

Styremøte

22. oktober 2008

- Sak 111-2008 Hovedstadsprosessen side 1
- Sak 113-2008/4 Etablering av felles nødnummer i Norge side 6

Saksbehandler: Kristian I. Fanghol, tlf. 75 51 29 11

STYRESAK 111-2008 HOVEDSTADSPROESSEN

Sakspapirene ble ettersendt.

Møtedato: 22. oktober 2008

Innledning/bakgrunn

Ved sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF fikk Helse Sør-Øst RHF, i oppdrag å gjennomføre intensjonene bak sammenslåingen. Disse intensjonene er bl.a. formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

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

Det er bl.a. iverksatt et omstillingsprogram for en langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen: Dette består av fem satsingsområder (tre gevinstområder og to virkemiddelområder):



For å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen og møte de fremtidige behov, legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at omstillingene skal bidra til:

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

Om forslaget til langsiktig utvikling

Programmet er behandlet i flere styresaker i Helse Sør-Øst RHF høsten 2007 og våren og sommeren 2008. Formålet med strukturendringene, herunder endringer i funksjons- og oppgavedeling, er å understøtte kvalitet i tjenestene og god drift. Omstillingene skal gi bedre samlet ressursutnyttelse, blant annet gjennom mer koordinerte behandlingsskjeder og ivaretagelse av prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Som en del av Hovedstadsprosessen er universitetssykehusstruktur og -funksjoner i hovedstadsområdet utredet.

Det sentrale organiserende element i prosessen er opprettelsen av i alt syv sykehusområder. Dette skal baseres på LEON prinsippet og differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester.

Sykehusområde Sentrum omfatter Oslo med unntak av bydelene Grorud, Stovner og Alna, og betjenes av Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus. Det er skissert to modeller for organisering. Modell 1 innebærer ett samlet region- og områdesykehus og tre lokalsykehus. I denne modellen fusjoneres nåværende Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF. Modell 2 innebærer ett regionssykehus, ett områdesykehus og tre lokalsykehus

Vurdering

Helse Sør-Øst etterspør synspunkter på hvorvidt omstillingsarbeidet vil kunne bidra til en bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse, og at pasientenes behov settes i sentrum og befolkningens behov for tjenester av høy kvalitet sikres. Helse Nord RHF må i tillegg til å vurdere de forhold Helse Sør-Øst etterspør også trekke inn de konsekvenser dette får for oss. Adm. direktør mener det er særlig grunn til å ha oppmerksomhet rettet mot effekten dette får for behovet for spesialisert arbeidskraft og muligheten for bedret rekruttering til rekrutteringssvake geografiske og faglige områder. medarbeidere

Overordnede mål

De overordnede mål og planlagte tiltak for omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst synes hensiktsmessige for å håndtere de utfordringene som regionen står overfor nå og på lang sikt. Så stor som regionen er, vil dette også bidra til en bedret mulighet for måloppnåelse for resten av spesialisthelsetjenesten i Norge. Den foreslåtte organiseringen synes å understøtte samhandling og gode pasientforløp på tvers av organisatoriske nivåer.

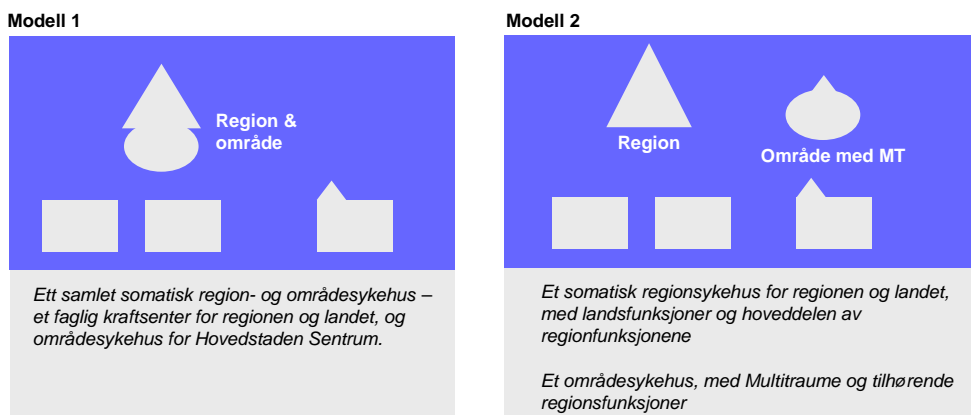
Valg av modell ved ny organisering

Mål, tiltak og prinsipper for omstillingsarbeidet harmonerer med intensjonen for arbeidet slik det er formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007) og det oppdrag som er gitt av eier i forhold til å samordne spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet.

Organisering av spesialisthelsetjenestene i et felles sykehusområde i Oslo, kan være et interessant virkemiddel for å differensiere tjenestene innenfor større opptaksområder i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. En forutsetning for å få dette til, sett fra adm. direktørs side er å få en klar rolle- og oppgavedeling mellom de helseforetak som blir etablert for framtida. Slik vil en unngå unødvendig dublering, legge grunnlag for bedre faglige løsninger og en mer rasjonell bruk av de samlede helseressursene.

Med de geografiske avstander som finnes i Osloområdet skulle det ligge godt til rette en klar rolle- og oppgavedeling. Ved en slik organisering må en, så langt det er faglig mulig, legge til grunn prinsipper for organisering som gjør at enkeltpasientgrupper av stort volum, med tilbøyelighet til å ha flere lidelser, kan få sin behandling samme sted.

For sykehusområdet Sentrum er det foreslått to modeller. Modell 1 fremmes som det foretrukne alternativ fra Helse Sør-Øst RHF. Felles for begge modeller er at regionsfunksjoner samles i størst mulig grad.



Skal en lykkes i å realisere intensjonene må en velge en modell som gir omstillingsarbeidet den nødvendige slagkraft og bidrar til å fjerne:

- dublerende regionale funksjoner
- dublerende medisinske hoved- og støttestrukturer der disse kan løses mer effektivt og faglig godt for brukerne
- dublerende ikke-medisinske støttestrukturer

Modell 1 innebærer ett samlet region- og områdesykehus og tre lokalsykehus. Her fusjoneres nåværende Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF.

Modell 2 innebærer ett regionsykehus, ett områdesykehus og tre lokalsykehus. Her fortsetter Rikshospitalet HF og Ullevål universitetssykehus HF som selvstendige helseforetak, men foretar arbeidsdeling seg i mellom.

Modell 1 vil, med ett fusjonert Rikshospitalet HF og Ullevål sykehus HF, åpenbart gi best basis for å gjennomføre samordning, sikre god rolle og oppgavedeling og unngå dublering. Dette vil etter all sannsynlighet også være den modell som dermed bidrar mest til å redusere personellbehovet i dette geografiske området. Slik vil det dermed kunne bidra til rekruttering av spesialisert kompetanse til andre geografiske områder og prioriterte, men svakt rekrutterende fagfelt. Ulempen med ett fusjonert Rikshospitalet HF og Ullevål sykehus HF kan være kompleksitet og størrelse. Etter helseforetaksreformen har vi sett en rekke fusjoner. Om disse har bidratt til bedre styringsevne er det grunn til å stille spørsmål ved.

Hovedutfordringene med modell to er manglende grenser mellom funksjonene og en svakere basis for å fjerne dublering og dermed kunne effektivisere.

Samlet vurderer adm. direktør modell 1 som den beste løsningen for at omstillingsarbeidet skal få den ønskede effekt og også bidra til å redusere behovet for spesialisert kompetanse i hovedstadsregionen.

Landsfunksjoner, samarbeid om flerregionale funksjoner og forskningssamarbeid

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at en samling av spesialiserte funksjoner skal øke behandlingskvaliteten og bidra til at Helse Sør-Øst ivaretar regionale og nasjonale funksjoner på en tydelig, koordinert og kostnadseffektiv måte og styrke forskning og andre universitetsfunksjoner.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som regulerer landsfunksjoner, mens ansvaret for fordeling av funksjoner innenfor hver region er overlatt til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene er pålagt å samarbeide om flerregionale funksjoner. Adm. direktør merker seg med tilfredshet at en i høringsnotatet legger følgende til grunn:

”Oppbygging av nye funksjoner innen et sykehusområde må vurderes ut fra faglige kriterier og økonomiske betraktninger. Oppbygging av funksjoner i sykehusområdene må ikke føre til at etablerte, gode flerregionale fagmiljøer mister sin kvalitet, gir utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet, eller økt behov for legespesialister som derved reduserer andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppbygging og nyetablering av funksjoner innen sykehusområdene.” Vår utheving.

Adm. direktør forutsetter at landsfunksjoner som organisatorisk ligger i Helse Sør-Øst fortsetter å være tilgjengelige på samme nivå for pasienter fra Helse Nord RHF og at en utvikling av disse funksjonene skjer i nær forståelse med fagmiljøer i øvrige deler av landet.

Adm. direktør legger videre til grunn at samordning av fag- og forskningsmiljø innenfor et sykehusområde i hovedstaden, virker slik at samhandlingen med fag- og forskningsmiljø i andre helseregioner opprettholdes eller styrkes.

Konklusjon

- Intensjonene med hovedstadsprosessen og det målbildet som er skissert må realiseres på en slik måte at det samlet sett vil gi faglige, personellmessige og økonomiske gevinster på sikt.
- De organisatoriske modeller som velges må bidra til et kvalitetsmessig godt og effektivt helsetilbud til befolkningen i hovedstadsregionen
- De modeller som velges må bidra til en mer jevn fordeling av spesialisert kompetanse nasjonalt og bedre tilgang på personell til faglig prioriterte områder som har vanskelig for å rekruttere.
- Etablering av sykehusområder synes hensiktsmessig for hovedstaden område Sentrum. Med hele tre universitetssykehus og to private sykehus beliggende innenfor et svært lite geografisk område, er det behov for et virkemiddel som sikrer klar rolle- og oppgavedeling, herunder samling av fagområder som er gjensidig avhengig av hverandre.
- Et konkret resultat som forventes å komme ut av omstillingsarbeidet, er en samordning av 28 regionsfunksjoner som i dag har hele 24 dubleringer. Helse Nord RHF ser positivt på at omstillingsarbeidet skal bidra til at dubleringene blir fjernet. Dette vil også legge grunnlaget for en bedre geografisk og faglig fordeling av spesialisert kompetanse ved at dette behovet reduseres i hovedstaden.
- Omstillingsarbeidet må ha den nødvendige basis for å oppnå god samordning mellom de ulike funksjonene, herunder opprydding i dagens dubleringer både med hensyn til regionsfunksjoner, hovedfunksjoner og ikke-medisinske støttefunksjoner. Dette sikres mest effektivt gjennom én felles foretaksledelse, enn gjennom en avtale mellom flere foretaksledelser. For hovedstadsområdet innebærer dette at Helse Nord RHF slutter seg til modell 1, med ett samlet region- og områdesykehus og tre lokalsykehus.

- Helse Nord RHF legger til grunn at samordning av fag- og forskningsmiljø innenfor et sykehusområde i hovedstaden, virker slik at samhandlingen med fag- og forskningsmiljø i andre helseregioner opprettholdes eller styrkes. Det legges videre til grunn at en samordning av fag- og forskningsmiljøer virker ressursbesparende snarere enn ressursdrivende, og at dette i sin tur kommer øvrige helseregioner til gode.
- De organisatoriske løsninger som velges må ivareta landsfunksjonene på en tilfredsstillende måte. Landsfunksjoner som ligger i Helse Sør-Øst må fortsatt være tilgjengelige på samme nivå for pasienter fra Helse Nord RHF og at en utvikling av disse funksjonene skjer i nær forståelse med fagmiljøer i øvrige deler av landet.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til saksutredningen og understreker at omstillingsarbeidet som skal gjennomføres i Helse Sør-Øst RHF generelt og hovedstaden spesielt er av stor betydning for utvikling av den samlede spesialisthelsetjeneste både faglig og økonomisk nasjonalt. Det er derfor avgjørende at Helse Sør-Øst RHF realiserer dette slik forutsetningene er.
2. Styret i Helse Nord RHF vil særlig understreke behovet for å gjennomføre tiltak som reduserer et omfattende behov for spesialisert personell innenfor svært små geografiske områder. Dette er av betydning for tilgjengeligheten til spesialisert kompetanse i resten av landet og vil være en forutsetning for rekrutteringen til prioriterte, men rekrutteringssvake fagområder.
3. Styret i Helse Nord RHF slutter seg for øvrig til adm. direktørs konklusjoner i saken.

Bodø, den 17. oktober 2008

Lars Vorland
adm. direktør

STYRESAK 113-2008/4**ETABLERING AV FELLES NØDNUMMER I NORGE, VEDR. ST. M. NR. 22 – FREMTIDIG ORGANISERING AV NØDMELDETJENESTEN***Sakspapirene ble ettersendt.*

Møtedato: 22. oktober 2008

Innledning og bakgrunn

Hensikten med saken er å orientere styret om Stortingsmelding nr. 22 (2007 – 2008) om samfunnssikkerhet, jfr. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-22-2007-2008-.html?id=510655&showdetailedtableofcontents=true>.

Av denne meldingen fremkommer det av underkapittel 6.4.4 en intensjon fra regjeringen om innføring av et felles nødnummer (112) og felles nødmeldesentraler for brann, helse og politi i Norge. Forslagene er i tråd med Fenn-rapportens¹ anbefalinger fra april 2004.

Fenn-rapporten er et resultat av et utredningsarbeid som ble startet i 2001, der alle nødetatene var representert. Gjennom arbeidet viste det seg at det ikke var mulig å få fram felles anbefalinger. Helsedepartementets representanter ble trukket fra utvalget høsten 2003, og det ble enighet om at Justisdepartementet skulle ferdigstille rapporten. Den ble sendt på bred høring med frist oktober 2004. Fra helsetjenestens side ble det lagt et betydelig arbeid i å utarbeide høringssvar.

Status prosess

9. september 2008 offentliggjorde Justisdepartementet at de har satt ned en interdepartemental arbeidsgruppe som har til oppgave å utrede fremtidig organisering av nødmeldetjenesten. Denne gruppen skal innen 1. juni 2009 fremlegge en rapport og fremme forslag til eventuelle pilotprosjekt.

Det tilligger Forsvarskomiteen å behandle Stortingsmelding nr. 22. Forsvarskomiteen arrangerte fredag 3. oktober 2008 en åpen høring om stortingsmeldingen. Representanter fra mange akuttmedisinske fagmiljøer i Norge, Regionalt AMK-forum og fagforeninger deltok med forberedte innlegg. Opptak fra høringen finnes på denne linken: <http://www20.nrk.no/stortingetwebtv/avspiller.aspx?meny=arkiv&forelder=2756&kategori=5691&id=419780> (spesielt fra ca 28. minutt).

Utkast til innstilling skal forelegges for justiskomiteen til uttalelse før innstilling avgis fra Forsvarskomiteen i løpet av høsten 2008. Det fremgår ikke fra Stortingets oversikt at saken skal ha noen helsepolitisk behandling.

Fagmiljøenes vurderinger

Det må bemerkes at Stortingsmelding nr 22 ikke har henvisning til høringsuttalelsene vedr. Fenn-rapporten og tar ikke opp noen av de innspill som høringsrunden gav. Det har med andre ord ikke vært noen prosess/utvikling i saken mellom 2004 og 2008. Det er derfor overraskende at en sak av så stor betydning for befolkningen fremkommer som et underkapittel i en melding om samfunnssikkerhet.

¹ Forenkling og Effektivisering av Nødmeldetjenesten

Kort oppsummering av hørings svar fra helse, politi og brann vedr. Fenn-rapporten:

- Av 24 hørings svar fra helsetjenesterelaterte instanser ønsker 87.5 % å beholde publikums direkte tilgang til helsetjenesten (113) ved akutt nød. Bare én instans (Helsedirektoratet) ønsker ett felles nødnummer. Øvrige hørings svar gir uttrykk for at utredningen er mangelfull og ikke gir grunnlag for beslutning.
- Av syv helse relaterte fagorganisasjoner ønsker to ett felles nødnummer, de øvrige fem ønsker å beholde 113 for medisinsk nød.
- Av tre svar fra politietaten, gir to uttrykk for ønske om ett felles nødnummer. Politidirektoratet gir uttrykk for at utredningen er mangelfull og ikke gir grunnlag for beslutning. Alle tre svar gir uttrykk for at politiets operasjonssentraler ikke kan erstattes av felles nødmeldesentraler.
- Av fem svar fra brannetaten ønsker tre ett felles nødnummer, men alle gir uttrykk for at fagsentralprinsippet må opprettholdes
- To pasientorganisasjoner (LHL og FFO) har svart. Begge ønsker at dagens ordning opprettholdes til det bl.a. kan dokumenteres at helse spørsmål blir tilstrekkelig ivaretatt.
- Finansdepartementet merker seg at det ikke forligger datagrunnlag for å kunne vurdere de økonomiske konsekvenser av endringsforslagene. De understreker viktigheten av at det i den videre oppfølging gjøres et grundig arbeid med å vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av eventuelle forslag til endringer.

Helseforetakenes fagmiljø for nødmeldetjenesten, representert ved R-AMK² forum, uttrykker stor faglig skepsis til at regjeringens forslag fremlegges uten at konsekvenser verken for befolkningen, primær- eller spesialisthelsetjenesten er beskrevet. ”Utgangspunktet for forslag om ett felles nødnummer og felles nødsentraler er sikkerhets- og beredskapstenking. Det foreligger ingen utredning av hva dette vil kreve av tilleggsorganisering for den enkelte nødetat for å ivareta forsvarlig daglig drift og ressurskoordinering. Helsetjenestens krav til nødmeldetjeneste, slik de framkommer gjennom hørings svarene til Fenn-rapporten, er ikke diskutert i stortingsmeldingen. Forslagene vil medføre endringer i helsetjenestens organisering med store konsekvenser for kjernevirksomhet. Foreslåtte organisering vil fjerne publikums rett til å ringe direkte til helse i en medisinsk nødssituasjon, sannsynlig gi økt bruk av utrykningsressurser, og frata helseforetakene et viktig verktøy til å styre og videreutvikle egen virksomhet. Manglende ROS-analyser, sannsynlig kostnadsøkning uten at bedret pasienttilbud er dokumentert og den samlede uenighet i organisering av nødmeldetjenesten som har kommet fram i hørings svarene fra helsetjenesten, gir samlet sett grunn til bekymring”.

KoKom (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap):

”Felles nødnummer og felles nødsentraler fungerer i dag i flere europeiske land, selv om flertallet av nasjonene har separate nødnumre. De ulike nødetatene har ulike faglige behov, og det vil være krevende å få til et felles system som møter alle disse behovene. Ved KoKom ser vi samhandling innenfor helsetjenesten som en vesentlig utfordring i forhold til felles nødsentraler. Denne samhandlingen er relevant i en betydelig større andel av vår virksomhet enn samhandling mellom etatene.

Rent konkret har vi vanskelig for å se at det vil være mulig å vedlikeholde og videreutvikle en optimal samhandling mellom aktørene i helsetjenesten uten at helsefaglig ekspertise er sterkt deltakende i nødmeldesentralene. En nærliggende alternativ løsning er at dagens AMK-sentraler videreføres, med større vekt på rollen som koordinator og samordner av helseressurser.

² Regionalt AMK

En redusert fagkyndighet i sentralene, kombinert med sentraler med svakere tilknytning til helsetjenesten, vil kunne føre til økt bruk av ambulansetjenester. Dette vil være en utfordring dersom de som de facto alarmerer ambulansene ikke føler noe ansvar for de budsjettmessige konsekvensene.

Temaer som taushetsplikt etc. har vært sterkt fremme i diskusjonen. Erfaringer fra andre land viser imidlertid at det er vesentlig å få avklart i hvilken grad de ulike leddene i tjenesten skal omfattes av helselovgivningen, og hvem som skal stå som helsefaglig ansvarlig. Gjeldende praksis i Finland er, så vidt vi har brakt i erfaring, at virksomheten ved 112-sentralen ikke omfattes av helselovgivningen. I Danmark er forholdet mellom 112-sentralen og helselovgivningen uklar, og virksomheten er ikke kvalitetssikret av helsetjenesten på samme måte som helsetjenester for øvrig. Dersom felles nødsentraler i Norge skal omfattes av helselovgivningen, vil en avklaring av helseforetakenes ansvar være vesentlig.”

Den Norske Legeforening har i brev til HOD meddelt at de er dypt uenige i at 112 innføres som eneste nødnummer og kan ikke tilråde at nødmeldetjenesten organiseres som en felles tjeneste. ”I en medisinsk nødsituasjon må pasienter, pårørende eller andre innringere møte kvalifisert helsepersonell som førstekontakt. Organisering av nødmeldetjenesten må ikke medføre at livreddende behandling blir forsinket. Legeforeningen vil også fraråde at antall nødmeldesentraler reduseres betydelig.”

Vurdering

Adm. direktør stiller seg bak de bekymringer og vurderingene som er gjort av fagmiljøene innenfor helse. Det frarådes å gjøre endringer som kan medføre et dårligere behandlingstilbud for pasientene.

En vesentlig forskjell mellom nødsentralene til brann, helse og politi er at når 113 besvares påbegynnes en pasientbehandling som skal ivaretas innenfor helselovgivningens rammer. Dette er en behandling/oppdragshåndtering som går over et lengre tidsrom og omfatter en rekke tiltak - prioritering, koordinering, samhandling med primærhelsetjenesten, samhandling intrahospitalt og samhandling med ulike prehospitale ressurser.

Det forutsettes at helsetjenestens synspunkter i denne saken og pasientenes behov vektlegges sterkest. Det må ikke tas beslutninger som:

- kan gi forenkling for andre nødetater, men som gir et dårligere helsetilbud. Minst. 85 % av alle helseoppdrag av øyeblikkelig hjelp karakter løses uten samhandling med politiet. Resterende er nesten utelukkende knyttet til ulykker (Vestfold og Telemark) der tverrvarsling nødetatene imellom er innarbeidet prosedyre.
- reduserer befolkningens tillit til helsetjenestens integritet og taushetsplikt (alle skal kunne søke helsehjelp i enhver situasjon)
- reduserer eller forsinker befolkningens tilgjengelighet til fagkyndig medisinsk nødhjelp.
- reduserer eller forsinker nødvendig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste
- medfører økte kostnader for helsetjenesten f. eks ved
 - at nytt sentralt ledd må finansieres i tillegg til eksisterende infrastruktur, jfr. at dagens AMK-sentraler også utfører LV-sentral tjenester til kommuner og at ressurskoordinering av ambulansetjeneste omfatter en virksomhet der 60 % er uten hast.
 - at ressurser disponeres av andre enn de som har betalingsansvaret, jfr. også prinsippene bak syketransportreformen.
 - at manglende samhandling med pasienttransport og lokale løsninger medfører økt bruk av dyrere ressurser.