslo kommune og lokalsykehus i Oslo

Nedenfor følger en nærmere definering av hovedområdene, samt leveransene. Alle forslag prosjektet kommer med skal inneholde en risikovurdering i forhold til premisser og målbilde og foreslå hvordan arbeidet med disse kan håndteres.

1) Innhold i og lokalisering av lokalsykehusfunksjonen

Prosjektgruppen skal fremlegge forslag til innhold i lokalsykehusfunksjonen, med angivelse av grensesnitt mot lands- og regionsfunksjoner, samt omfang av aktivitet som skal overføres til Ahus og Vestre Viken. Med utgangspunkt i dette utarbeides forslag til lokalisering. Lokalsykehusfunksjonen skal få en form som gjør den velegnet til ramme for forskning og utdanning/etterutdanning.
Kritiske leveransetidspunkt:

- Leveranse nr 1 (10. sept.): Beskrivelse av utfordringsbildet, premisser og ønskede effekter med hensyn til lokalsykehusfunksjonen, samt gjensidige forventninger mellom interessentene.
- Leveranse nr 2 (15. okt.): Beslutningsunderlag for valg av antall lokaliseringer for sykehusvirksomhet i Oslo universitetssykehus.
- Leveranse nr 3 (15. okt.): Beskrivelse av to alternative lokaliseringer av lokalsykehusfunksjonen, med anbefaling.
- Leveranse nr 4 (15. okt.): Beskrivelse av to alternative fordelinger av områdefunksjoner og hvilke akuttfunksjoner som er nødvendig i lokalsykehuset for å kunne tilby et fullgodt lokalsykehustilbud.
- Leveranse nr 5 (15. okt.): Beskrivelse av aktivitet og estimat for aktivitetsvolum (sengekapasitet, dagbehandling og poliklinikk pr. fagområde) som skal overføres til Ahus og Vestre Viken.

2) Oppgavefordeling mot eksterne aktører i Oslo, inkludert legevakt

Prosjektgruppen skal utarbeide forslag til fordeling av oppgaver mellom Oslo universitetssykehus og de øvrige sykehusene som skal ivareta lokalsykehusfunksjoner for befolkningen i Oslo, inkludert legevakt.

Legevakten omfatter både kommunal- og spesialistlegevakt. I denne sammenheng er det særlig spesialistlegevakten som skal avklares, men det er viktig å koordinere denne med den kommunale legevakten.
Kritiske leveransetidspunkt:

- Leveranse nr 7 (22. okt): To alternative løsninger for legevaktfunksjonen, samt anbefaling (spesialistlegevakt, storbylegevakt og sykehusets akuttmottak – på kort og mellomlang sikt).
- Leveranse nr 8 (29. okt): Forslag på oppgavefordeling og samhandling mellom private og offentlig lokalsykehus (Oslo universitetssykehus).

3) Ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus og samhandling mellom Oslo kommune og lokalsykehus i Oslo

Prosjektgruppen skal i samarbeid med Oslo Kommune og de andre sykehusene som ivaretar lokalsykehusfunksjoner i Oslo utarbeide forslag til en samhandlingsmodell som også ivaretar politiske føringer (Samhandlingsreformen). Forslaget skal ivareta et sammenhengende rehabiliteringstilbud mellom kommunehelsetjenesten og lokalsykehuset.

Kritiske leveransetidspunkt:

- Leveranse nr 6 (15. okt.): Retningslinjer for ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen internt i Oslo universitetssykehus.
- Leveranse nr 9 (26. nov.): Modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og Oslo kommune (inkl. utviklingsambisjoner – herunder bl.a. rehabilitering og legevaktfunksjon), samt plan for implementering. Modellen skal omfatte løsning for integrasjon mellom rus, psykiatri og somatikk i lokalsykehustilbudet, samt rusakutten.

Grensesnitt og avhengigheter i forhold til andre

- Viktige grensesnitt mot klinikkprosjektene og ”Avklaring organisering og grensesnitt”, ”Arealoptimalisering og kapasitetstilpassning” og ”Land- og regionsfunksjoner”, ”Virksomhetsstyring” og stabsfunksjoner.
- Tilpasning av areal og kapasitet ledes av ”Arealoptimalisering og kapasitetstilpassning” med innspill fra prosjekt Lokalsykehus på temaer relatert til lokal- og områdefunksjoner som overføres til andre områder.
- Helse Sør-Øst sitt prosjekt om Prehospitale tjenester, med særlig fokus på samarbeid med legevakt.
- ”Økonomisk bærekraft”: Forventede synergier og/eller investeringer må klarlegges i samarbeid mellom prosjekt Lokalsykehus og ”Økonomisk Bærekraft”.

Ressursbehov

Prosjektet skal være sammensatt etter retningslinjer fra programkontoret. Prosjekteier fremmer forslag til programkontoret til bemanning av prosjektet.

Prosjektorganisasjon

- Kjernegruppe på minst 5 personer etableres med ansvar for koordinering og gjennomføring
- Ressurspersoner trekkes inn i tilknytning til bestemte deloppgaver

- Referansepersoner fra mest berørte klinikker og sykehus, kommunal helsetjeneste, brukerorganisasjoner osv. involveres i aktuelle prosesser og deltar i møter
- Tillitsvalgte og verneombud deltar etter sentrale retningslinjer og for øvrig i prosjektgruppemøter og arbeidssamlinger, samt som samtalepartnere etter behov. Det avklares tidlig hvilke saker som skal til drøfting.

Nøkkelinteressenter utenom Oslo universitetssykehus

¶ Oslo kommune: Sykehjemsetat, Oslo kommunale Legevakt, Rusmiddeletat, Omsorgs- og velferdsetaten, Bydel: Bestillerkontor/ bydelsoverlege

¶ Helse Sør-Øst: Ahus, Vestre Viken, Styret

¶ Tillitsvalgte: Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Verneombud, andre

¶ Fastleger: Allmennlegeforeningen, Oslo Legeforening

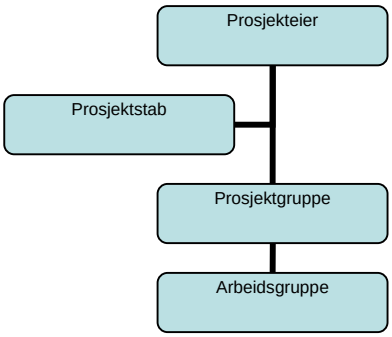
¶ Andre lokalsykehus: Diakonhjemmet, Lovisenberg

¶ Brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter

¶ Avtalespesialister

Generelt vedlegg 2:
Organisering, involvering og gjennomføring av arbeidet

Organisering av arbeidet



Prosjekteier: Øystein Dolva

Prosjektstab: Per Magnus Mæhle, Ellen Andersen,
Nina Fosen (Terramar) , Jon østensvig (Terramar)

Prosjektgruppe:

Per Magnus Mæhle (leder)
Øystein Dolva (prosjekteier)
Ellen Andersen
Nina Fosen
Birgit Aanderaa, Norsk psykologforening
Hans Martin Aase, Fagforbundet
Kristian Tonby, Legeforeningen
Per Oddvar Synnes, Hovedverneombud
Sissel Eik Haave NITO, OUS, Aker
Svein Erik Urstømmen, NSF, OUS, Aker
Ramona Braanen, Verneombud, OUS, Ullevål

Prosjektgruppen har hatt ukentlige møter

Arbeidsgruppe knyttet til samhandling:

Per Magnus Mæhle, OUS (leder),
Ellen Andersen, OUS, prosjektstaben
Nina Fosen (Terramar), prosjektstaben
Henning Mørland, konst kommuneoverlege Oslo
Marie Anbjørg Joten, assisterende bydelsdirektør bydel Nordstrand
Vibeke Schou Jensen, samhandliningssjef, OUS
Bjørn Sletvold, tillitsvalgt for fastlegene i Oslo
Sissel Haavaag, sjef, helsefag og samhandling, OUS, Aker
Kari Skredsvig, sektorkoordinator samhandling, OUS, Ullevål
Bente Thorsen, praksiskoordinator OUS, Aker, og fastlege i Oslo
Stine Jakobsson Strømsø , leder brukerutvalget OUS
Lena Kristine Hinrichsen, representant for tillitsvalgte
Gaute Godager, representant for tillitsvalgte
Lillanna Lindeman Engzelius, samhandlingsdirektør Diakonhjemmet DS

Arbeidsgruppen har hatt ukentlige møter samt produsert innhold til leveransen mellom møtene.

involvering

Involvering av Oslo Kommune, administrativt nivå

Prosjekteier og representanter for prosjektstaben har hatt møter med Peter Martin (Oslo kommune, byrådsavd for eldre og sosiale tjenester), Henning Mørland (konstituert kommuneoverlege i Oslo) og Endre Sandvik / Anne Kathrine Nore (Allmenlegevakten, Oslo kommune) omtrent hver annen uke for å orientere om status samt diskutere vesentlige problemstillinger.

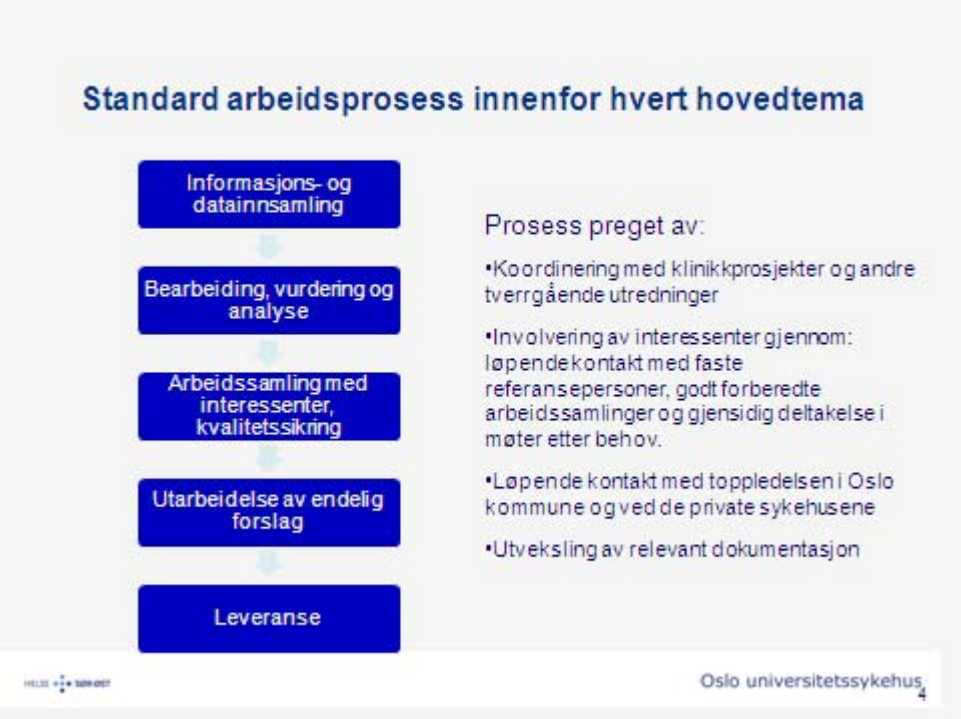
Brukere

Prosjekteier og representanter fra prosjketstabeen har totalt hatt tre møter med leder og nestleder for Brukerutvalget gjennom prosjektperioden. I tillegg har representanter for prosjketstaben deltatt med presentasjon på de to møtene som brukerutvalget har hatt i samme tidsperiode. Leder av brukerutvalget har deltatt på to møter i arbeidsgruppe for samhandling.

Gjennomføring

Oppstart og prosesstenkning

Prosjektet har hatt innledende møter med relevant nøkkelpersonell i Oslo kommune, Direktør for hhv Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet, der forventninger til deltakelse og bidrag i Lokalsykehusprosjektets gjennomføring er diskutert. Disse virksomhetne var videre representert på arbeidssamlingen 4.9., der utfordringer, premisser og ønskede effektmål ble diskutert. Forventninger er i stor grad knyttet opp til ønsket effekt, og i så måte er en felles



forståelse og prioritering av ovennevnte effektmål en avklaring på dette området.
Når det gjelder forventninger til involvering i prosjektets arbeid, har prosjektet lagt opp til en arbeidsform som illustrert nedenfor. Denne har fått aksept både fra de som er direkte involvert og andre interessenter.

Arbeidssamlinger
Det har totalt vært avholdt 8 arbeidssamlinger, stort sett av 3 timers varighet. Deltakerantallet har variert fra 30 til 50 personer. På de fleste samlingene har det har vært representasjon fra Oslo kommune og primærhelsetjenesten, de private sykehusene i Oslo, Brukerutvalget OUS samt ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten i OUS.

Arbeidssamlingene har fordelt seg slik:

- 2 arbeidssamlinger knyttet anbefaling av to alternative løsninger for legevaktfunksjonen, samt anbefaling (spesialistlegevakt, storbylegevakt og sykehusets akuttmottak – på kort og mellomlang sikt).
- 2 arbeidssamlinger knyttet til anbefaling av retningslinjer for ivaretakelse av lokalsykehusfunksjonen internt i Oslo universitetssykehus.
- 2 arbeidssamlinger knyttet til anbefaling om modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenestens lokalsykehusfunksjoner og Oslo kommune (inkl. utviklingsambisjoner – herunder bl.a. rehabilitering og legevaktfunksjon), samt plan for implementering. Modellen skal omfatte løsning for

I tillegg har det i tilknytning til foregående fase i prosjektet værtavholdt 3 samlinger. En oppstartsamling og to knyttet til valg av type lokalsykehus og lokalisering. Disse tre har også hatt bred representasjon.

Fokusgruppemøter
Deltakere fra prosjektstaben har arrangert flere fokusgrupper à 2 timers varighet omkring ulik tematikk knyttet til samhandling. Intensjonen har vært styrke rapporten ved å innhente erfaring og kunnskap fra personer som har meninger og innsikt om de utvalgte temaområdene.

- Brukerorganisasjoners innspill angående samhandlingsmodell mellom OUS og Oslo kommune. 4 brukerorganinsasjoner deltok med en representant hver.
- Integrasjon mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. 4 representanter fra Oslo kommune og 5 medarbeidere fra OUS deltok.
- Integrasjon mellom rus, psykiatri og somatikk. 2 representanter fra OUS brukerutvalg (innenfor psykisk helse og rusfeltet) samt 3 medarbeidere fra OUS deltok
- Samhandling rundt pasienter på sykehjem med representanter for sykehjem, sykehjemsleger, sykehjemsetat og sykehus

Deltakelse i etablerte møtefora

- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Samarbeidsforum 2, OUS, Ullevål

I tillegg har det vært avholdt diverse samtaler med ulike aktører, både internt i OUS og eksternt med våre samarbeidspartnere.

Del 1
Vedlegg 1

Relevante momenter gjennom regjeringens stortingsmelding om samhandling

Ved å sette samhandling spesielt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste i sentrum, vil denne stortingsmeldingen gi en viktig plattform også for utforming og utvikling av hva lokalsykehuset skal være.

1) Forståelse av utfordringer

Meldingen bygger på en forståelse av en forståelse av hva som er utfordringene som kan oppsummeres slik:

- Kvaliteten av pasientbehandlingen svekkes av at tjenestene på tvers av flere grensesnitt ikke er godt nok koordinert. Samtidig tilsier kostnadsutviklingen at mye må settes inn på å få relativt mer helseeffekt for det en setter inn av ressurser. Denne samfunnsøkonomiske utfordringen peker imidlertid i retning av de samme typene grep som pasientutfordringene. Det handler om utvikling av tiltak og virkemidler som bedrer samhandlingen.
- Det er også slik at den utviklingen en nå overtid har sett og vil fortsette å se i helse- og sykdomsbildet krever stiller store krav til enda mer koordinert innsats fra de ulike nivåene i helsevesenet. Også dette setter altså samhandling på dagsorden.
- Det er ikke minst en del store og voksende pasientgrupper som særlig utfordrer samhandling: folk med sammensatte lidelser, med kroniske lidelser og eldre. Det er pasientgrupper som tar en stor del av helsevesenets kapasitet allerede og vil kunne ta enda større del i framtida. De er kjennetegnet av at de sjelden har enkle pasientforløp der de før en enkel diagnose med én klar behandling som med stor sannsynlighet gjør at pasienten frisk og relativt funksjonsdyktig når behandlingen er ferdig.

- De instansene som må samhandle har dessuten ulike organisatorisk og institusjonell tilhørighet, og styres dessuten fra ulike forvaltningsnivåer. Det er snakk om kommunalforvaltning, kommunale foretak, interkommunale institusjoner, statlige etater, statlige helseforetak, private AS organiserte virksomheter, selvstendige næringsdrivende enkeltpersonforetak (fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter). Samtidig har de ulike finansieringsmodeller som lett gir en "ubalansert" insitamentstruktur når det gjelder samhandling.
- Utviklingen av behandlingsprosessene i alle ledd preges av to tendenser som til dels kan synes å stå i konflikt med hverandre: Den er tendensen til å standardisere all behandling i tråd med det som vurderes som beste måter å gjennomføre behandlingen av en bestemt lidelse på. Den andre tendensen er tendensen til å skreddersy behandling til den enkeltes brukers spesifikke behov (ref f.eks. individuell plan). Meldingen drøfter hvordan begge disse tilnærmingene må kombineres, men vektlegges noe ulikt i forhold til ulike pasientgrupper. Denne dobbeltheten vil også måtte prege innholde i samhandlingen.

2) Utviklingsretning, virkemidler og tiltak

Meldingen preges av en forståelse av at bedre samhandling handler om å utvikle en rekke ulike arenaer og virksomhetsområder. Det er ikke ett enkelt svar. Den referer og så til en rekke eksempler fra ulike steder i landet der en med hell har drevet utviklings- og forsøksarbeid innenfor ulike områder av samhandling.
De viktigste målsetningene for forbedringsarbeid og tiltak framover mener meldingen må være:

- Relativt sett færre pasienter bør ha behov for inneliggende behandling ved sykehusene
- Relativt sett bør ressursveksten i helsesektoren skje sterkest i kommunehelsetjenesten og i den grad funksjoner flyttes fra sykehusene, må ressurser følge med
- Styringen av ressursbruken i sykehusene må bedres
- Kommunenes styringsevne i forhold til ressursene knyttet til kommunehelsetjenesten bør styrkes

Stikkord for de viktigste tiltaksområdene meldingen peker på er for å nå disse målene er:

- Pasientforløp bør analyseres, beskrives og utvikles på tvers av skillet primær / spesialisthelsetjeneste.
- Samhandling må få et tydeligere ledelsesmessig og organisatorisk ansvarspunkt både i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Kommunehelsetjenesten må styrkes og utvikles slik at denne blir det stedet der en først og fremst skal møte helseutfordringene framover
- Spesialisthelsetjenesten må få en aktiv rolle i den nødvendige utviklingen av kommunehelsetjenesten.
- Sentrale områder for utvikling av kommunehelsetjenesten, men også samarbeidet med sykehusene vil være: styring av pasientens egenmestring, forebedret arbeid til behovsanalyse og planlegging, forebyggende arbeid, fastlegesystemet (styring og tidsbruk), tidlig intervensjon, lavterkseltilbud, legevaktfunksjon, etterbehandling, lærings- og mestringsvirksomhet, rehabilitering og intermediærinstitusjoner. Det er særlig innen kommunene eller i en interkommunal ramme dette må styrkes, men altså til dels med støtte og bidrag fra sykehusene.
- Forskning og utdanning av helsepersonell må i større grad rette seg mot å bygge kompetanse for de behovene som vil ligge primærhelsetjenesten og i samhandlingsgrensesnittene.
- Det må satses på å gjøre IKT messig infrastruktur til en mer egnet infrastruktur for samhandling mellom ulike nivåer og instanser.
- Det må satses massivt på kompetanseutveksling mellom nivåene og kompetansestyrking i kommunehelsetjenesten.

- Avtalesystemet mellom kommuner og helseforetak må videreutvikles med sikte på å klargjøre fordeling av oppgaver, men samtidig være en ramme for utvikling av et mer dynamisk samhandling (bl.a. skal kravene til kompetanseoverføring stadfestes).
- Samhandling må gis en sterkere og tydeligere organisatorisk plassering ved helseforetakene.
- Funksjonen å koordinere pasientforløp og samhandlingen rundt disse må utvikles og styrkes både ved sykehusene, i kommunene og ikke minst mellom dem.
- De ønskede utviklingstrekkene må styrkes gjennom finansielle insitamenter, og de viktigste som foreslås er å senke andelen innsatsfinansiert virksomhet i sykehussomatikken fra 30 % til 40 % og å la 20 % av finansieringen av sykehusene gå via kommunene (gjennom styrking av kommunenes frie inntekter tilsvarende).

Stortingsmeldingen tar ikke opp fundamentale spørsmål som endring av sykehusene organisering. Den stiller sykehusene overfor betydelige utfordringer når det gjelder å bidra til utviklingen som primært skal skje i kommunene og i grensesnittene mellom dem, og i dette legger en altså også opp til en justering av det finansielle grunnlaget for sykehusene.

Del 2, Vedlegg 4

Oversikt over lokaliserings- og kapasitetsbehov for klinikk A

Oversikt over lokaliserings- og kapasitetsbehov for klinikk A

Dette notatet gjennomgår de ulike delene av virksomheten som faller innenfor klinikk A i OUS. Formålet med gjennomgangen er å klassifisere virksomheten med utgangspunkt i disse spørsmålene:

1) Hvilke enheter bør samles i tilknytning til de somatiske lokalsykehusfunksjonene (og dermed også i forhold til hverandre)?
2) Hvilke enheter kan eventuelt ha visse fordeler av slik samlokalisering, men er mindre avhengig av dette for å bidra til en samlet god lokalsykehusfunksjon?
3) Hvilke enheter kan med fordel lokaliseres et helt annet sted enn hovedstedet for lokalsykehusvirksomheten?

Gjennomgangen er organisert her på bakgrunn av den nivå 3 organiseringen som nå er valgt, men knytter også an til hvor virksomhetene er lokalisert i dag. En relativt stor del av denne virksomheten er i dag ikke lokalisert sammen med somatisk virksomhet, og den foregår spredt på en lang rekke steder.

Gjennomgangen legger for øvrig vekt på å gi noen generelle betraktning, kvantifisere omfanget av virksomheten når det gjelder døgnplasser og angi konsekvenser i forhold til overføring av opptaksområde til Ahus.

Denne oversikten forholder seg ikke til avgjørelsen om hvor virksomheten evt bør samles, men er bl.a. ment som grunnlaget for en slik diskusjon.

1. Voksenpsykiatri

Disse delene av virksomheten vil ha gevinster ved å lokaliseres sammen og sammen med somatisk virksomhet i lokalsykehuset:

- . Akuttpsykiatri

Bør ligge nær akuttsomatikk og akuttrus (nærhet til avrusning, indremedisin, geriatri, kirurgi,, anestesi, labb og røntgen er et poeng).

I dag er det 45 døgnplasser på Ullevål, Kirkeveien, og 45 døgnplasser på Aker, hvorav 32 på Sinsen og øvrige på Gaustad. Det er grunn til å tro at ved reduksjon av opptaksområde vil Ullevål sitt akuttpsykiatriske tilbud tilnærmet absorbere det totale behovet i det gjenværende opptaksområdet.

- Alderspsykiatri

Bør ligge nær geriatrisk og annen indremedisinsk virksomhet. Det vil være viktig med tilgang på anestesi (ECT-behandling)

I dag er det 27 døgnplasser på Ullevål, Vardåsen, Asker, og 22 døgnplasser og poliklinikk med dagtilbud (for 30) på Aker, Gaustad. Reduksjon av opptaksområde gir prosentvis ca samme reduksjon i behov for døgnplasser som ved akuttpsykiatri. og tas fra det samlete kapasitet

- Psykosebehandling/allmennpsykiatri

Kan lokaliseres i tilknytning til annen samlokalisert lokalsykehuspsykiatri, men kan alternativt samlokaliseres med regional sikkerhetsavdeling, dog vil direkte bygningsmessig samlokalisering ikke være ønskelig.

I dag er det 38 døgnplasser på Dikemark og 30 døgnplasser på Aker, Gaustad. Dette inkluderer også sikkerhetsplasser (nivå 2) for Aker, Lovisenberg og Diakonhjemmets sektor. Ullevåls allmennpsykiatriske avdeling omfatter 12 sikkerhetsplasser på nivå 2. Det kan være aktuelt å plassere deler av tilbudet sammen med psykiatrien på lokalsykehusets hovedsted. Resten kan lokaliseres utenfor lokalsykehuset, evt sammen med regional sikkerhetsavdeling, evt på Gaustad (se nedenfor).

2. Lands- og regionfunksjoner, voksne

For disse enhetene vil konklusjonene variere med hensyn til spørsmålene om lokalisering.

- Regional sikkerhetsavdeling

Kan med fordel lokaliseres et annet sted enn der lokalsykehuset er samlet..

Er i dag del av psykiatrien ved Ullevål, lokalisert til Dikemark men kan evt samles sammen med lokal psykoseavdeling/sikkerhetsavdeling på Gaustad.

- Psykisk utviklingshemmede og autisme

Er dag en del av Ullevål, plassert på Dikemark. Faglige grunner tilsier en plassering opp mot annen psykiatri der lokalsykehuset samles. Voksenhabilitering er en annen grenseflate.

Har i dag 10 døgnplasser.

- Enhet for førstegangspsykoser

Er i dag en del av Ullevål og ligger på Majorstua. Bør også i framtida trolig ligge utenfor sykehusområdet.

- Spesialpoliklinikker og sentra

Både Aker og Ullevål har på henholdsvis Gaustad og Kirkeveien en del spesialpoliklinikker og sentra med regionale og nasjonale funksjoner. Noen av disse har også forskning og fagutvikling som sterkt integrert del av virksomheten. Disse kan ha faglige fordeler av å ligge nær den psykiatrien som er samlet ved lokalsykehuset. Det gjelder f.eks. både regional og

lokale enheter for spiseforstyrrelser (betydning med nærhet til Gastromiljø) (20 døgnplasser) ved Kirkeveien, lokal poliklinikk på Gaustad). Samling mot forskningsvirksomhet kan være et annet hensyn for lokalisering av disse. Men dette er ikke virksomhet som helst må samles på hovedstedet for lokalsykehus.

3. Rus og avhengighetsbehandling

- Akuttmottak rus

Dette er under oppbygging ved Aker, Sinsen. Bør fortsatt være lokalisert sammen med annen akuttvirksomhet ved lokalsykehuset.

Det er ventet at dette tilbudet i løpet av et par år vil kunne ta imot 6-10 000 årlige henvisninger samt ha en avdeling med døgndrift til 12 døgnplasser (men her kan flere behandles pr plass pr døgn).

- Avgifting

Bør være lokalisert i tilknytning til hovedsted for lokalsykehus. Enhetene er i dag i Storgata, Montebello (alkohol) og ved Ullevåls (narkotika) område. og har til sammen 65 døgnplasser.

(inkl. 2 plasser etter tvangsbestemmelsene). Det planlegges en avgiftning i Follo DPS med 7 plasser som går over til Ahus.

- Behandlingstilbudet

Voksen: To enheter, Ullvin, og AFX (inkl 3 plasser etter tvangsbestemmelsene), samlet 33 døgnplasser. I tillegg kommer poliklinisk aktivitet.

Unge: Frogn (kvinner), 8 plasser, Veksthuset – 27 døgnplasser. (De 7 plassene i ettervernsboligene fases ut i løpet av 2009. Det bygges opp et nytt korttidsbehandlingstilbud med ressurser fra enheten Ås samtidig som det bygges opp poliklinikk/dagtilbud for å øke både kvalitet og kvantitet).

Virksomheten i disse behandlingsenhetene bør absolutt ligge sammen med hovedsted for lokalsykehus, Det kan gi større effektivitet ved felles vaktlag samt bruk av felles ressurser, samt bruk av felles poliklinikk og medisinsk teknisk utstyr.

- Avdeling Spesialiserte poliklinikker

Poliklinikk for legemiddelassistert behandling ligger i dag i Tåsenveien rett utenfor Ullevål sitt område. Denne virksomheten bør absolutt ligge i tilknytning til et sykehusområde. Virksomheten er tett integrert mot forskning..De har et daglig ansvar for å behandle over 1200 mennesker og et regionsansvar for over 2000.

Lærings- og mestringssenter, ligger i dag på Gaustad. Bør i framtida ligge på et sykehusområde

4. Psykisk helsevern for barn og ungdom

Ikke noe av denne virksomheten er avhengig av å ligge på sykehusområde sammen med somatiske lokalsykehustilbud for at dette sykehuset skal kunne gi et godt tilbud til i barne- og ungdomspsykiatri. Det er imidlertid et behov for nær faglig kontakt mot pediatri, og bistand fra labb og røntgen. Med mye av virksomheten lokalisert i Sognsvannsveien, bør en utvikle et slikt samarbeid med avdelingene på tidligere Rikshospitalet. Det er også et spørsmål om det med fordel kunne ligge et akuttilbud med nærhet til øvrig akuttilbud innen lokalsykehuset. En sterkere integrering mellom ungdomstilbud og rusbehandling er også en problemstilling. I den delen av virksomheten som har ”byomfattende” opptaksområde, regner en med at 30 % av pasientunderlaget forsvinner ved redusert opptaksområde. BUPpoliklinikkene er ikke med i oversikten.

- Enheter på Ullevåls område (bygg 21)

Har i dag en familiepoliklinikk to dagenheter og et konsultasjonsteam ved Barnesenteret.

- Akuttenhet ungdom, Sognsveien 9

Har i dag 5 døgnplasser.

- Sognsvannsveien 53-67 (Tidligere Statens Senter).

Har i dag to døgnenheter for ungdom med i alt 8 døgn plasser og 8 dagplasser en døgnenhet for barn med 6 plasser, Familieenhet med 3 plasser, Nevropsykiatrisk enhet(utredning) og Ungdomspoliklinikk med akutt-team og skolevegringsteam.

- Nydalen, Gjerdrumsvei 16

Har i dag en døgnenhet for barn under 14, med 6 plasser. Lokalene leies, ikke helt egnet for formålet, men ikke en virksomhet som trenger å ligge på et sykehusområde.

- Nydalen, Gjerdrums vei 21

Har i dag en dagenhet for arenafleksibel behandling, 10 plasser for barn under 14. Leide lokaler.

5. Forskning og undervisning

- Psykoseforskning, topprogrammet, på Ullevål mot Tåsenveien
- Kompetansesenter Sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri, ligger på Gaustad
- Regionalt kompetansesenter Vold og Traumatisk Stress, ligger på Gaustad
- Forskningsavdelingen Aker, Gaustad
- Forskningsavdeling barne- og ungdomspsykiatri, Sognsvannsveien
- Forskningsvirksomheten rus og avhengighet + Seraf, Tåsenveien.
- Biblioteket, (i dag spredt flere steder)

I alt er det i dag ca 150 ansatte (faste og midlertidige) knyttet til disse enhetene. De fleste av disse er ansatt bare i Helseforetaket, noen har ansettelse både der og i Universitetet, og en mindre gruppe er ansatt bare i Universitetet.

I tillegg kommer forskning organisert under Regional avdeling for spiseforstyrrelser og under Avdeling for Personlighetspsykiatri.

Forskningsvirksomheten vil ha klare interesser i å samles i større grupper for å kunne skape ett fagmiljø. I en slik samling teller følgende hensyn:

- rimelig nærhet til klinisk virksomhet
- nærhet til universitets institutter innen for mest aktuelle fag
- rimelig nærhet til forskningsmiljø innenfor andre tilgrensende fagområder.
- rimelig nærhet til kjernefasiliteter som for eksempel hjerneavbildning.

Dette kan tale for at forskning med fordel kan samles på hovedstedet for lokalsykehusvirksomheten, enten dette blir Sinsen eller Kirkeveien. En annen mulighet kan være i Akers område på Gaustad.

Koordinering av undervisning og gjennomføring av undervisning krever både kontorer og egnede undervisningsrom. Dette bør lokaliseres nær den kliniske virksomheten, evt til dels sammen med forskningsvirksomheten, men også på de enkelte kliniske enheter som for eksempel distriktspsykiatriske sentre.

Noen supplerende generelle vurderinger:

- Faglig støttevirksomhet mot somatikk.

Både psykiatri og rusbehandling bør spille en rolle i forhold til å kunne gi faglig støtte og bistand i forhold til pasienter som er innlagt på somatiske avdelinger på lokalsykehuset. Den ting å avgjøre hvem som organisatorisk skal ha ansvaret for denne kompetansen, men i denne sammenhengen er poenget å påpeke at den trenger et minimum av arbeidsplass.

- DPS og BUP virksomheten

En viktig del av lokalsykehusvirksomheten i OUS vil være virksomheten i DPS og BUP. OUS vil i utgangspunktet ha fire DPSer – når Follo og Alna er overført. Det er vurdert om noen av disse bør ligges til et sykehusområde.

Del 3, vedlegg 1:
Ytterligere beskrivelser av samhandlingsaktører

Nedenfor følger utfyllende beskrivelser av enkelte aktører knyttet til samhandlingsmodellen. Beskrivelsene supplerer rapportens relativt korte beskrivelse av de ulike aktørene, og kan bidra til større forståelse for aktørbildet og samhandlingsbehovet.

PASIENTEN

Pasienter med rus-, avhengighets- og/eller psykiske lidelser
Oslo har en større andel pasienter med rus- og avhengighetslidelser enn andre kommuner. Det er også verdt å merke seg at disse pasienten, sjelden kommer inn i sykehuset på grunn av rus e alene, men ofte i kombinasjon med enten somatiske- eller psykiatriske lidelser, eller en kombinasjon av disse. Integrasjon mellom somatikk, psykiatri og rus er derfor vesentlig.

En svært høy andel av pasientene innen psykisk helse også ruslidelser, og for denne pasientgruppen kan det være vanskelig å se hva hovedproblemet egentlig er; rus eller psykisk helse, og historiene om pasienter som kasteballer mellom primær og spesialisthelsetjenesten, samt innen spesialisthelsetjenesten er mange.

Det er også verdt å merke seg at medvirkning er vanskelig for paseinter med rus-, avhengighet- eller psykiske lidelser, det samme gjelder informasjonstilgjengelighet (spesielt svært dårlige pasienter), samtykke og oppfølging av avtaler. Pasientens private nettverk (støttespillere, familie, fastlege etc.) kan være spesielt viktig å involvere i samhandlingsprosessenerundt disse pasientene.

Pasienter innen rus, avhengighet og psykisk helse har trolig et større behov for en oppsøkende helstjeneste (ACT-team) der både primær- og spesialisthelsetjenesten bidrar forebyggende både ifht rus-, psykisk helse og somatikk slik at pasienten ikke havner inn på sykehus i like stor grad som i dag. Tidlig Intervensjon i bydel beskrives her som ønskelig.

Behovet for alminneliggjøring av pasienter innen psykisk helse, rus og avhengighet påpekes fra brukerhold som viktig, også for utvikling av spesialisthelsetjenestens syn på pasienter i denne gruppen i tråd med endringene i pasientgruppens omfang og sykdomsbilde. Dette perspektivet inkluderer også oppmerksomhet på behovet for formalisert samarbeid også for dem som ikke har et uttalt stort rusproblem (eks. kronikere).

Eldre pasienter
Antall geriatriske pasienter er som nevnt økende, og denne gruppen utgjør en stor andel av Lokalsykehusets pasientgruppe innen somatikk. Det er et økt fokus på eldres behov for psykisk helse-hjelp og at tverrfaglighet i lokalsykehsufunksjonen med tanke på geriatri – somatikk og psykisk helse er vesentlig. Økt antall eldre pasienter vil også medføre et klart økt behov for rehabiliteringshjelp, hjemmetjenester og oppfølging fra primærhelsetjenesten.

En utfordring som er kommet frem gjennom prosjektarbeidet er at eldre ofte raskt defineres som sykehjemspasienter, til tross for at behovet kanskje mer knyttes til alderspsykiatrisk hjelp eller plass. Her signaliseres det økt behov for kompetanse relatert til utredningsfasen.

Pasienter med minioritetsbakgrunn
I samhandlingsreformen pekes det på at innvandrerbefolkningen bærer med seg et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen ellers, eksempelvis andel av befolkningen med diabetes eller dialysebehov. Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Avhengig av hvor folk kommer fra i verden, kan brukerne fortolke sin helsetilstand og symptomer på ulike måter. I Oslo har nå 26% av befolkningen innvandrerbakgrunn, og andelen er økende.

KOMMUNENS HELSE- OG SOSIALTJENESTE

Oslo kommune styres av et bystyre og et byråd som er ansvarlig overfor bystyret. Mye av kontakten med byens innbyggere har politikerne gjennom bystyrets faste komiteer. Byrådet kan ha inntil åtte byråder og ledes av byrådslederen.

Bystyret er overordnet bydelsutvalgene i hver av de 15 bydelene. Byrådet har det overordnede ansvaret og delegerer myndighet via fagbyråden til bydelsdirektøren. Bydelsdirektøren er også underlagt bydelsutvalgene som har en direkte linje til bystyret. I tillegg til bydelene har Oslo kommune ulike etater som Oslo kommunale legevakt og sykehjemsetaten. I Oslos styringssystem har bystyret vedtatt at byrådet trer i bystyrets sted som eiermyndighet overfor kommunale foretak og etater.

Hver bydel styres politisk av et bydelsutvalg med 15 medlemmer fra ulike politiske partier. Bydelene har ansvar for ulike kommunale tjenester som pleie og omsorgtjenester, sosiale tjenester, barnevern, oppfølging av fastleger drift av barnehager m.m. I forhold til pleie og omsorgstjenester som sykehjemsplasser og hjemmetjeneste vil bydelene som bestiller både ha ansvaret for å vurdere behov for tjenester og fatte vedtak om de ulike tjenestene. Bydelene har ansvaret for at befolkningen i egen bydel får det pleie- og omsorgstilbudet den enkelte har krav på og behov for og at tjenesten leveres brukeren tilavtalt kvalitet og pris. Det er ulike kommunale og private leverandører av pleie og omsorgstjenester.

Bydelene er organisert etter bestiller- utførermodellen. Bydelene har egne bestillerenheter og utførerleddet og er i hovedsak skilt ut som selvstendige resultatenheter. Bydelsdirektørene er ansvarlige for bestiller- og utførerleddenes samlede resultat innen egen bydel. Ivaretakelse av bestillerrollen på bydelsnivå innebærer ansvar for å gjennomføre vedtatte politiske mål om tjenesteyting på de områder som kommunen har ansvaret for.

Dette innebærer:
- Planlegging av tjenestene for hver enkelt bydels befolkning samlet og individuelt og estimere behov for bydelen.
- Ivaretakelse av kommunens ansvar for helsetjeneste overfor befolkningen i henhold til Kommunehelsetjenesteloven som kan innebære å fatte enkeltvedtak om hjemmesykepleie, innvilgelse eller avslag på søknad om sykehjemsplass.

- Innenfor pleie- og omsorgssektoren blir ansvaret ivaretatt ved at tjenestene blir levert til brukere etter gjeldende lover og regler.

Dersom befolkningen har behov for tjenester som hjemmesykepleie eller sykehjem skjer det en henvendelse til bydelen fra sykehuset, bruker selv, pårørende, nabo m.m.. Bydelen foretar en vurdering og fatter enkeltvedtak til den enkelte bruker. Dette vedtaket kan påklages. Vedtak som regulerer befolkningens generelle rettigheter til f. eks. hjemmesykepleie eller sykehjemsplasser gis i form av lov, forskrifter og retningslinjer. Både enkeltvedtak og generelle vedtak innebærer myndighetsutøvelse.

Ser en på kommunehelsetjenesten sine interesser og rolle forstått inn mot samhandling, er dette viktige perspektiver å ha med seg:

- En forventes å levere det aller meste av de helsetjenester innbyggerne i eget område trenger.
- En må levere helsetilbud der nærhet til pasienten blir en styrke
- En forventes å gi befolkningen i eget område et helsetilbud som møter spekteret i behov fra forebyggende til akutt
- En ønsker å ha trygghet for at eget helsetilbud er tilfredsstillende supplert av mer spesialisert tilbud
- En forventes å ta vare på eller evt bedre pasientens helsetilstand og mestringsevne etter behandling på sykehus
- Sikre tilgjengelig spesialiserte kunnskapsressurser som støtte for og utvikling av egen kunnskap.

Sammenlignet med store deler av landet vil Oslos innbyggere ikke bare ha kommunehelsetjenesten lokalisert nært seg, men også de fleste sykehustjenester relativt nært. I forhold til god arbeidsdeling og samhandling gir dette både noen utfordringer og noen muligheter.

Kommunen har ansvar for alle innbyggere, uavhengig av alder og funksjonsnivå og etnisk bakgrunn. Tjenestene som beskrives nedenfor, er generelle og gjelder også for barn og unge. Hvilke tjenester den enkelte får, vil variere. Årsaken er at den enkeltes individuelle behov skal være grunnlaget for tjenestetilbudet. Nedenfor er tjenester og tiltak beskrevet i alfabetisk rekkefølge:

- Allmennlegetjeneste
- Avlastningstilbud
- Botilbud til personer over 18 år
- Bolig til personer under 18 år
- Brukerstyrt personlig assistanse
- Dagtilbud
- Ergoterapi opplæring i hjemmet
- Fastlegetjeneste
- Fysioterapi
- Habilitering og rehabilitering
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Hjelpemidler
- Hjemmehjelp
- Hjemmesykepleie
- Krisesentre
- Ledsagerbevis
- Legevakt
- Matombringing
- Miljørettet helsevern
- Omsorgslønn
- Parkeringskort
- Praktisk bistand og
- Psykisk helsearbeid
- Rustiltak
- Støttekontakt
- Svangerskapskontroll
- Sykehjemsplass
- Tannhelsetjeneste
- Trygghetsalarm
- TT-kort

Helse- og velferdsetaten (HEV)
Helse- og velferdsetaten (HEV) er en etat i Oslo kommune med byomfattende ansvar for forebyggende helsetjenester, helseovervåking, økonomiske virkemidler og tjenesteutvikling.

Byomfattende kommuneoverlegefunksjon samt smittevernoverlege er lagt til HEV. Etaten bisår bydelene i så vel enkeltsaker som generelle problemstillinger. Kommuneoverlegens rolle som medisinsk faglig rådgiver etter kommunehelsetjenesteloven utøves dels gjennom bydelsoverlegene i saker innenfor bydelenes ansvarsområder, dels av kommuneoverlege og smittevernoverlege i HEV i byomfattende saker.

Sykehjemsetaten
Sykehjemsetaten er utfører i henhold til bydelenes bestillinger og gir sykehjemstilbud til den enkelte på bakgrunn dette.

Utføreroppgavene som er knyttet til driften av hvert enkelt sykehjem omfatter blant annet:

- Utforming av sykehjemstjenesten slik at den imøtekommer de krav som bestiller fastsetter. Dette gjelder for eksempel krav til pris, kvantitet og kvalitet.
- Produksjon av tjenester etter fastsatte kvalitetsstandarder.
- Etablering av eventuelle nye tilbud på grunnlag av enkeltbrukeres behov.
- Tjenesteyting til den enkelte bruker etter de vedtak som er fattet av bestiller.
- Utvikle styrings- og informasjonssystemer for utførerne, interne styringssystemer for å realisere mål og oppnå resultater.
- Virksomhetsplanlegging og økonomistyring.
- Samarbeid med bydelene som bestiller.

Rusmiddeletaten
Rusmiddeletaten skal forebygge rusavhengighet og gi mennesker med rusproblemer muligheten til et bedre liv. Etatens hovedmål er å bistå bydelene med å gi mennesker med rusrelaterte problemer helhetlige og differensierte tilbud som legger til rette for utvikling og vekst. Rusmiddeletaten er ansvarlig for å tilrettelegge tilbud for personer med rusproblemer. Rusmiddeletaten har et byomfattende ansvar for drift og utvikling av rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner og skadereduserende tiltak for rusmiddelmisbrukere over 18 år. Etaten disponerer til sammen 740 institusjonsbaserte døgnplasser fordelt på 22 kommunale og 12 private institusjoner. Rusmiddeletaten driver også oppsøkende arbeid i Oslo sentrum og andre byomfattende forebyggende tiltak. Bydelene betaler døgnpris til Rusmiddeletaten for de instituisjonsplasser og botilbud bydelen kjøpe plasser fra.

Oslo kommunale legevakt
Legevakten er en samlokalisering av kommunale tjenester organisert felles som en kommunal etat (Legevakten) og en rekke spesialisthelsetjenester som drives av Ullevål Universitetssykehus på vegne av Helse Sør-Øst (Skadelegevakten, Psykiatrisk legevakt og deler av Ortopedisk senter, røntgen- og labtjenester og ambulansetjenesten). Kommunen driver en observasjonspost som er ISF-finansiert på bakgrunn av en samarbeidsavtale med Helse Sør-Øst.

Legevakten har ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp jamfør Lov om helsetjenesten i kommunene, sosialfaglig bistand og pleie og omsorgstjenester til personer som har et akutt hjelpebehov og som bor eller oppholder seg i Oslo. Legevaktens primæroppgave er å motta, vurdere og sørge for nødvendig akutthjelp til personer i Oslo, eventuelt ved å henvise til annen instans ved behov. Legevakten skal fungere som et sikkerhetsnett for befolkningen i samarbeid med kommunens øvrige helse- og sosialtjenester, og være tilgjengelig hele døgnet. Legevakten driver 2 legevaktbaser som er åpne etter vanlig arbeidstid, i tillegg omfatter almenlegevakten en observasjonspost, Akutteam, Sosial Vakttjeneste samt en Legevaktsentral.

SPESIALISTHELSETJENESTEN

Helse Sør Øst RHF
Helse Sør-Øst er den statlige helseforetaksgruppen som har ansvar for spesialisthelsetjenestene i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Virksomheten er organisert i ett morselskap, Helse Sør-Øst RHF (regionalt helseforetak), med underliggende datterselskaper.

I tillegg har Helse Sør-Øst RHF et tett og forpliktende samarbeid med privateide sykehus, så som Lovisenberg og Diakonhjemmet. Det er også RHF'et som inngår avtaler med avtalespesialistene.

Helse Sør-Øst RHF er i Oslo avtale part for oslo kommune på overordnet nivå.

Organisering av spesialisthelsetjenesten i Oslo
Spesialisthelsetjenesten for Oslos befolkning omfatter fire sykehus. To statlige: Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus, og to private: Lovisenberg og Diakonhjemmet. Opptaksområdene for disse fire sykehusene er definert i henhold til bydelsgrenser, og sykehusene samarbeider direkte med sine respektive bydeler.

Sykehus	Bydeler
Oslo Universitetssykehus HF	**Aker*:*** Alna og Bjelke, der Alna skal overføres til Ahus fra 2011. **Ullevål*:*** Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand, samt barn 0-15 år fra Grorud og Stovner, der sistnevnte skal overføres til Ahus fra 2011
Akershus universitetssykehus HF	Grorud og Stovner, med unntak av barn 0-15 år frem til overføring av disse i 2011
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Sentrum1), St. Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka, Sagene2)
Diakonhjemmet Sykehus	Frogner, Ullern og Vestre Aker

1) Bydel sentrum delt etter gatetilhørighet
2) Indremedisinpasienter fra Sagene betjenes av Lovisenberg i en avgrenset tidsperiode

Lovisenberg og Diakonhjemmet er private, ideelle sykehus. Ideelle vil i denne sammenheng si at det ikke hentes ut utbytte, i motsetning til kommersielt drevne sykehus.

Avtalespesialister
Avtalespesialistene er spesialister innen psykologi og psykiatri, samt andre legespesialister. Det er omlag 1100 i Helse Sør-Øst og de står for en stor del av poliklinisk virksomhet i regionen.
I Oslo er antall avtalespesialister innen de ulike fagområdene som vist nedenfor. Oversikten viser også omforente normtall for konsultasjon per spesialist, som er etablert i et samarbeid mellom RHFene og henholdsvis Legeforeningen og Norsk Psykologiforening. Reelt antall konsultasjoner registreres dessverre ikke på dette nivået.

	Antall spesialister	**Etablert Normtall (antall konsultasjoner)**
Psykologer	**154**	**1050**

	Antall spesialister	Etablert Normtall (antall konsultasjoner)
Barn og unge	8	
Veiledere	2	
Psykatere	80	
Psykiatri	**90**	**1050**
Anestesi	10	1700
Barn	12	2200
fys med og rehab	1	2000
fødselshjelp og kvinne	21	2700
gen kirurgi	2	2400
Urologi	2	
Hud	14	3200
Indremedisin*	16	1800 - 2500
Nevro	4	2000
Plastikk	1	
Revma	2	2000
ØNH	22	3500
Øye	29	3300
Spesialister somatikk	**136**	

* Normtall for indremedisin varierer fra cardio og gastro: 1800, generell: 2000, til lunge: 2500. Normtallene gir en indikasjon på konsultasjonsvolumer, men det bemerkes i protokollen de er nedfelt i at tallene er beheftet med usikkerhet, og skal brukes med varsomhet. Normtallene er ikke formelt avtalefestet og kan justeres dersom det anses hensiktsmessig av partene som har etablert dem.

STATLIGE ETATER:

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) ble etablert 1. juli 2006. På NAV-kontorene jobber ansatte fra Arbeids- og velferdsetaten og kommunen sammen om å finne gode løsninger for brukerne. Tjenesteinnholdet i et NAV-kontor vil variere fra kommune til kommune, og hovedmålene til NAV er: flere i arbeid og aktivitet, færre på stønad, et velfungerende arbeidsmarked, rett tjeneste og stønad til rett tid, god service tilpasset brukernes forutsetninger og behov, og en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning.

Likeså vil noen pasientgrupper, særlig innenfor psykisk helse og rusavhengighet, ofte i forbindelse med innleggelse i spesialisthelsetjenesten ha behov for støtte og bistand fra Politietaten. Dette gjelder primært dersom pasienten utgjør en trussel for seg selv eller andre. Politiets mål er å sikre trygghet, lov og orden. Politiloven sier blant annet følgende om politiets mål og oppgaver: Politiet skal yte borgerne hjelp og tjenester i faresituasjoner, i lovbestemte tilfeller og ellers når forholdene tilsier at bistand er påkrevet og naturlig. Videre skal politiet på anmodning yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse når dette følger av lov eller sedvane. Politiet skal samarbeide med andre myndigheter og organisasjoner tillagt oppgaver som berører politiets virkefelt så langt regler gitt i eller i medhold av lov ikke er til hinder for dette.

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) er en statlig etat som også har samarbeid med spesialist og kommunehelsetjenesten. Hovedoppgaven er å gi barn, unge og familier som trenger hjelp og støtte, tiltak med høy og riktig kvalitet. Bufetaten har oppgaver innenfor flere

felt, det er særlig samhandling omkring barnevern og familievern som er aktuelt i samhandlingen mellom etaten og spesialisthelsetjenesten.

- barnevern
- familievern
- adopsjon
- samlivstiltak
- einslege, mindreårige asylsøkjarar
- ekteskapssaker
- rettferdsvederlag (billighetserstatning)
- forsking og utvikling
- foreldrerettleiing
- tilskotsforvalting
- ungdomsutveksling
- ungdomsinformasjon
- krisesenter
- incestsenter
- menneskehandel
- tvangsekteskap
- kjønnslemlesting

Som en fellesnevener for de statlige etater som her er nevnt kan man si at det stilles store krav til dialog mellom partene. Dette er etater det ikke nødvendigvis inngås særskilte samarebidesavtaler med da det ofte dreier seg om samhandling omkring enkeltpasienter. Dersom man på avdelinger og enheter gjentatte ganger har pasientgrupper med beslektet problematikk som krever samarbeid med statlige etater bør man vurdere å inngå et mer formalisert samarbeid på systemnivå. Etablering av faste arenaer hvor man drøfter systemforbedringer for utvalgte pasientgrupper kan være en vei å gå.

Del 3, Vedlegg 2:
Eksisterende avtaler med Oslo kommune

Samarbeidsavtaler
Avtale om retningslinjer for samarbeid om somatisk helsearbeid mellom Oslo kommune og Helseforetakene (20.05.05).

- Avtale om retningslinjer for samarbeid om psykisk helsearbeid mellom Oslo kommune og Ullevål Universitetssykehus, Aker Universitetssykehus, Ahus, Lovisenberg DS og Diakonhjemmet sykehus (07.09.04).
- Lokal samarbeidsavtale om somatisk helsearbeid mellom Aker Universitetssykehus og bydel Alna og bydel Bjerke (06.12.06).
- Lokal samarbeidsavtale om somatisk helsearbeid mellom Ullevål Universitetssykehus og bydelene.
- Lokal samarbeidsavtale psykisk helse Aker Universitetssykehus og bydel Alna og bydel Bjerke (11.12.07).
- Lokal samarbeidsavtale psykisk helse Ullevål Universitetssykehus og bydelene.
- Samarbeidsavtale om psykisk helsearbeid barn og unge mellom Aker Universitetssykehus og bydelene Alna og Bjerke (10.10.08).
- Samarbeidsavtale om psykisk helsearbeid barn og unge mellom Ullevål Universitetssykehus og bydelene.
- Samarbeidsavtale mellom Aker universitetssykehus og Follo-kommunene (Oppegård, Ski, Frogn, Nesodden, Vestby, Ås – 27.06.08), somatikk (27.06.08), psykisk helse (27.06.08), rus (16.01.09) og psykisk helse barn og unge (21.08.09)

Samarbeidsavtaler – fagområder

- Avtale om samhandlingsrutiner vedrørende smittevern mellom Oslo kommune ved Helse- og velferdsetaten og Ullevål universitetssykehus (07.09.05)/Aker us. har ikke egen avtale men følger forskriften om veiledingsplikt til kommunene.
- Avtale om fordeling av ansvar og utgifter – ledsagelse av kjent personell (10.02.09) mellom Oslo kommune og bydelene.

- Samhandlingsavtaler mellom sykehusene og de enkelte rehabiliteringsinstitusjonene som har overordnet avtale med Helse Sør-Øst.
- Samarbeidsavtale om intermediæravdeling ved Abildsø omsorgssenter mellom Ullevål Universitetssykehus og bydelene Søndre Nordstrand, Nordstrand, Østensjø og Nordre Aker.
- Elektronisk informasjonsutveksling (Elin-k-prosjekt). Samarbeid mellom Oslo kommune/bydel Bjerke og Aker universitetssykehus, okt. 2009.
- Kompetanseoverføring sykehjem. Oslo kommune og Ullevål Universitetssykehus. Aker???
- Gjensidig avvikssystem. Aker universitetssykehus og bydeler/kommuner jfr. Samarbeidsavtalene.

Rutinebeskrivelse

- Oslo kommune – Sykehjemsetaten. Bruk av vurderingsplasser (05.03.07).
- Kommunehåndboken. Rutiner om samarbeid mellom Aker universitetssykehus og kommunehelsetjenesten. Årlig revisjon/fortløpende oppdatering.

Del 3, vedlegg 3:
Eksisterende samarbeidsfora på mer avgrensede områder

I tillegg til møtefora nevnt og anbefalt i rapporten eksisterer det også andre velfungerende samarbeidsfora som anbefales videreført. Prosjektet har ikke tatt mål av seg å kartlegge alle disse arenaene, men eksempler er:

Lærings - og mestringssenter

- Samarbeid mellom LMS og kommunen ift. opplæring og mestring for pasienter med kroniske eller langvarige sykdommer eller funksjonshemming og pårørende.
- Administrativt samarbeidsmøte LMS/kommunen. Brukerrepresentant inviteres.

Koordinerende enhet for rehabilitering.

- Samarbeidsmøte med kommunen og de enkelte enhetene på bydelsnivå.
- Møtefrekvens 4-6 ganger årlig samt særmøter med fagtema.

Tuberkulose/smittevern – samarbeidsmøte.

- Tuberkulosekoordinator/smittevernansvarlige ved sykehuset og i kommunen. Klinikkbasert

Palliativt nettverk Oslo universitetssykehus/Oslo kommune

- Jfr. Eksisterende nettverk Ullevål og Aker sektor, samarbeid med Kreftforeningen. Klinikkbasert

Del 3, vedlegg 4:

Nærmere beskrivelse av en del begreper i tilknytning til samhandling rundt den enkelte pasient

Tverrfaglig dokumentasjon:
Felles førstegangsvurdering / rehabplan / epikrise (ICF struktur) i EPJ. Sikrer at team og pasient/pårørende klargjører og har fokus på felles mål. Bidrar til effektivisering og kvalitetsforbedring i rehabiliteringsprosessen.

Nettverksmøter:
Strukturerte møter, referat til alle deltakere. Pasient/pårørende/nettverk, teamet på sykehuset, representant fra bestillerkontor og aktuelle fagfolk fra førstelinje God arena for avklaring av totalsituasjon/omsorgsnivå og rehabiliteringsbehov/muligheter etter utskrivelse. Avklaring av nødvendig måloppnåelse og aktuelle tiltak før utskrivelse. Bestemme utskrivelsesdato og sikre tilrettelegging i førstelinje. Bidrar til raskere og kontrollert utskrivelse.

Individuell plan:
Det er en rettighet for alle pasienter med sammensatte lidelser å få en individuell plan. Dette Initieres på sykehuset, meldes behov for IP til bydel/kommune før nettverksmøte, koordinator møter. Sikre videreføring av rehabilitering/behandling på sykehuset. Legge til rette for best mulig helseeffekt av totalbehandling. (Se for øvrig eget vedlegg)

Vurderingsbesøk:
Bydel/kommune vurderer pasient før utskrivelse. Viktig å samarbeide med posten, spesielt v/kognitiv svikt. God arena for vurdering av nødvendig måloppnåelse før utskriving, motvirke unødvendig lang liggetid

Praktisk veiledning ved behov fra sykehuset til førstelinjen og pårørende
Sykehuset igangsetter, skisserer videre plan for rehabilitering og veileder førstelinjen i forhold til oppfølging. Aktuelt med veiledning fra alle faggrupper**.** Eks.på veiledningsområder:
- PEG / dysfagi / sårstell / ernæring / annen medisinsk oppfølging
- håndtering / forflytning / mobilisering / trening / ADL

God arena for videreføring av tiltak og rehabilitering etter utskrivelse, trygging av pasient/pårørende og fagpersoner, sikre minst mulig forsinkelse/avbrudd i tiltak og trening etter utskrivelse, og dermed redusere liggetid. Når det gjelder rehabilitering er det viktig å få formidlet kunnskap om:

- Forløp på rehabiliteringsavdelingen (utvikling/fremgang)
- Vurdering av prognose
- Vurdering av behov for videre rehabilitering/hva må til

Informasjonsrutiner ved kognitiv svikt
Metode: veiledningshefte ”Skjulte vansker”. Infoark beskriver hvert enkelt utfall med tiltak mhp håndtering og trening. Informasjon og veiledning i forbindelse med planlegning av utskrivelse til pårørende og førstelinje. Metode for kompetanseoverføring til personer rundt pasient med kognitiv svikt, f.ex. pårørende og hjelpepersonell uten kunnskap om dette. Gir både mulighet til å forstå problemene og til å påvirke med trening.

Hjemmebesøk
Strukturerte besøk, referat til alle deltakere. Pasient/pårørende/nettverk, representant fra teamet på sykehuset og aktuelle fagfolk fra 1.linje. God arena for avklaring av behov for boligtilpasninger og nødvendig måloppnåelse før utskriving. Trygging av alle aktører. Sikrer mest mulig effektivitet i rehabiliteringsforløpet, bidrar til raskere utskriving.

Hjelpemidler / boligendringer / TT kort / trygghetsalarm
Utprøving/kartlegging av behov i de ulike ”prosesser” på sykehuset. Arenea for effektiv samhandling 1.og 2.linje om mest mulig smidig arbeidsfordeling og gjennomføring av tiltak.

Del 3, vedlegg 5:
Individuell plan

Innspill fra Jon Storaas, RIO

Individuell plan er et genialt verktøy for samhandling og muliggjør gode pasientforløp for pasienter med en sammensatt problematikk

Grunnprinsippet i en individuell plan er at alle involverte helsetjenester og andre involverte er likeverdige i møte med hverandre. Individuell plan handler om å myndiggjøre pasienten som et likeverdig system i seg selv. Å være aktiv i egen rehabilitering med gode tilretteleggere bør være drivkraften i alle individuelle planer. Individuell plan handler om fremtiden: Hva kan det enkelte system tilrettelegge og hva skal pasienten selv ta tak. Pasientens ståsted må alltid være utgangspunkt for en individuell plan. Alle individuelle planer skal ha en koordinator som skal trekke i de ulike trådene i tett samhandling med pasienten. Alle nivåer i helsevesenet skal sette i gang en individuell plan hvis den ikke eksisterer. Det er fagpersonen oppgave å motivere slik at pasienten tar i mot tilbudet om individuell plan. I P er i dag i alle lovverk som en rettighet for pasienter med en sammensatt problematikk.

En individuell plan er avhengig av myndiggjorte tjenesteutøvere. Det betyr at ledere for de ulike systemene flytter beslutningsmyndigheten til de som representerer de ulike systemene i en ansvarsgruppe/I P gruppe. Frivillig sektor bør være en likeverdig samhandlingsaktør da aktivitet er nøkkelen til suksess for oss alle. Pasientene blir friske gjennom å få utvikle seg i samspill med andre mennesker. I P gruppa er et midletidig stigmatiserende nødvendig profesjonsnettverk inntil annet nettverk er på plass eller reetablert. Individuell plan handler om å se hele menneske og tilrettelegge deretter. Pasientens ulike typer ressurser og interesser skal være det sentrale i en individuell plan.

I P handler i praksis om å bygge relasjoner på kryss og tvers for å utvikle gode pasientforløp med bakgrunn i pasientens sammensatte behov. Individuell plan handler om pasientens utvikling og helsevesenets utvikling. Alle for det triveligere på jobben ved bruk av individuell plan. Individuell plan er den beste måten å spare penger på i tider da alle er pålagt å spare. Ønsker vi bedre behandlingsresultater og kortere køer er individuell plan nøkkelen til suksess. I P er brukermedvirkning på individnivå.

Del 3, vedlegg 6:
Nærmere om praksiskonsulentordningen ved Oslo universitetssykehus.

Praksiskonsulentordningen ble etablert på Aker i mars 2005 og har vist seg vellykket der. Ordningen består i at fastleger tilsettes i små stillinger på sykehuset, for å bygge nettverk og fremme samhandling mellom sykehus, fastleger og øvrig primærhelsetjeneste. Hovedfokus er samhandling knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. PKO

samarbeider nært med sektorkoordinatorer, LMS og andre samhandlere på sykehuset. Samarbeidet skjer dels løpende, og dels gjennom prosjekter. PKO deltar i møter mellom sykehuset og bydeler/kommuner. Det er foreslått en videreutvikling og utvidelse av praksiskonsulentordningen i Oslo universitetssykehus.

Samhandlingen mellom Oslo universitetssykehus og Oslo kommune har to hovedområder, som involverer ulike grupper helsepersonell og avtalestrukturer. Hovedområdene griper i varierende grad inn i hverandre, og må sees i sammenheng, men oppdelingen kan være hensiktsmessig når vi skal beskrive mulige samhandlingsmodeller mellom sykehuset og kommunen.

Hovdeområdene er:

1 Diagnostikk, behandling, og oppfølging av sykdom: Samarbeid mellom leger: sykehusleger, sykehjemsleger, fastleger og legevaktsleger, og mellom andre behandlere: psykologer, fysioterapeuter, jordmødre m. fl.
Dette er hovedområdet for PKO.

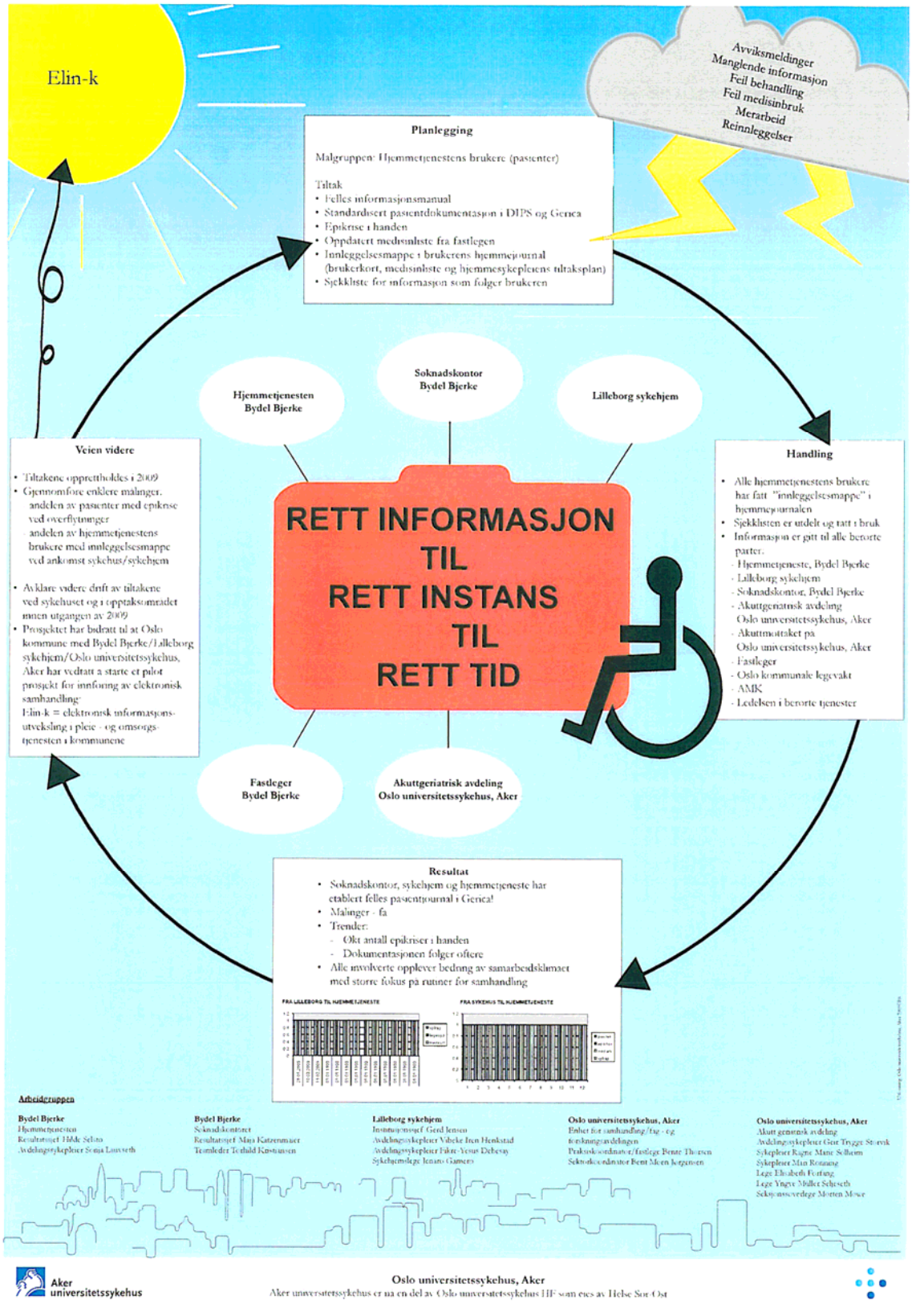
2 Pleie, omsorg og ivaretagelse: Samarbeid mellom sykehuset og kommunens pleie- og omsorgstjeneste

Eksempel: Forløp for pasienter som får hjerneslag:
Samhandling som sikrer rask diagnostikk og riktig behandling (hovedområde 1) av hjerneslag har avgjørende betydning for forløpet av denne sykdommen. Etter akuttfasen går pasienten gjennom rehabilitering (tverrfaglig). Mange pasienter blir så friske etter hjerneslag at de ikke trenger pleie, omsorg og ivaretagelse (hovedområde 2), men en del pasienter blir avhengig av slike tjenester, enten for en periode eller for resten av livet. ***Alle*** som har hatt hjerneslag vil trenge god medisinsk oppfølging (fortrinnsvis hos fastlegen) gjennom resten av livet. For mange vil behovet for pleie, omsorg og ivaretagelse øke med årene, dels på grunn av aldring, og dels fordi ny sykdom kan oppstå. Pasientene er avhengige av at aktørene innen de to hovedområdene samarbeider der det er nødvendig.

Sentrale tema for praksiskonsulenter som skal jobbe i Oslo universitetssykehus vil være:

- Rapporteringsrutiner og –kvalitet. Fokus på henvisning, epikrise og medisinlister.
- Videreutvikling av elektronisk samhandling
- Optimal bruk av poliklinikker. Arbeidsdeling mellom primærleger, sykehusleger og andre behandlere. Tilgang og ventetider
- Kvalitetssikring av innleggelser, både elektivt og som øyeblikkelig hjelp
- Samhandling om akutt-/øyeblikkelig hjelp funksjoner. Arbeid- og ansvarsdeling mellom fastleger, allmennlegevakt (Storbylegevakt), AMK og sykehus
- Trygge rutiner for utskrivelse og oppfølging, for alle involverte, også for pasienter som trenger koordinerte tjenester.
- Samhandling om diagnostikk og behandling ved komplekse lidelser. Rådslagning og gjensidig beslutningsstøtte mellom fastleger, sykehusleger, og andre behandlere.
- Nettverksbygging og kompetanseutvikling gjennom kurs- og møteserier
- Gi råd til ledelsen i spørsmål som angår sykehusets forhold til primærhelsetjenesten.
- Jobbe for at fastlegene slutter opp om de rutiner som til enhver til gjelder: ved å delta på fastlegenes møtearenaer, og ved å delta i samarbeidsmøter sykehuset har med kommunen, (eksempel administrativt forum for BUP og VOP, her deltar praksiskonsulenten i psykisk helse).

Del 3, **vedlegg 7:**
Pilot Fase II, Elin-k prosjektet i Oslo kommune



Merknader fra tillitsvalgte og verneombud i prosjektet:

Merknad til rapportens Del 2

Fra Tillitsvalgtsrepresentanter ved OUS, Aker

Undertegnede tillitsvalgtsrepresentanter ved OUS, Aker har etter grundig vurdering valgt å slutte seg til den anbefalingen som prosjektgruppen har kommet frem til, men vil komme med følgende kommentarer:

Vi oppfatter at anbefalingen som nå er gitt med hensyn til lokalisasjon bygger på en del forutsetninger og premisser som kan være usikre og som kan vise seg og ikke bli realisert eller bli realisert på et langt senere tidspunkt enn anslått.

Vi tenker her særlig på følgende faktorer:

- om Ahus har mulighet til å overta et befolkningsgrunnlag på 160 000 til besluttet tidspunkt (01.01.2011),
- at multitraume ikke kan flyttes på grunn av manglende finansiering av nybygg,
- samt generell mangel på økonomisk handlerom til å kunne håndtere de kostnader som en sammenslåing vil medføre.
- Den foreslåtte verneplan som ligger til grunn for beslutningen er ikke vedtatt. Endringer i denne planen vil kunne gi andre arealutnyttelsesmuligheter.

Endring med hensyn til disse forutsetningene ville rokke med grunnlaget for konklusjonen, og ville kunne vært grunnlag for en annen type konklusjon som for eksempel tilpasset drift ved to enheter.

Vi beklager i tillegg sterkt at rollen til de private sykehusene i Oslo ikke er et tema knyttet til mandatet for organiseringen av lokalsykehusfunksjonen i OUS i langt større grad, da dette også er faktorer i forhold føringene om et likeverdig helsetilbud til Oslos befolkning.

Sissel Eik Haave NITO, OUS, Aker
Jorunn Clemetsen, FO, OUS, Aker (vararepresentant for Birgit Aanderaa, Norsk psykologforening)
Svein Erik Urstømmen, NSF, OUS, Aker

Merknader fra tillitsvalgte i Lokalsykehusprosjektet (til del 3 – 6)

Alle leveransene fra prosjektet legger tidligere vedtak fra Helse Sør Øst og Oslo universitetssykehus til grunn for sitt arbeid. Det har ikke vært i vårt mandat å diskutere realiteten av gjennomføringen av disse vedtakene. Verneplaner for sykehusene er fremlagt, men ikke endelig godkjent. Tidligere innlevert kommentar fra tillitsvalgte står dermed vedlag inn i denne leveransen.

Vi ser det som viktig at det kommer fram til avklaring rundt det som nå har blitt en politisk diskusjon om realiteten av om Ahus har kapasitet til å ta imot økningen i opptaksområdet med 160 000 og om Oslo blir lettere å få til samhandling innen, dersom Oslos befolkning hører til innen samme sykehusområde.

Prosjektet har ikke kalkulert inn beregninger av befolkningsvekst og uviklinger i sykdomsbilder spesielt for Oslo. Det kan være momenter i dette som gjør konklusjonen i leveransene ikke innbefatter alt av vurderinger som burde vært med i en totalvurdering.

Leveranse 6 Modell for samhandling
Det er viktig at forslagene i rapporten bunner ut i reelle fora for samarbeid. Oslo universitetssykehus er en av aktørene og en part alene kan ikke drive samarbeidet. Det må gjennomføres en prosess snarest for å etablere og konkretisere samarbeidet med alle foreslåtte aktører.

Leveranse 8 Legevaktfunksjon
Det er flere modeller som kan diskuteres. I rapporten er det kommet frem 2 modeller. Begge inkluderer skadelegevakten som en del av en helheltig legevakt. Legevakten behandler en stor mengde pasienter og det er et lite antall av pasientene som trenger behandling direkte inn på sykehus. Vi tillitsvalgte ser utfordringen det vil være dersom tilstrømmingen til legevakten øker pga ikke tilstrekkelig tilgang til fastlegene og plassering av legevakten blir på Storbysykehusets tomteareal. Det viktigste for plassering av en legevakt bør være tilgjengelighet for folk flest, dersom det oppstår akutte lidelser uten om fastlegens åpningstider. Det vil ikke være avhengig av plassering på tomten til Storbysykehuset.

Leveranse 9 Forhold til de private, ideelle sykehusene
Vi mener det bør være rom for en overordnet diskusjon angående fordeling av lokalsykehusfunksjonene i Oslo, da de samlet sett vil være en del av lokalsykehustilbudet til Oslo sykehusområde.

Mvh
Svein Erik Urstrømmen, NSF
Birgit Aanderaa, Norsk psykologforbund
Sissel Eik Haave, NITO

Merknad fra vernetjenesten

Klargjøring av premisser for tilslutting til konklusjoner i leveranse 2,3,4 og 5 – Lokalsykehusprosjektet

Følgende premisser legges til grunn for vernetjenestens tilslutting til konklusjonene:

- AHUS overtar pr 01.01.2011 alle funksjoner innen somatikk, rus og psykiatri for befolkningen i bydel Alna samt Follokommunene. Det forutsettes at AHUS har reelle kapasiteter til dette.

- Gaustad/RH får nødvendige ressurser/investeringsmidler til kapasitetsøkning for ivaretakelse av oppgaver overført fra Kirkeveien/Sinsen.
- Det forutsettes drift ved Kreftsenteret og Kvinne-barn senteret (inkl støttefunksjoner) i Kirkeveien i "overskuelig fremtid" (s 37) uavhengig av valgt lokasjon for lokalsykehuset.
- Verneplanen for Kirkeveien (arealer 47/7) blir ikke til hinder for utvikling og ekspansjon av et fremtidig lokalsykehus.
- Valg av sykehusmodell med høyest definert investeringsbehov (differanse ca 2 mrd) blir ikke til hinder for utvikling og vedlikeholdsarbeide i OUS.

Dersom ovennevnte premisser endres – faller grunnlaget for vernetjenestens tilslutting til rapportens konklusjoner.

Per Oddvar Synnes
Hovedverneombud

Merknad fra hovedverneombud

Merknader til leveranse 7, framtidig legevakt

Det er vanskelig å se dimensjonen av forslagene i forhold til de arbeidsmiljømessige konsekvensene for valg av modell, da arbeidsgruppen ikke har utredet dette. Begge modellene vil ha stor innvirkning på Storbysykehusets oppgaver, kapasitet, resurser og areal utnyttelse innfor flere områder. Dette er områder som vil ha konsekvenser for de ansattes arbeidsmiljø. Det derfor svært viktig at dette utredes ytterligere før valg av modell.
Allikevel har vi lyst til å påpeke områder vi mener vil bli spesielt berørt av storbylegevakten.

- Funksjoner innen lab, røntgen og operasjon.

Vi ser at dagens kapasitet innen lab, røntgen og operasjon er fult utnyttet ved dagens sykehus. Og ved valg av modell A vil ikke disse funksjonene ha kapasitet nok til å håndtere de tilleggsoppgaver som kommer fra en ny integrert storbylegevakt. For å imøtekomme disse nye oppgavene vil det kunne bli behov for økte ressurser i fht bemanning, utstyr og areal.

- Økt aktivitet på storbysykehuset transport enheter.

Ved at OUS avgir flere bydeler til AHUS vil en stadig større del av Oslos befolkning tilhøre sykehus utenfor kommunen. Dette vil stille ennå større krav til transportkapasitet og logistikkordninger mellom legevakten og aktuelle sykehus. Dette vil kunne påvirke ressursbehovet for disse tjenestene.

På vegne av verntjenesten i OUS.

Hovedverneombud i OUS Per-Oddvar Synnes og

vara hovedverneombud i OUS Ramona E. Braanen.