



## **Endringer i oppgavedeling mellom sykehus i Oslo sykehusområde**

**Knut Even Lindsjørn**

**Oslo 20.04.2017 – Oppdatert etter videre prosess og  
beslutning i Helse Sør – Øst RHF 14. september 2017**

## Endringer i oppgavefordeling mellom sykehus i hovedstadsområdet

I styresak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder* vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF at det skal arbeides videre med oppgavefordeling i tråd med anbefalingene i sak 082-2015. Det ble videre vedtatt at iverksetting av aktuelle løsningsforslag besluttes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, i samråd med berørte helseforetak/sykehus og Oslo kommune.

### Bakgrunn for saken

Høsten 2014 ble det opprettet et prosjekt med representasjon fra Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo kommune for å vurdere hvordan behovet for spesialisthelsetjenester best kan løses på kort (–2018), mellomlang (–2025) og lang sikt (–2030) i sykehusområdene Oslo og Akershus. Arbeidet bygget på Helse Sør-Øst RHFs tidligere arbeid relatert til kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder.

Prosjektets styringsgruppe innstilte på en kombinasjon av endring av opptaksområder og endringer i oppgavefordeling. I mai 2016 ble det opprettet faggrupper bestående av representanter fra berørte sykehus for videre utredning og vurdering av endringer i oppgavedeling innenfor seks fagområder (*Medikamentell kreftbehandling, Primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner, Alderspsykiatri, Dialyse, Eldre med hoftebrudd og Urologi*).

Endringer i oppgavedelingen i hovedstadsområder må sees i sammenheng med øvrige anbefalinger og vedtak gitt i Styresak 052-2016 «*Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*» og anbefalinger og vedtak gitt i styresak 053-2016 «*Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF*».

Dette gjelder blant annet tilordning mellom bydeler og sykehus i Oslo sykehusområde, herunder tidspunkt for overføring av bydel Alna til Oslo sykehusområde, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus langsiktige rolle i ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde, samt fremtidig målbilde for Oslo universitetssykehus HF.

Pasientstrømsanalyser viser hvor mange pasienter fra de to ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus som henvises til og behandles ved Oslo universitetssykehus HF. De to ideelle sykehusene har i dag en dekningsgrad på hhv 29 % (Lovisenberg) og 44 % (Diakonhjemmet). Restene av tjenestene får befolkningen dekket fra andre sykehus, primært ved Oslo universitetssykehus.

Faggruppene arbeider omfatter beskrivelse av dagens pasientstrøm og oppgavedeling innenfor sitt fagområde, skisse av nye pasient-/behandlingsforløp, aktivitet og sengebehov ved endring, vurderinger av behov for rom og medisinsk-teknisk utstyr, overordnet risikovurdering og overordnet estimat av økonomiske effekter. På bakgrunn av faggruppene rapporter, har det blitt gjennomført mer utdypende vurderinger av økonomiske effekter i regi av økonomiavdelingene ved involverte sykehus, i samarbeid med økonomiavdelingen i Helse Sør-Øst RHF. En samlerapport med arbeidsgruppene anbefalinger følger vedlagt.

## **Vurdering**

Arbeidet med oppgavedeling er ett av flere tiltak som er igangsatt for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset fremtidige behov, og det vil være viktig at endringer i oppgavedelingen mellom sykehus i hovedstadsområdet koordineres tilstrekkelig med øvrige tiltak og planer for å løse kapasitetsutfordringene både på kort og lang sikt.

Økt egendekning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus vil bidra til å sikre den langsiktige rollen til Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus i ivaretagelsen av sørge for ansvaret og løsningen av det fremtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde. Samtidig som økt egendekning for disse sykehusene er vesentlig for å gi pasientene i opptaksområdene et mer helhetlig tilbud ved sine lokalsykehus, så har de endringer som her er vurdert og foreslått en videre begrunnelse relatert til kapasitetsutnyttelse på tvers av sykehus i Oslo sykehusområde.

I denne saken er det vurdert muligheter for endringer i oppgavedelingen knyttet til 6 fagområder. På sikt vil det være naturlig å vurdere ytterligere områder som kan bidra til å utvikle Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus rolle som lokalsykehus for befolkningen i eget opptaksområde. En styrking av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus som lokalsykehus vil avlaste Oslo universitetssykehus HF. Dette er en nødvendig forutsetning for tilbakeføring av opptaksområde fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde.

Økt egendekning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus betyr også at pasienter fra deres respektive opptaksområder får mer helhetlige pasientforløp og kan bidra til å sikre en ansvars- og oppgavefordeling som fremstår mer helhetlig og forståelig for publikum.

Endret oppgavedeling berører flere sykehus og ulike fagmiljøer, og det vil være viktig å sikre et tilstrekkelig eierskap hos de respektive sykehusene, og at den videre prosess koordineres på tvers av leder og fagmiljøer på de respektive sykehusene. Den videre prosess og gjennomføringstempo må tilpasses med hensyn til både faglige og økonomiske konsekvenser.

## **Prosess**

Faggruppene har bestått av representanter for de respektive fagmiljøene.

Ledelsen ved sykehusene og Oslo kommune har deltatt i prosjektets styringsgruppe.

Det er avholdt flere møter med brukerrepresentanter og tillitsvalgte både på konsern- og foretaksnivå i løpet av prosessen. Det er avholdt egne møter med sykehusene og med Oslo kommune etter at faggruppene anbefaling ble lagt frem. I møte med Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune ble både kortsiktige og langsiktige løsninger for fremtidig oppgavedeling i Oslo sykehusområde drøftet.

## Konklusjon

På bakgrunn av dagens inndeling av opptaksområder i Oslo og målet om en økt egendekning ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus slik at pasienter fra deres respektive opptaksområder får mer helhetlige pasientforløp, er følgende besluttet:

1. Det skal etableres et samlet tilbud for medikamentell kreftbehandling og palliativ behandling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til pasienter fra egne opptaksområder. I første fase overføres medikamentell kreftbehandling av tykk-/endetarmskreft og blodkreft til Diakonhjemmet Sykehus og medikamentell kreftbehandling av lungekreft, brystkreft og blodkreft til Lovisenberg Diakonale Sykehus.
2. Det skal etableres et tilbud for hemodialyse ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egen sektor og det skal vurderes nærmere hvordan et slikt tilbud også skal omfatte pasienter fra Diakonhjemmet Sykehus sektor. På sikt vurderes etablering av tilbud for hemodialyse også ved Diakonhjemmet Sykehus.
3. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal bygge opp tilbud for primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner for pasienter fra eget opptaksområde.

Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus bes etablere gjennomføringsprosjekter innen medikamentell kreftbehandling og palliativ behandling, hemodialyse og for primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner for henholdsvis avgivende helseforetak og mottagende sykehus.

De forventede økonomiske konsekvensene for avgivende helseforetak og mottagende sykehus må ytterligere beskrives i den videre planlegging. Dette gjelder både driftsmessige tilpasninger og behov for investeringer i bygningsmessige endringer og medisinsk teknisk utstyr. Håndtering av de økonomiske effektene, herunder tilpasning av sykehusenes inntektsramme til drift og investering, vil vurderes på bakgrunn av oppdatert informasjon og økonomisk grunnlag. De økonomiske effektene vil sees i sammenheng med arbeidet som pågår vedrørende utvikling av en inntektsmodell for Oslo sykehusområde.

Det bes om at planer for gjennomføring oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 1. november 2017.

Når det gjelder videre arbeid innen urologi vil det bli nedsatt en ny faggruppe for å vurdere oppgavedeling innen urologi sett opp mot dagens opptaksområder innen kirurgi med mål om at man også innen dette fagområdet kan sikre økt egendekning. Videre vil de andre fagområdene, dvs alderspsykiatri og behandling av eldre med hoftebrudd, også vurderes på nytt i neste fase av arbeidet hvor det skal utarbeides en helhetlig plan for opptaksområdene for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Oslos bydeler. De berørte helseforetak og sykehus, samt Oslo kommune vil inviteres inn i dette arbeidet.

### Vedlegg

- Kort om arbeidsgruppens anbefalinger

### Utrykte vedlegg

- Arbeidsgruppens samlede rapport

- Interessentanalyse

- Risikoanalyse

## Vedlegg

### Kort om arbeidsgruppens anbefalinger:

**Medikamentell kreftbehandling og kontroll etter onkologisk behandling**  
Faggruppens anbefaling innebærer å etablere et samlet tilbud for medikamentell kreftbehandling (inkl. kontroll etter slik behandling) og palliativ behandling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til pasienter fra egne opptaksområder.

Medikamentell kreftbehandling og kontroller etter onkologisk behandling utføres i dag hovedsakelig ved Oslo universitetssykehus for Oslo sykehusområde. Det er forventet betydelig vekst innen medikamentell kreftbehandling. Oslo universitetssykehus er i ferd med å nå sitt kapasitetstak innen medikamentell onkologi. Dersom det ikke gjennomføres endringer i oppgavefordeling, vil det være behov for bygnings- og utstyrmessige investeringer ved Oslo universitetssykehus.

Overføring av aktivitet fra Oslo universitetssykehus HF og etablering av tilbud ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus bør ifølge faggruppens anbefalinger skje gradvis. Dette som en følge av anskaffelse av utstyr, tilrettelegging av arealer og for å sikre nødvending rekruttering/bemanning.

I første fase anbefales det å overføre medikamentell kreftbehandling av tykk-/endetarmskreft og blodkreft til Diakonhjemmet, og medikamentell kreftbehandling av lungekreft, brystkreft og blodkreft til Lovisenberg. Dette utgjør henholdsvis ca. 40 og 55 % av all aktivitet tilknyttet medikamentell kreftbehandling som er aktuell for overføring til de to sykehusene, og ca. 2 100 og 3 200 pasientkontakter.

#### *Dialyse*

Faggruppen anbefaler etablering av et samlet tilbud for hemodialyse (HD) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus for pasienter fra egen og Diakonhjemmet Sykehus sektor. Ved utgangen av 2015 utgjorde det samlede pasientgrunnlaget fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus sektor 50 HD-pasienter. Sammenlignet med andre dialysetilbud i Norge vil dette utgjøre et mellomstort HD-tilbud.

Dialysen ved Oslo universitetssykehus HF er estimert å møte sitt kapasitetstak rundt 2018/2019. Faggruppen gir uttrykk for at Lovisenberg Diakonale Sykehus vil trenge 2–3 år for å tilpasse arealer, anskaffe utstyr, rekruttere personell og sikre grunnopplæring av sykepleiere. Det forventes at sykehuset vil ha tilgjengelige arealer fra første kvartal 2019. I en mellomperiode frem mot oppstart legger faggruppen til grunn at det vil være behov for økt kapasitet ved Oslo universitetssykehus HF.

#### *Alderspsykiatri*

For Oslo sykehusområde er alderspsykiatrien i dag en lokalsykehusfunksjon. Poliklinikk/ dagbehandling og døgnbehandling gjøres ved Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus for pasienter fra egne opptaksområder. I 2015 var det 17 og 16 døgnplasser i bruk ved henholdsvis Oslo universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus.

Løsningsforslaget innebærer konkret at døgnaktivitet innen alderspsykiatri gjøres til en områdefunksjon for Oslo sykehusområde og samles ved Diakonhjemmet Sykehus. Poliklinikk og dagbehandling vil fortsatt være en lokalsykehusfunksjon.

Det vil være behov for 12- 18 måneder fra beslutning om endret oppgavedeling til overføring og oppstart.

### *Eldre med hoftebrudd*

Faggruppens anbefaling innebærer en intensjon om å etablere et senter for eldre med hoftebrudd for Oslo sykehusområde ved Diakonhjemmet Sykehus. Pasientgruppen får i dag behandling enten ved Oslo universitetssykehus HF eller Diakonhjemmet Sykehus. Pasientens bydelstilhørighet avgjør hvor behandling gis. Pasientgruppen utgjorde i overkant av 800 døgnopphold Oslo sykehusområde i 2014.

Etablering av ett senter for eldre med hoftebrudd vil eventuelt innebære overføring av pasienter fra Oslo universitetssykehus HF til Diakonhjemmet Sykehus. Samlet er vurderingen at dette fagfeltet skiller seg noe prinsipielt fra andre fagområder som her er vurdert, og at det er hensiktsmessig å gjøre en fornyet vurdering i forbindelse med et mer helhetlig arbeide med utvikling av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus som lokalsykehus i Oslo sykehusområde.

### *Primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner*

Faggruppen anbefaler at Lovisenberg Diakonale Sykehus bygger opp et tilbud for primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner for pasienter fra eget opptaksområde

Oslo universitetssykehus HF dekker i dag mye av tilbudet for den aktuelle pasientgruppen fra det indremedisinske opptaksområdet til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Kartlegginger har vist at det benyttes 2 senger ved Oslo universitetssykehus HF til pasienter fra Lovisenberg Diakonale Sykehus sitt indremedisinske opptaksområde.

Faggruppen har lagt til grunn at aktivitetsnivået ved overføring vil være om lag 1 500 polikliniske konsultasjoner årlig, og at det vil være behov for tilgang til 1 skiftestue, og 1–2 heldøgnsenger ved Lovisenberg Diakonale Sykehus etter overføring.

Det er anslått at Lovisenberg Diakonale Sykehus vil trenge ca. 6 måneder fra beslutning og finansiering er avklart til oppstart.

### *Urologi*

Faggruppens samlede vurdering er at en modell for poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på DS og/eller LDS ikke kan anbefales. Dette gjelder også dersom benigne tilstander som kan kreve døgnenger og/eller utredningspoliklinikk inkluderes

Hovedutfordringen knytter seg til lite volum og begrenset variasjon i diagnoser og prosedyrer, særlig innen dagkirurgisk behandling. Dette gjør det krevende å skape et attraktivt miljø for kliniske fagpersoner. Kvantifisering av benign poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet, som er aktuelt for overføring fra Aker, viste at volumet er for lite til at det er hensiktsmessig å opprette nye tilbud.