

1ste delrapport fra prosjektet:

# Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF

Utvidet opptaksområde. Forutsetningene  
for omstillingsprogrammet.

Sluttrapport arbeidspakke 1

**Forfatter**

Tarald Rohde, Hans Torvatn, Lisbeth Øyum, Birgitte Kalseth



# Rapport

## Utvidet opptaksområde. Forutsetningene for omstillingsprogrammet.

### Sluttrapport arbeidspakke 1

**EMNEORD:**

Sykehus  
Strategi  
Sykehusområder  
Foretak  
Kvalitet  
Økonomi

**VERSION**

1,0

**DATO**

2014-01-14

**FORFATTER(E)**

Tarald Rohde, Hans Torvatn, Lisbeth Øyum, Birgitte Kalseth

**OPPDRAGSGIVER(E)**

Helse Sør-Øst RHF

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Øystein Krüger

**PROSJEKTNR**

102001068

**ANTALL SIDER:**

38 inkl. vedlegg

**SAMMENDRAG**

### Utvidet opptaksområde i Helse Sør Øst, forutsetningene for omstillingsprogrammet

Forslaget om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr. 44 (2006-2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år.

Vedtaket ble gjennomført 1. juni 2007 og den nye regionen gikk umiddelbart i gang med å definere hva som måtte gjøres for å oppfylle de målene som var formulert i proposisjonen. Styre og administrativ ledelse i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) mente det var nødvendig med et betydelig omstillingsarbeid i regionen.

Denne rapporten går gjennom vedtakene som førte fram til strategidokumentet med tidshorizont 2025, beskriver hvilke mål som ble satt og hvilke tiltak som ble satt i verk. Den gir en grov oversikt over hva som er skjedd i perioden og vil brukes som et grunnlag for videre arbeidspakker i denne evalueringen av omstillingsprogrammet som omfatter ni arbeidspakker og som varer fram til høsten 2015.

**UTARBEIDET AV**

Tarald Rohde, seniorrådgiver

**KONTROLLERT AV**

Tore Nilssen, forskningssjef

**GODKJENT AV**

Randi E Reinertsen, forskningssjef

**RAPPORTNR**

SINTEF A24485

**ISBN**

978-82-14-05607-5

**GRADERING**

Åpen

**SIGNATUR****SIGNATUR****SIGNATUR****GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Vedtatt og vedtatte retningslinjer, departementet og Helse Sør-Øst RHF</b> .....	<b>7</b>
4.1	Vedtaket i Stortinget om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF .....	7
4.2	Hvordan Helse Sør-Øst formulerte strategiske mål og tiltak med bakgrunn i oppdraget de hadde fått av Helse- og omsorgsdepartementet.....	8
4.3	Samlet plan for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst .....	9
4.4	Arbeidet med innsatsområdene .....	10
4.4.1	Innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet .....	10
4.4.2	Innsatsområde 2 Forskning .....	11
4.4.3	Innsatsområde 3 IKT, stab- og støttefunksjoner .....	12
4.4.4	Innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis .....	13
4.4.5	Innsatsområde 5, mobilisering av ansatte og ledere .....	13
4.5	Høringsfase .....	13
4.6	Første del av strategiprosessen avsluttes.....	14
4.7	Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene .....	17
4.7.1	Strategiarbeidet trekkes sammen mot et samlet dokument .....	17
4.7.2	Endelig strategisk dokument og handlingsplan .....	18
<b>5</b>	<b>Hva ligger i de ulike målbeskrivelsene, hvor klart er de definert?</b> .....	<b>20</b>
5.1	Målene formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007).....	20
5.2	Vurdering av mål og tiltak formulert i strategidokumentene for Helse Sør-Øst RHF.....	22
5.2.1	Strategien til HSØ ble utviklet samtidig med at andre oppgaver måtte løses .....	22
5.2.2	Hovedvalgene som ble gjort av HSØ .....	22
5.2.3	Pasientbehandlingen .....	24
5.2.4	Mål for løpende drift .....	27
5.2.5	Mål for ikke-medisinske tjenester .....	27
5.2.6	Bygg .....	28
5.2.7	Forskning og undervisning.....	28
<b>6</b>	<b>Kunnskapsgrunnlaget for å sette målene</b> .....	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Hva har skjedd av organisatoriske endringer i perioden 2007-2011</b> .....	<b>32</b>
7.1	Sykehusområder .....	32

7.2	Antallet driftsenheter .....	33
7.3	Klinikkorganisering .....	33
7.4	Samling i Sykehuspartner.....	33
<b>8</b>	<b>Måloppnåelse og gjennomførte tiltak .....</b>	<b>34</b>
8.1	Faktisk måloppnåelse.....	34
8.2	Tiltak som er gjennomført .....	35
8.3	Tiltak som ikke er gjennomført eller der målsettingen ikke er nådd.....	35
<b>A</b>	<b>Tabellarisk oversikt over mål og tiltak for HSØ .....</b>	<b>37</b>

## 1 Bakgrunn

Forslaget om å slå sammen Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet som en del av St. prp. Nr. 44 (2006-2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007. Forslaget ble godkjent i statsråd 16. februar 2007 og vedtatt i Stortinget 23. april samme år. Venstre og KrF uttrykte skepsis til sammenslåingen, mens de øvrige partiene fullt ut støttet begrunnelser og forventninger til sammenslåingen slik de ble formulert i proposisjonen. Frp så på dette vedtaket som første skritt på veien mot at et sykehusdirektorat erstattet de regionale foretakene.

Vedtaket ble gjennomført 1. juni 2007 og den nye regionen gikk umiddelbart i gang med å definere hva som måtte gjøres for å oppfylle de målene som var formulert i proposisjonen. Styre og administrativ ledelse i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) mente det var nødvendig med et betydelig omstillingsarbeid i regionen. I september 2007 samlet HSØ seg om fem innsatsområder de ville arbeide med og satte en frist til juni 2008 for når det skulle foreligge forslag til tiltak på disse områdene. Dette ble i all hovedsak gjennomført etter tidsplanen. På styremøtet i juni 2008 ble det lagt fram en plan for når et samlet strategidokument skulle foreligge. Tidspunktet ble satt til styremøtet i slutten av november 2008. Arbeidet ble gjennomført som planlagt og på foretaksmøtene i januar 2009 lå strategiplanen til grunn for det oppdraget HSØ formulerte til sine underliggende foretak.

Samtidig med at strategiplanen ble lagt fram for styret ble det lagt fram et forslag til hvordan planen skulle settes ut i livet. Som en del av dette arbeidet ble det vedtatt at det skulle lyses ut et oppdrag om følgeevaluering av prosessen. Denne følgeevalueringen skulle pågå ut 2010. Utlysningen av dette oppdraget kom først våren 2011 og av avtale tekniske årsaker måtte den utlyses på ny våren 2012. SINTEF fikk oppdraget. Oppstartsmøte for prosjektet ble avholdt 19. september 2012 i HSØ sine lokaler i Oslo.

Oppdraget går over tre år og skal være en *Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst RHF, Kunnskapsgrunnlag for videre utvikling fram mot 2020*.

Siden dette er en evaluering etter at strategien er vedtatt vil det ikke være en følgeevaluering, men det legges vekt på at funnene som gjøres skal være nyttige for HSØ og underliggende foretak i deres fortløpende arbeid med å realisere strategiens mål. Det er laget en presentasjon av prosjektet som kan fås ved henvendelse til SINTEF eller HSØ.

Prosjektarbeidet er delt opp i ni arbeidspakker. En skal arbeide med forslag til kunnskapsutveksling med HSØ sin helsetjenesteforskningsgruppe HØKH, en ser på hvordan evalueringen kan benyttes i kunnskapsutvikling innen regionen og en arbeider med å spre kunnskapen fra de rapportene som vil bli laget i løpet av prosjektperioden. De øvrige skal analysere hva som faktisk har skjedd og hva av dette som kan knyttes til omstillingsprosessen og den strategien som er laget.

Denne rapporten viser resultatet av Arbeidspakke 1 (AP1) og foretar ingen evaluering av omstillingsprosessen. Oppgaven for AP1 er å vise hva som er gjort, hvilke vedtak og kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for det som er iverksatt. Det drøftes hva som ligger i de mål og tiltak som er en del av omstillingsarbeidet og det gis en overordnet beskrivelse av hva som er skjedd fra 2007 til 2011.

Som en del av arbeidet med AP1 er det gjort overordnede analyser av endringer i pasientstrømmer i og mellom de etablerte sykehusområdene og det er også foretatt en overordnet vurdering av den økonomiske utviklingen i perioden. Funnene som er gjort på disse områdene går inn i det arbeidet som skal resultere i rapporten fra Arbeidspakke 5. I arbeidet med AP1 ble en rekke personer som var sentrale i arbeidet med omstillingsprosessen intervjuet. Hensikten var å prøve SINTEF sine problemstillinger og kontrollere at vi hadde oversikt over de viktige vedtak og dokumenter som hadde ligget til grunn for arbeidet. Vi benytter kunnskapen disse intervjuene gir i arbeidet med de øvrige arbeidspakkene i prosjektet. Til slutt har vi i forbindelse med AP1 også gått gjennom vedtak og dokumenter ved etableringen av Vestre Viken HF (VV) og Oslo Universitetssykehus HF (OUS). Dette arbeidet vil benyttes i Arbeidspakke 3 som spesielt skal ta for seg omstillingsprosessen ved Ahus, OUS og VV.

Rapporten fra AP1 slik den her foreligger og det øvrige arbeidet som er gjort i forbindelse med arbeidspakken skal benyttes som et grunnlag for de øvrige arbeidspakkene når de skal evaluere:

- Hvordan strategien har fått betydning for den pasientnære virksomheten. (Styring og ledelse helt ut, Arbeidspakke 2)
- Hvordan arbeidet med strategien har vært ivaretatt i de tre foretakene Ahus, OUS og Vestre Viken. (Omstilling Ahus, OUS og Vestre Viken, Arbeidspakke 3)
- Hvordan brukerperspektivet er ivaretatt. (Brukerperspektivet, Arbeidspakke 4)
- Om omstillingsarbeidet har ført til endringer. (Effekter og resultater, Arbeidspakke 5)
- Om det er skjedd endringer innen HSØ som ikke er skjedd andre steder og om strategien til HSØ skiller seg fra andre norske helseregioner og fra andre land. (Komparative analyser, Arbeidspakke 6)

Arbeidspakkenes innhold bygger på utlysningen HSØ gjorde for dette oppdraget og SINTEFs forslag til hvordan dette kunne løses.

## 2 Sammendrag

I kapittel 3 beskrives metoden som er benyttet i arbeidet.

Kapittel 4 presenterer de vedtak som er gjort i tilknytning til omstillingsprosessen fra Stortinget vedtok sammenslåingen av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF i februar 2007 til den nye strategien ble lagt til grunn i foretaksmøtene i HSØ i januar/februar 2009. Kapitlet avsluttes med et skjema som viser de viktigste vedtakene og når de ble fattet.

Kapittel 5 foretar en vurdering av hva som er hovedmål, delmål og tiltak for å nå målene, slik dette kan leses ut av dokumentene som ligger til grunn for omstillingsprosessen. Først analyseres de målene som ble formulert av Storting og regjering. Deretter vises det hvordan HSØ valgte å løse oppdraget de fikk med å etablere fem innsatsområder. Omstillingsprosessen var og er svært omfattende. Drøfting av mål og tiltak er derfor delt opp i pasientbehandling, økonomiske mål, mål for de ikke-medisinske tjenestene, mål for eiendomsområdet og mål for forskning og undervisning. Drøftingen av mål for pasientbehandling, som er hovedoppgaven for regionen, er igjen delt opp i hovedmål, organisatoriske mål, driftsmål for pasientbehandlingen og forholdet til primærhelsetjenesten.

Kapittel 6 vurderer hvilke kunnskapsgrunnlag som lå til grunn for de vedtak som ble fattet.

Kapittel 7 gir en oversikt over hva som er skjedd av organisatoriske endringer fra 2007 og til 2011/2012.

Kapittel 8 foretar en kort oppsummering av hvordan måloppnåelsen har vært så langt i prosessen.

## 3 Metode

SINTEFs oppdrag om å evaluere omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst gjennomføres som en forskningsbasert case-studie (Yin 1989) hvor hensikten er å forstå hvorfor prosessen ble gjennomført slik den ble, og hvordan den har påvirket Helse Sør-Østs ulike organisatoriske enheter. Metodene for datainnhenting vil variere i de ulike arbeidspakkene. Kunnskapsgrunnlaget som benyttes i AP1 er dokumentanalyse, det vil si en gjennomgang av vedtak som er fattet i Helse Sør Øst RHF sine styremøter og de dokumenter og rapporter som ligger til grunn for disse vedtakene. SINTEF har trukket ut de vedtak og dokumenter som er vurdert å være sentrale for etableringen av strategien til HSØ.

Med dette som grunnlag har SINTEF foretatt en systematisering av hovedmål, underordnete mål og tiltak for å nå disse målene. Der disse elementene går klart fram av HSØ sine egne dokument er de benyttet. Der det er mer uklart om det er tydelig spesifisert, har SINTEF foretatt egen systematisering.

En rekke sentrale personer i omstillingsprosessen er intervjuet for å kvalitetssikre at vår oppfatning av mål og tiltak er i overensstemmelse med hva man har vært opptatt av i omstillingsarbeidet og at vi har tilgang på de sentrale dokumenter og rapporter som har ligget til grunn for de vedtak som er gjort. Intervjuene er gjennomført som fokuserte (Yin 1989:89) dybdeintervju, hvor en intervjuguide med åpne spørsmål fungerte som intervjustruktur. AP1 benytter de data fremkommet i intervjuene kun som en kvalitetssikring av SINTEFs forståelse av sammenhengen mellom mål og tiltak i strategiprosessen. Intervjudataene vil benyttes i større grad i andre arbeidspakker, og det vil da redegjøres spesifikt for dette i arbeidspakkenes delrapporter.

SINTEF har gjort en vurdering av hvilke kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for de formulerte mål og tiltak og foretatt en egen vurdering av presisjonen i disse.

AP1 trekker ikke inn litteratur og erfaringer fra andre omstillingsprosesser for å evaluere det som er gjort. Dette vil gjøres i arbeidspakker som kommer med egne rapporter som vist i kulepunktene i kapittel 1, Bakgrunn.

## 4 Vedtak og vedtatte retningslinjer, departementet og Helse Sør-Øst RHF

I dette kapitlet foretas en gjennomgang av møter og vedtak knyttet til strategiarbeidet i Helse Sør-Øst fra vedtaket i Stortinget om sammenslåing fram til Helse Sør-Øst RHF (HSØ) i januar/februar 2009 gir sine foretak oppdrag i tråd med den vedtatte strategien. Det er en kronologisk gjennomgang som presenterer de dokumenter og vedtak som har vært sentrale og gir ingen vurdering av det som er gjennomført.

### 4.1 Vedtaket i Stortinget om å slå sammen Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF

Vedtaket om å slå sammen Helseregion Sør og Helseregion Øst kan sies å være det foreløpig siste store tiltaket i arbeidet med å styre de store sykehusene på Østlandet. Stortingsmelding nr. 9 (1974-75), «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen» la grunnlaget for et regionalisert ansvar for sykehusene. Landet ble delt i fem regioner og i 1980 ble rammefinansiering innført. Det var imidlertid stadig noen sykehus som ble eid av staten. Størst av disse var Rikshospitalet (RH) og Det norsk radiumhospital (DNR). Disse var avhengige av avtaler med fylkeskommunene for å kanalisere pasienter til seg. Det ble innført betaling for pasienter som krysset fylkesgrensene, gjestepasienter. Ved statssykehusene var alle gjestepasienter. Alle regioner skulle ha et regionsykehus og DNR og RH ble på sine områder regionsykehus for fylkene på Øst- og Sørlandet minus Oslo, Hedmark og Oppland. Samtidig lå begge i Oslo og det ble stadig drøftet problemet med at for mange Oslopatienter ble tatt inn ved de statlige sykehusene. Da diskusjonen om et nytt Rikshospital startet, arbeidet krefter ved Ullevål sykehus for at ressursene skulle samles hos dem. Under planleggingen videre var det oppe forslag om å slå sammen de to barneavdelingene og de barnekirurgiske enhetene. Fagmiljøene ønsket en samling, men kunne ikke bli enige om hvor den samlede enheten skulle ligge. På dette tidspunktet kom det også opp forslag om å slå sammen ønh- og øyeavdelingene ved Ullevål og Rikshospitalet. Etter at nytt Rikshospital sto ferdig ble denne sammenslåingen gjennomført og hudavdelingene ved de to sykehus er også slått sammen. Samtidig var det en oppfatning i det politiske miljøet at samarbeidet mellom sykehusene ikke var så godt som det burde være. Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen uttalte at det gikk en Berlinmur gjennom Oslo. I den forbindelse ble det satt i gang et arbeid for å finne en bedre løsning på organiseringen av hovedstadens sykehusstilbud, men arbeidet stanset i 2005. Med ny regjering ble arbeidet tatt opp igjen og ledet til vedtaket om sammenslåing av de to regionene sør og øst.

St. prp. Nr. 44 (2006-2007) *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet* hadde en forholdsvis kort, men svært viktig del som foreslo å slå sammen de to helseregionene Helse Sør og Helse Øst. Den fikk Stortingets tilslutning 23. april. Begrunnelsen er ganske kortfattet og kan summeres opp med at sammenslåingen vil bidra til å nå målene spesifisert i kulepunktene under:

- Bedre mulighet for helhetlig styring
- Bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet
- Med bedre ressursutnytting i hovedstadsområdet vil det bli lettere å få personell andre steder i landet
- Bedre samordning av fag og forskningsmiljøer
- Omfanget av arbeidsplasser i Skien og på Hamar opprettholdes
- Effektiviseringsgevinster i hovedstadsområdet må komme resten av landet til gode, spesielt ytterkantene

Proposisjonen viste videre til at utvalget som skulle se på inntektsfordelingen mellom regionene også skulle vurdere stordriftsfordeler ved sammenslåingen. Resultatet fra denne vurderingen forelå ikke da vedtaket ble fattet.

I samme proposisjon fastholdt regjering og Storting at ingen lokalsykehus skulle legges ned. Det bevilges midler til utvikling av lokalsykehusene, herunder modeller for helhetlige akuttmedisinske tjenester, nye modeller for en helhetlig svangerskaps- fødsel og barselomsorg.



Denne delen om lokalsykehus og akuttmedisin må derfor også anses som et formulert oppdrag til det nye Helse Sør-Øst, selv om de ikke var alene om å få dette oppdraget.

## 4.2 Hvordan Helse Sør-Øst formulerte strategiske mål og tiltak med bakgrunn i oppdraget de hadde fått av Helse- og omsorgsdepartementet

De to regionene ble slått sammen 1. juni 2007. Arbeidet med å gi rammer for og retning på arbeidet ble startet umiddelbart. På styremøtet i HSØ 27. september 2007 ble "Sak nr. 040-2007: *Oppfølging av oppdragsdokumentet – innhold og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjonene og oppgavedeling i hovedstaden.*" lagt fram og tiltrådt av styret.

Her slås det fast at oppdraget fra departementet er å oppfylle målene for sammenslåingen slik de er formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007).

Det spesifiseres fem overordnede innsatsområder. Ved å finne gode løsninger innen disse fem områdene ville departementets og Stortingets mål for sammenslåingen nås. De fem overordnede innsatsområdene var:

1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet
2. Forskning
3. IKT, stab- og støttefunksjoner
4. Kunnskapshåndtering og beste praksis
5. Mobilisering av ansatte og ledere

Begrunnelsen for å velge disse fem områdene var:<sup>1</sup>

- Arbeidet med disse spørsmålene berører alle de sentrale begrunnelsene for fusjonsvedtaket.
- Innsatsområdene 4 og 5 er blant de sentrale virkemidlene for nå gode resultater i foretaksgruppen.
- Det er omdømmekritisk at innsatsområdene prioriteres

Innenfor hvert innsatsområde ble det satt i gang utredninger, og for flere av innsatsområdene resulterte dette i flere delrapporter. Dette vil dokumenteres i dette kapitlet som følger prosessen fram til det endelige vedtaket om de sentrale strategiske grepene.

Kvalitet var ikke pekt ut som et eget innsatsområde. På dette området ble det vist til Nasjonal kvalitetsstrategi der det for alle områder inne helsevesenet skal stilles krav til tjenestene om at de skal:

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

I Sak nr. 40-2007 understrekes at omstillingsarbeidet skal være gjennomføringsorientert, heller enn utredningsorientert. Arbeidet skal legge mål og retningslinjer fra Nasjonal helseplan til grunn for arbeidet og vil også bygge på tidligere utredningsarbeid i Helse Sør og Helse Øst og da spesielt Helse Øst 2025 og Resept 2006 for Helse Sør. Det er ikke trukket spesielt fram hva i Nasjonal helseplan som er viktig for strategiarbeidet. Målformuleringer i dokumentene til HSØ, og som også er sentrale formuleringer i Nasjonal helseplan, er blant annet:

- Desentralisere det man kan og sentralisere det man må.

---

<sup>1</sup> Sak nr. 040-2007

- Bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene.
- Lokalsykehuset må ha en tydelig plass i behandlingskjeden.

Som en naturlig del av oppdraget går det fram at det mest sentrale område er innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og arbeidsdeling i Hovedstadsområdet. Dette er oppgave nummer 1. Hva som skal utredes i arbeidet med innsatsområde 1 ble derfor presisert ytterligere i sak nr. 40-2007, og resulterte i flere separate utredninger om de enkelte oppgavene.

Innsatsområde 1. Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet ble delt opp i disse underområdene:

- a) Fremtidig behandlingsskapasitet og arealbehov
- b) Organisering og samling av spesialfunksjoner
- c) Gode og oversiktlige lokalsykehusfunksjoner i hovedstadsområdet
- d) Samhandling med kommunehelsetjenesten i hovedstadsområdet
- e) Tilbudet til rusmiddelmissbrukere
- f) Psykisk helsevern
- g) Samordning og styrking av universitetsfunksjonene
- h) Effektiv drift av medisinske støttfunksjoner

I Sak 40-2007 avgrenses hovedstadsområdet til Oslo og Akershus, men eksisterende pasientstrømmer, arbeidsmarked og mulige utbyggingsprosjekter gjorde at områdene tilknyttet Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Østfold HF også måtte inkluderes i analysen. Ved å utvide området på denne måten mente man at prinsippet om å behandle pasientene på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON), ville være lettere å oppfylle.

Det ble videre lagt til grunn at administrerende direktør ville etablere et koordinerende integrasjonsteam/programsekretariat for de fem innsatsområdene.

Det ble satt som mål å konkludere på alle fem innsatsområdene i juni 2008.

### 4.3 Samlet plan for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst

I løpet av høsten ble det arbeidet både innenfor de fem innsatsområdene og med en videre utvikling av den overordnede planen. Det resulterte i sak 068-2007 *Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst* som ble lagt fram på styremøtet 18. desember 2007.

I forhold til tidligere vedtak gjøres det presiseringer på to områder.

Innsatsområde 3 (IKT, stab- og støttfunksjoner) deles i fire underområder som er:

- IKT
- Innkjøp og logistikk
- HR området
- Eiendom

Økonomi trekkes inn som et viktig element. I saken formuleres det slik:

Styret forutsetter at arbeidet med å sikre økonomisk kontroll i foretaksgruppen videreføres slik at eiers økonomiske resultatkrav for 2008 kan innfris, jfr styrets budsjettvedtak for 2008 (styresak 056-2008). Dette utviklings- og omstillingsprogrammet skal være det nødvendige bidraget for å gi Helse Sør-Øst økonomisk handlefrihet og en langsiktig og bærekraftig utvikling hvor nødvendige omprioriteringer av ressurser til forskning, tilbud til nye pasientgrupper og utvidede behandlingsbehov blir ivaretatt. Frigjorte ressurser skal også dekke behovet for prioriterte bygningsmessige investeringer og investeringer i IKT og øvrig medisinsk teknologi.

Flertallet av målene som ble satt i St. prp. Nr. 44 (2006-2007) vektla effektivisering i en eller annen form. Med dette avsnittet i sak 068-2007 slår styret i HSØ fast at utviklings- og omstillingsprogrammet skal gi regionen den nødvendige økonomiske handlefriheten til å nå sine mål. Den skal oppnås ved interne disposisjoner og ikke ved økt tilførsel utenfra.

Vedtaket la opp til denne framdriften:

Til styremøtet i mars 2008 skulle det leveres forslag til kunnskapshåndtering og beste praksis

Til styremøtet i april 2008 skulle det leveres et beslutningsgrunnlag for gjennomføringen av hovedstadsprosessen.

Til styremøtet i mai 2008 skulle det leveres forslag til tiltak på forskningsområdet.

For fellestjenester beskrives framdriften slik:

Tiltak for IKT legges fram på styremøtet i april 2008 og en detaljert implementeringsplan foreligger til styremøtet i juni 2008.

Tiltak innen innkjøp og logistikk gjøres bindende gjennom foretaksmøtene i januar 2008.

Det tidfestes ingen ting for HR området, men slås fast at det skal etableres felles systemløsninger i regionen.

For eiendomsområdet skal det legges fram et beslutningsgrunnlag i styremøtet i juni 2008.

I det første styremøtet etter sammenslåingen ble betegnelsen fusjon og fusjonsprosessen brukt om sammenslåingen mellom Helse Sør og Helse Øst. Etter det er det begreper som sammenslåing, samordning og tilsvarende som blir benyttet.

#### **4.4 Arbeidet med innsatsområdene**

Innsatsområdene som ble valgt kan synes å gjøre omstillingen mer omfattende enn hva som strengt tatt ble krevd av stortingsproposisjonen. HSØ hadde imidlertid ikke bare oppgavene med å finne en bedre løsning for hovedstadsområdet. Det var en ny organisasjon som skulle bygges opp og det var behov for felles referanser til hvordan ulike oppgaver skulle behandles. I avsnittene under beskrives hva som ble utført av utredninger og hva som ble fattet av vedtak innenfor de fem innsatsområdene.

##### **4.4.1 Innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet**

Sak 038-2008 omhandlet det videre arbeidet med hovedstadsprosessen og ble behandlet på styremøtet 16-17 april 2008. Som grunnlag for denne saken var det satt i gang flere delprosesser som leverte hver sine rapporter.

- 15. februar forelå et innspillsnotat til regionens foretak om større opptaksområder
- Delrapport 1 om hovedstadsprosessen forelå i april.
- Delprosess 2 tok for seg spesialiserte funksjoner og leverte sin rapport 28. mars.
- Delprosess 3 leverte to delrapporter. Den første ble levert i mars og tok for seg resultatet fra tre arbeidsgrupper som hadde sett på definisjonen av lokalsykehustjenester innen somatikk og alle nivå av tjenester for psykisk helse og rus. I april ble delrapport 2 levert. Den behandlet lokalfunksjoner og samhandling med kommunene.
- Delprosess 4 som tok for seg universitetsfunksjoner leverte sin rapport først i juni.

Det ble utarbeidet en vurdering av kapasitet av SINTEF, fagmiljøene ga sin oppfatning om nødvendig opptaksområde for de ulike fag og andre beskrivelser av kapasitet og bruk av helsetjenesten i Helse- Sør-Øst.

Det ble ikke levert egne rapporter under innsatsområde 1 for framtidig kapasitets- og arealbehov og effektiv drift av medisinske støttefunksjoner.

Som et viktig ledd i dette arbeidet ble det gjennomført dialogkonferanser med totalt 80 grupper og 640 deltagere der fordelingen av basisområder og regionfunksjoner innen somatiske tjenester ble drøftet.

Av nye ting ble det foreslått å legge prinsippet om inndeling i sykehusområder til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Følgende sykehusområder, med de merknader som framgår av saksutredningen, legges til grunn for videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet:

Innlandet: Sykehuset Innlandet HF

Østfold: Sykehuset Østfold HF

Øst: Akershus universitetssykehus HF

Sentrum: Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus

Vest: Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF

Telemark/Vestfold: Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF,

Sørlandet: Sørlandet sykehus HF

For videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder og i Helse Sør-Øst samlet, ble det foreslått å legge følgende til grunn:

Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå, LEON prinsippet). Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 prosent av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.

Det ble videre spesifisert hva som skulle legges i lokalsykehusfunksjoner, hvordan akuttjenester skulle defineres og kunne variere med spesiell vekt på å kirurgiske og ortopediske akuttjenester bare burde være ett sted i et sykehusområde. Spesialiserte funksjoner ønsket man bare ett sted innenfor et sykehusområde og regionale tjenester bare ett sted innen regionen.

#### **4.4.2 Innsatsområde 2 Forskning**

Til styremøtet i mai 2008 ble forslaget til forskningsstrategi behandlet. Den skulle gjelde 2008-2011, men styret vedtok seinere at den skulle gjelde ut 2012.

Det understrekes at forskning er en av de fire hovedoppgavene foretakene er pålagt. Helse Sør-Øst var allerede i 2007 den største bidragsyteren innen medisinsk og helsefaglig forskning og har som mål å opprettholde og styrke den posisjonen, både nasjonalt og internasjonalt.

Visjon og mål er i strategien formulert slik:

##### **Visjon**

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

## Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst øker på lengre sikt (10 år) til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.

Strategien for forskning er tydelig delt opp i mål som vist over, delmål, tiltak og risikomomenter. Det er få referanser til den øvrige strategiprosessen og gevinster ved sammenslåing. I den grad det øvrige omstillingsarbeidet trekkes inn er det i risikovurderingene. Den risikoen som blir framhevet er risikoen for at målet om å bruke 5 prosent av inntektene på forskning ikke nås, fordi omstillingene ikke gir den nødvendige økonomiske gevinsten. Det blir vist til at striden som er oppstått mellom fagmiljøer som et resultat av omstillingen også kan influere negativt på nødvendig forskningssamarbeid.

Det påpekes at på noen områder er forskningsmiljøene så små at det oppfattes som en risikofaktor. Imidlertid relateres dette ikke til omorganiseringsprosessen og mulighetene for å gjøre disse større.

### 4.4.3 Innsatsområde 3 IKT, stab- og støttefunksjoner

Helse Sør hadde opprettet Sykehuspartner som samlet store deler av deres kompetanse innen HR området, innkjøp, logistikk og IKT. På styremøtet 21. november 2007 ble sak 058-2007 *Stab støtte og fellestjenester* lagt fram og vedtatt. Vedtaket slo fast:

1. For å frigjøre ressurser til pasientbehandling og for å øke kvaliteten på de administrative funksjoner legger styret til grunn at administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen standardiseres både når det gjelder teknologi, organisasjon og prosess.
2. Styret slutter seg til at det etableres interne fellestjenester for hele Helse Sør-Øst.
3. Styret ser i denne sammenheng at den eksisterende fellestjenesteenheten Sykehuspartner utvikles som en sentral del av en slik organisering av administrative støttefunksjoner.
4. Styret legger til grunn at etablering, styring og utvikling av fellestjenester skjer i tråd med den redegjørelse som er gjort i saken. Styret legger særlig vekt på god ivaretagelse av de ansatte som berøres og at helseforetakene sikres tilstrekkelig innflytelse over fellestjenestene.
5. Styret forutsetter at nye tjenesteområder som skal etableres som fellestjenester forelegges styret for beslutning.
6. Styret legger til grunn at det bygges videre på den inngåtte avtalen med DHL når det gjelder etablering av felles forsyningsstruktur for hele Helse Sør-Øst.

På styremøtet i april 2008 ble sak 039-2008 *Innsatsområde 3.1 IKT, målbilde, dagens situasjon og videre prosess* behandlet. Der sluttet styret seg til følgende prinsipper for det videre arbeidet med å omstille og utvikle IKT-funksjonene i Helse Sør-Øst:

- En felles tjenesteenhet for felles drift av IKT etableres for hele Helse Sør-Øst.
- En felles tjenesteenhet skal levere tjenester av felles karakter basert på omforente tjenesteavtaler (SLA).
- Som hovedprinsipp skal alle tjenester overføres til en felles tjenesteenhet og unntak skal dokumenteres og besluttes av premissgiver i henhold til vedtatt styringsmodell.
- Styringsmodellen skal sikre HFenes medvirkning i styringen av en felles tjenesteenhet på en måte som sikrer god forankring og felles prioritering.
- Overdragelse av personell fra det enkelte HF skal som hovedprinsipp baseres på virksomhetsoverdragelse. I den videre prosess vil en utrede omfang og i hvilken takt overdragelse skal skje.
- Standardisering av infrastruktur, systemer og løsninger skal gjennomføres der dette understøtter god ressursutnyttelse og effektivisering for å sikre virksomhetens overordnede mål.
- Det etableres en felles prosess for porteføljestyring for hele Helse Sør-Øst.

#### 4.4.4 Innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis

Det synes ikke som det foreligger noen rapport fra arbeidet med innsatsområde 4, kunnskapshåndtering og beste praksis.

#### 4.4.5 Innsatsområde 5, mobilisering av ansatte og ledere

På styremøtet 24. oktober ble sak 049-2007 *Medvirkning og involvering* lagt fram og vedtatt. Vedtaket slår fast at medvirkning og involvering skal sikres:

- a) Gjennom etablerte fora
- b) Gjennom arbeidsgrupper/prosjektgrupper og referansegrupper
- c) Gjennom supplerende arenaer

Informasjonsflyten gjennom alle faser av arbeidet skulle være god.

Etablerte fora ble beskrevet som styret for HSØ, direktørmøtet for alle helseforetakene, brukerutvalget, kontakt med konserntillitsvalgte, samarbeidsorganet med høyskoler og universitet og kontakten med direktørene i de øvrige helseregionene.

Det skulle opprettes prosjektgrupper, arbeidsgrupper og referansegrupper.

Andre arenaer ble beskrevet som brede dialogmøter, programforum bestående av direktørgruppen, brukere, tillitsvalgte og verneombud, møter med kommunene og fagnettverksmøter.

Som en del av den store sak 067-2008 som ble lagt fram på styremøtet i juni 2008, var det en sak nr. 6 som tok for seg prinsipper for medvirkning. Der ble det vedtatt å legge 12 prinsipper til grunn for slik medvirkning.

### 4.5 Høringsfase

Like etter styremøtet den 24. april 2008, ble det utarbeidet et mandat til foretakene i Helse Sør-Øst som ledd i at det som forelå av forslag og innspill ble sendt ut på høring, både til regionens egne foretak og en rekke andre samarbeidspartnere som pasientorganisasjoner, faglige foreninger og andre offentlige instanser. Svarfrist for høringen ble 27. mai 2008.

Fra egne foretak ble det bedt spesielt om at disse punktene ble besvart:

1. Status: Beskrivelse og kort vurdering av gapet mellom de ulike vedtakspunktene og dagens situasjon innenfor sykehusområdet.
2. Målbilde: Mål og tiltak på kort (2008-2009) og lang sikt (fram mot 2012) for de ulike vedtakspunktene. Enkelte strukturelle endringer vil ha et lengre perspektiv. Det skal settes både kvalitative og økonomiske mål.
3. Effekter: Kvalitative og økonomiske effekter på kort og lang sikt. Effekter skal knyttes til de overordnede kvalitetsmål for omstillingen (herunder effekter knyttet til samhandling). Det legges til grunn at det innenfor sykehusområdene synliggjøres frigjorte ressurser for omstilling i tråd med målene.
4. Konsekvenser/risiko: Omstillingen vil medføre endringer og ha konsekvenser for annen virksomhet i foretakene/foretaksgruppen og i kommunene. Det forutsettes at det pekes på slike områder; herunder pasientbehandling, utdanning, forskning, prehospitale tjenester, arbeidsmiljø og ansatteforhold, ønsket areal- og kapasitetsreduksjon, samt ressursutnyttelse og resultatoppgjør. Det skal identifiseres endringer i kapasitet (som følge av flytting av funksjoner el.) eller ny organisering av spesialiserte funksjoner som påvirker andre sykehusområder. All flytting av funksjoner og pasientvolum mellom sykehusområder skal koordineres av Helse Sør-Øst RHF.
5. Investeringer: Vurdering av behovet for investeringer sett i lys av at det økonomiske handlingsrommet for Helse Sør-Øst er sterkt begrenset fram til 2012. I tråd med styrets forutsetninger skal ressurser til å utvikle et tjenestetilbud med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet til å løse prioriterte oppgaver og framtidig behov, frigjøres gjennom omstrukturering og omstilling. Der hvor det identifiseres behov for investeringer for å oppnå ønskede endringer, må det også påvises hvordan det kan frigjøres midler til investeringene. I den grad dette nødvendiggjør disposisjoner på tvers av helseforetak, må forslag forelegges Helse Sør-Øst RHF.
6. Styringsmodell: Vurdering av hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet og eventuelle forslag til endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i området for å nå målene.
7. Regionsfunksjoner og spesialiserte funksjoner: Vurder konsekvenser for sykehusområdet når regionsfunksjonene samles ett sted i regionen og tiltak for å ivareta denne samlokaliseringen. For spesialiserte funksjoner hvor opptaksområdet er større enn ett sykehusområde, må lokaliseringen koordineres med andre sykehusområder via Helse Sør-Øst RHF.

Innspillene fra egne foretak varierte både i omfang og innretning og gjenspeilet ikke denne ganske spesifiserte forespørselen.

#### 4.6 Første del av strategiprosessen avsluttes

Styremøtet 19. juni 2008 ga sine vurderinger av en rekke sentrale strategidokumenter. Disse bygde på tidligere vedtak og utredninger og justerte disse i tråd med innspill fra høringsrunden. Møtet ble benyttet til å gi styrets retningslinjer for arbeidet mot et første endelig vedtak når det gjaldt det videre strategiarbeidet.

Hovedinnstillingen på styremøtet var sak 067-2008 *Omstillingsprogrammet – statusrapport per juni 2008*. Dette hoveddokumentet ble supplert med syv andre dokumenter som tok for seg alle innsatsområdene det ble vedtatt å utrede ved starten av prosessen. Til dette styremøtet forelå følgende åtte rapporter/innstillinger:

1. Omstillingsprogrammet. Statusrapport per juni 2008. Videre arbeid med en helhetlig strategi for Helse Sør-Øst
2. Innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen - høringsdokument
3. Innsatsområde 2. Forskning. Sammensetning og mandat for forskningsutvalget. Utlysning av forskningsmidler 2009

4. Innsatsområde 3.1. IKT
5. Innsatsområde 3.2. Innkjøp. Statusrapport
6. Innsatsområde 3.4. Eiendom
7. Innsatsområde 5 Mobilisering av medarbeidere. 12 prinsipper for medvirkning
8. Innsatsområde 5 Mobilisering av medarbeidere. HR - strategi for Helse Sør-Øst

Hovedinnstillingen med statusrapport begrunner behovet for å lage en strategisk plan for HSØ.

Innsatsområde 1 lanserer to hovedmodeller for Sentrum<sup>2</sup> sykehusområde (Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus). Alternativ 1 samler alle lands- regionale- og områdefunksjoner ett sted og styrker lokalsykehusområdet ved å etablere robuste lokalsykehus. Alternativ 2 etablerer ett lands- og regionsykehus og ett områdesykehus med multitraume funksjoner samt en styrking av lokalsykehusfunksjonen ved å etablere robuste og rendyrkede lokalsykehus. I begge alternativene overføres ansvaret for en befolkning på ca 160 000 fra Sentrum til Øst sykehusområde (Ahus). Høringsdokumentet sammenfatter det som tidligere er vedtatt som retningsgivende for arbeidet og bygger ut og begrunner standpunktene.

Innsatsområde 2 tar for seg forskning og er kanskje den saken som er minst påvirket av hovedgrepene i prosessen, se avsnitt 4.4.2.

Innsatsområde 3 omfatter:

- 3.1 IKT er identisk med sak 039-2008 fra forrige styremøte.
- 3.2 Innkjøp. Statusrapport som ga disse anbefalinger/konklusjoner som ble tiltrådt av styret:

Gjennomføring av Handlingsplan innkjøp og logistikk 2008-2009 er organisert som en del av omstillingsprogrammet. Dette sikrer løpende oppfølging av prosjektet i sin helhet og spesifikt det enkelte delprosjekt gjennom de kommunikasjons- og styringslinjer som er knyttet til omstillingsprogrammet. Ressurssituasjonen er en kritisk faktor for å sikre gjennomføringsevne. Det vil arbeides videre med å sikre tilstrekkelige ressurser for å dekke de drifts- og prosjektoppgaver som fremgår av handlingsplanen. Det er hittil (pr. april) lagt et grunnlag for å hente ut gevinster (delprosjekt 9) på kr 50 mill. Målet for 2008 er 150 mill. kroner som forventes å bli nådd. For å kunne realisere de målsatte gevinster har det skjedd en styrking av innkjøpsorganisasjonen både på RHF-et og hos Sykehuspartner. Det er fortsatt et betydelig potensial som kan høstes gjennom bedre styring på anskaffelser og investeringer (delprosjekt 1,2 og 3) og utvikling av felles effektive prosesser gjennom bruk av elektroniske bestillinger og felles forsyningsstruktur (delprosjekt 7 og 8). Nøkkelen til å lykkes ligger i en felles sortimentsstyring for foretaksgruppen der kvalitetsmessig gode valg kan tas i nært samråd med medisinsk fagpersonell (delprosjekt 6). For å sikre riktig bruk av utstyr og tjenester må god og oppdatert informasjon være tilgjengelig i felles varekatalog (delprosjekt 5). Effektive arbeidsprosesser og gjenbruk av tidligere arbeid sikres gjennom felles arbeidsportal for innkjøps- og logistikkarbeidet (delprosjekt 4)

- 3.3 Eiendom førte til dette vedtaket:

1. Styret forutsetter at det straks iverksettes arbeid for å realisere påviste gevinster innen eiendomsområdet, da dette er vesentlig for å kunne realisere hele omstillingsprogrammet.

---

<sup>2</sup> Dette området heter nå Oslo sykehusområde.



2. De tiltak som kan gjennomføres eller forberedes i nåværende organisasjonsstruktur iverksettes i tråd med forslagene som er fremsatt saken.
3. Styret ber om at endelig forslag til organisering som sikrer hele gevinstpotensialet, blir lagt fram for styret i oktober, hvor det i forslaget vektlegges en optimal og helhetlig måte å styre investeringer i nybygg, vedlikeholdsinvesteringer og avhending, samt gjennomføring av store prosjekter.
4. Styret anser det som viktig at det i valgt modell legges opp til en driftsorganisasjon som er nær bestiller og bruker av arealene, og som kjenner de lokale forholdene.

Innsatsområde 4: Kunnskapshåndtering og beste praksis. På dette området forelå det ingen rapport.

Innsatsområde 5, Mobilisering av medarbeidere. Her ble det etablert 12 prinsipper for medvirkning som var:

#### **Medbestemmelse – Tillitsvalgte og verneombud**

1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud møtes som likeverdige parter med vilje til å finne løsninger, selv om de har ulike roller og kan ha ulike interesser å ivareta.
2. Ledere, tillitsvalgte og verneombud skal ha god felles strategisk kunnskap og bidra til å formidle endringsbehov og endringsmåter slik at det blir forstått av medarbeidere. Medarbeidere skal oppleve forutsigbarhet i forhold til prosessenes innhold, årsak og retning.
3. Medbestemmelse skal utøves på alle organisatoriske nivå i virksomheten, slik at tillitsvalgte og verneombud gis reell innflytelse på organisering og oppgaveløsning. Medvirkning – Involvering av den enkelte arbeidstaker.
4. Medarbeidere skal trekkes inn i utrednings- og beslutningsprosessen så tidlig som mulig og involveres i størst mulig grad.
5. Forholdene skal legges til rette for medarbeideres innflytelse på organisering og oppgaveløsning innen eget arbeidsområde. Jo mer konkret en endringsprosess omfatter og berører forhold som har direkte konsekvens for den enkelte arbeidstaker, jo høyere er kravet til medvirkning.
6. På områder der medarbeideres kompetanse er særlig relevant, skal medarbeidere involveres i størst mulig grad ut fra faglig ekspertise.

#### **Informasjon**

7. Ledelsen skal uoppfordret gi informasjon på et så tidlig tidspunkt som mulig under behandling av saker slik at medarbeidernes muligheter til medbestemmelse og medvirkning blir reell.
8. Ved informasjonsopplegg i saker av stor betydning for medarbeidere har ledelsen et spesielt ansvar for at alle medarbeidere blir særlig godt orientert. Slike orienteringer planlegges sammen med de tillitsvalgte.

#### **Endringsmetodikk**

9. Partene har et felles ansvar for å utforme og enes om gode metoder for å drive omstillingsarbeid. Det skal drives systematisk opplæring og trening av ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere i anvendelse av metoder for omstilling.
10. Evaluering med tanke på læring og kontinuerlig forbedring skal være en del av all metodikk for omstilling og endring.
11. Omstillingsarbeidet skal være basert på tydelige mål, og resultatene skal følges opp gjennom en balansert prosess der arbeidsmiljø, kvalitet, brukertilfredshet og økonomiske betraktninger ses i sammenheng.

12. Endringsprosessen skal være lagt opp og kommunisert på en slik måte at den synliggjør en helhetlig sammenheng og logikk.

Når det gjaldt mobilisering av medarbeidere og HR - strategi for Helse Sør-Øst ble dette vedtaket fattet:

1. Styret ønsker at Helse Sør-Øst skal være den foretrukne arbeidsgiver for medarbeidere og ledere innen spesialisthelsetjenesten. HR-strategien spiller en avgjørende rolle i forhold til å ivareta helseforetakenes forvaltning og utvikling av human kapitalen slik at brukernes behov og eiernes mål og rammer ivaretas.
2. Styret slutter seg til den fremlagte HR-strategi for Helse Sør-Øst 2008-2011.

## 4.7 Strategiarbeidet flyttes ut i foretakene gjennom foretaksmøtene

### 4.7.1 Strategiarbeidet trekkes sammen mot et samlet dokument

Strategiarbeidet som startet med opprettelsen av Helse Sør-Øst 1. juli 2007 hadde i løpet av litt under 1,5 år vært gjennom en omfattende prosess som etter drøftingen av sak 067-2008 ble trukket sammen i sak 108-2008 og behandlet på styremøtet 20. november 2008. Der ble også sak 115-2008 om strategidokumentet til HSØ drøftet, og det ble fremmet en egen sak om IKT (109-2008).

Sak 108-2008 behandlet rammene for ønsket organisering av tjenesten i HSØ. Her ble det også vedtatt at det skal foretas en følgeevaluering av prosessen. Med vedlegg beskriver vedtaket hva som ønskes oppnådd på de forskjellige områdene som innledningsvis ble definert som de fem innsatsområdene. I de enkelte foretak sine strategier som ble utviklet etter avsluttet strategiprosess i HSØ, er det i stor utstrekning dette vedtaket det refereres til.

Sak 115-2008, *Strategidokument for HSØ* ble behandlet og dette ble vedtatt:

1. Styret tar forslag til strategidokument for Helse Sør-Øst til orientering.
2. Strategidokumentet revideres på grunnlag av vedtak i sakene 108-2008 og 109-2008 samt innspill i styremøtet, og legges frem for endelig behandling i desembermøtet

Sak 109-2008 *Omstillingsprogrammet – innsatsområde 3.2 IKT. Etablering av ny felles tjenesteleverandør for IKT* ble behandlet og vedtatt. Her sies det:

1. Styret viser til tidligere vedtak (sak nr 39-2008 og 67-2008 nr. 3) samt gjennomført risiko og konsekvensanalyse og intern høring, og ber administrerende direktør realisere ny felles tjenesteleverandør for IKT som en del av Sykehuspartner ved å gjennomføre en samlet virksomhetsoverdragelse for den resterende del av foretakene i Helse Sør- Øst i tråd med lov og avtaleverk.
2. Styret understreker at god involvering skal sikres og at den regionale omstillingsavtalen og de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling legges til grunn for det videre arbeidet.
3. IKT- tjenester som overføres til ny felles tjenesteleverandør skal som hovedprinsipp i 2009 baseres på samme servicenivå, kostnadsnivå og risiko som ved overtakelsen. Videre strategi og handlingsplan skal behandles av styret i annet halvår 2009. Behov for investeringer knyttet til gjennomføring av denne strategien vurderes i tilknytning til arbeidet med budsjett 2010.
4. Styret understreker at det for sykehusområder som består av flere helseforetak skal gjennomføres samordning av systemløsninger og etablering av felles informasjonsgrunnlag for å sikre standardisering og effektiv drift. Regionale fellesløsninger skal benyttes når ikke særlige hensyn krever andre løsninger.

5. Styret slutter seg til fremlagte fremdriftsplan for å etablere og integrere felles tjenesteleverandør som en del av Sykehuspartner. Dette innebærer å gjennomføre samling av driftsressursene innen IKT, utvikle organisasjonen og gjennomføre nødvendige oppgraderinger av infrastruktur slik at alle helseforetakene kan benytte regionale fellesløsninger. Det etableres et rapporteringssystem i tilknytning til den ordinære virksomhetsrapporteringen.

På dette styremøtet ble det vedtatt å opprette Vestre Viken helseforetak.

#### **4.7.2 Endelig strategisk dokument og handlingsplan**

På styremøtet 18. desember 2008 ble strategisk plan 2009-2020 for Helse Sør Øst vedtatt i sak 130-2008.

Styremøtet vedtok også sak 133-2008 som var en plan for oppfølging og gjennomføring av strategiarbeidet og som omfattet innsatsområde 1 Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet.

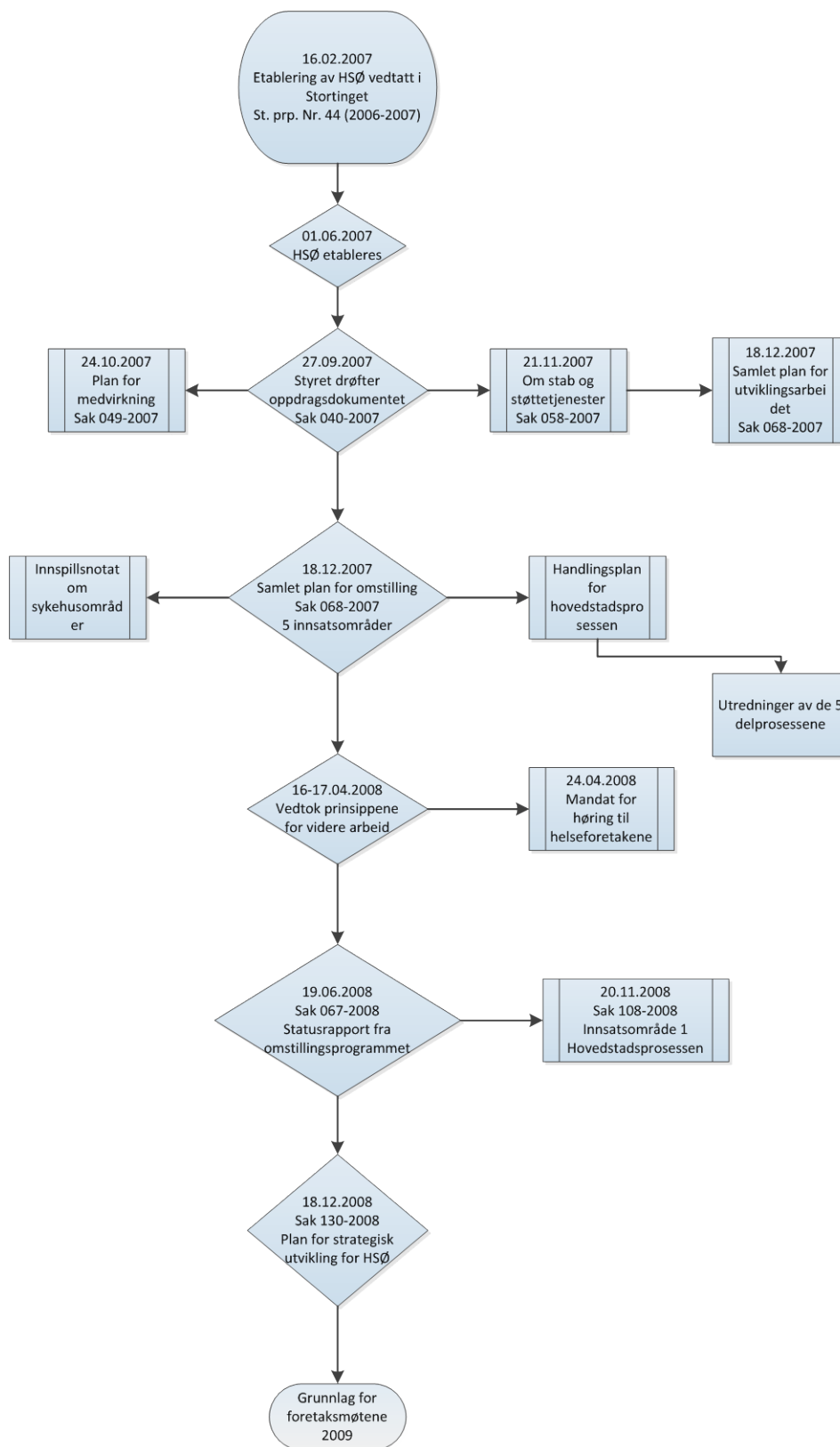
En sentral del av styringen av helseforetakene er foretaksmøtene. Helse- og omsorgsdepartementet har møter med de regionale helseforetakene der de får sitt oppdragsdokument ved starten av året. Deretter har det enkelte regionale helseforetaket foretaksmøter med sine foretak, der hvert foretak får sitt oppdragsdokument for inneværende år.

I sak 133-2008 var beskrivelser av tiltak og mål ganske spesifisert. Da foretaksmøtene for HSØ sine foretak startet i januar 2009 valgte HSØ å legge den spesifiserte delen av dette vedtaket til side. Det ble overlatt til det enkelte foretak å utvikle sin egen framdriftsplan, mål og suksesskriterier. Det ble i stedet vist til vedtakene i sak 108-2008 og mål og retning på arbeidet slik det var formulert i strategidokumentet (Sak 115-2008).

Foretaksmøtene ble avvirket i løpet av februar 2009. Vedtakene som HSØ hadde fattet på de fem innsatsområdene ble der gjort om til krav som de enkelte foretak skulle oppfylle. Fra nå av ble den praktiske gjennomføringen av strategien i all hovedsak flyttet til de enkelte foretak, mens HSØ sin oppgave var å sjekke ut hvordan strategien ble tilpasset det enkelte foretak og hvordan framdriften i gjennomføringen var.

Felles tjenesteleverandør (FTL) ble formelt opprettet som en egen del av IKT i Sykehuspartner den 1. september 2009.

Som en oppsummering har vi laget en figur over de viktigste milepælene under arbeidet med strategien for omstilling som er vist under. Det er styremøter med de aktuelle saker som står i den sentrale linjen og arbeid som pågår i perioden fra et styremøte til et annet.

**Figur 1 Tidslinje for arbeidet fram til strategiplan for Helse Sør-Øst RHF**


## 5 Hva ligger i de ulike målbeskrivelsene, hvor klart er de definert?

Som tidligere nevnt omfatter evalueringen av omstillingsprosessen en rekke arbeidspakker som skal gå næyttere inn på enkelte deler av strategiarbeidet. Denne første pakken skal gi en oversikt over hva som er gjort slik at det gir et bedre grunnlag for å velge hva som skal studeres næyttere.

Kapittel 4 viser hva som ble fattet av vedtak når og hvilke dokumenter som lå til grunn for vedtakene. Dette kapitlet systematiserer videre hva som er gjort.

I sak nr. 40 – 2007 ble det slått fast at omstillingsarbeidet skulle være gjennomføringsorientert, heller enn utredningsorientert. Tolkningen vår er at man mente det viktigste var å få sammenslåingen til å fungere og at man allerede hadde mye kunnskap om hva som fungerte og ikke fungerte. Det var ikke tid til for omfattende utredninger.

SINTEF har valgt en metode i sin analyse der vi vurderer hvordan det er skilt mellom mål og tiltak, hvor godt målene er spesifisert og hvor tydelig man har vært på når målene forventes nådd. Dette kan tilsynelatende stride mot valget HSØ tok om å ha en handlingsorientert framfor en utredningsorientert prosess. For de som sto midt i prosessen var forståelsen for hva som var formulerte mål god nok, og ønsket først og fremst å sette i gang en prosess med en riktig retning på de endringene som ble gjennomført. For læring i ettertid er det SINTEFs oppfatning at det vil være nyttig å etterprøve presisjonen i målformuleringer og effekten av tiltak. Det gir et bedre grunnlag til å vurdere på hvilke områder det kunne hatt en effekt å gjøre ting noe annerledes. Det gjelder også SINTEFs arbeid med de øvrige arbeidspakker. Ved å velge dette som metode gir det en bedre mulighet for å velge ut de riktige områdene for en dypere og mer spesifisert studie av hvordan prosessen ble gjennomført og hvilke effekter det ga.

I denne rapporten skal vi ikke foreta noen egenvurdering av hva som kunne vært gjort annerledes og hva som kunne vært prioritert på en annen måte. Da vil heller ikke gjennomgangen av de ulike målene og tiltakene være avstemt i forhold til den viktigheten de antagelig hadde. Dette som kan oppfattes som en skjevhet vil rettes opp i det videre arbeidet med å vurdere omstillingsprogrammet og vil komme til uttrykk i hva de øvrige arbeidspakkene vil velge å legge vekt på.

### 5.1 Målene formulert i St. prp. Nr. 44 (2006-2007)

En stortingsproposisjon er ingen utredning. Proposisjon brukes når regjeringen foreslår at Stortinget fatter et vedtak. I denne proposisjonen vises det ikke til underliggende utredninger som begrunner forslagene mer utfyllende. Samtidig er det nok riktig å si at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst først og fremst var begrunnet i den stadige uroen rundt Rikshospitalet og Radiumhospitalet og det som ble oppfattet som en manglende samordning av tjenestene mellom disse to sykehusene og Ullevål sykehus. Dette bekreftes langt på vei i Stortingets høring rundt prosessen med sammenslåing av de Oslo plasserte sykehusene til Oslo Universitetssykehus (OUS) og den store vekten som ble lagt på å oppnå en bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet. I Stortinget var det Frp som begrunnet sin støtte til vedtaket med at dette kunne være første skritt på veien til et nasjonalt sykehusdirektorat. Hverken regjeringen eller de øvrige Stortingspartiene har trukket inn den øvrige delen av sykehusregionene i diskusjonen omkring sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst. Ingen andre partier trakk inn hele organiseringen av sykehustjenestene i debatten som ledet opp til vedtaket. Forslaget om sammenslåing var, som det står tydelig i vedtaket, begrunnet med ønsket om å få en løsning på det som ble oppfattet som samarbeidsproblemer i hovedstadsområdet.

Nedenfor drøfter vi de gevinstene regjering og Storting ønsket å hente ved en sammenslåing, slik de er beskrevet innledningsvis i denne rapporten. Vi har funnet at regjering og Storting så fire muligheter for gevinst som følge av sammenslåingen.

### *Gevinst 1: Bedre mulighet for helhetlig styring*

Det går ikke tydelig fram av proposisjonen hva som legges i helhetlig styring. I en artikkel av KS-konsulent fra 2008 sies det at helhetlig styring er:

*Et slikt system vektlegger å rapportere resultater og sette mål på flere dimensjoner enn bare økonomi<sup>3</sup>.*

Hva i sammenslåingen av de to helseregionene som skal legge forholdene bedre til rette for helhetlig styring er ikke beskrevet. Eierforholdene er stadig de samme, med helseministeren som øverste leder for hele foretaksområdet. Det ble ikke tatt noe parallelt initiativ til å slå sammen noen av de øvrige helseregionene, så størrelse i seg selv synes ikke ha vært noe argument. I intervjuene SINTEF har gjennomført ble det heller uttrykt en uro for at dette kunne bli for stort. Selv om det ikke er beskrevet i proposisjonen hadde det gjennom mange år vært drøftet flere modeller for hvordan løsningen for Hovedstadsområdet kunne bedres. Når løsningen ble å slå sammen de to regionene var det viktig å understreke at oppdraget den nye regionen fikk var å utnytte de mulighetene man fikk til bedre helhetlig styring.

Helhetlig styring var definert som en bedre samordning av de medisinske, helsefaglige og administrative ressurser slik at befolkningen i området fikk det beste tilbudet regionen kunne gi og på et nivå som var riktig for den enkelte pasient. Behandlingstilbudet skulle ikke være styrt av administrative oppdelinger.

### *Gevinst 2: Bedre ressursutnytting og koordinering i hovedstadsområdet*

Her er forventet gevinst av sammenslåingen direkte rettet mot forhold i hovedstadsområdet. Bedre ressursutnytting retter seg mot bruk av personell, utstyr og bygninger. Koordinering retter seg mot å etablere pasientstrømmer som følger faglige retningslinjer og ikke forstyrres av administrative skillelinjer.

Det er ikke gitt noen vurdering av hvorfor dette ikke kunne løses uten å slå sammen regionene, når begge regioner hadde samme eier og med helseministeren som øverste leder. Det er ikke nøyere analysert hva slags ressursutnytting og samordning som savnes, hvordan sluttresultatet på dette området bør være, hva det kan bety for dimensjonering av sykehusstilbudet og hva det vil koste i forhold til hva det vil gi i gevinst.

Departement og Storting hadde behov for en dedikert ledelse av det omfattende samordningsarbeidet det var behov for i hovedstadsområdet og valgte å slå sammen de to helseregionene slik at hele området fikk én ledelse. Det fantes ikke noe erfaringsgrunnlag som tilsa at dette ville løse de utfordringene som fantes i området, men det var enighet om at dette var den beste organisatoriske løsningen for å kunne arbeide videre med å løse de eksisterende samarbeidsproblemene.

### *Gevinst 3: Med bedre ressursutnytting i hovedstadsområdet vil det bli lettere å få personell andre steder i landet*

Her defineres bedre ressursutnytting som færre ansatte, kanskje ikke absolutt, men i hvert fall relativt til tilgangen på helsepersonell i landet. Det finnes ikke dokumentasjon på at samordninger av sykehus uten videre gir en slik effekt og det synes ikke å foreligge noen anvisninger på hvilke personellgrupper det var et spesielt ønske om å fordele bedre. En videre spesifisering av dette ble overlatt til den nye regionen.

### *Gevinst 4: Bedre samordning av fag og forskningsmiljøer*

Forskningsmiljøene ved Riks- og radiumhospitalet er dominerende i forhold til øvrige universitetssykehus og i enda større grad dominerende innen området til Helse Sør-Øst. De regionale foretakene har over flere år arbeidet med å styrke sin forskningsinnsats og<sup>4</sup> da spesielt de i utgangspunktet svake områder som psykisk helse, rus og helsetjenesteforskning. Det antas at også på dette feltet er det først og fremst samordning av

---

<sup>3</sup> KS-K 20.10 2008, KS sine websider

<sup>4</sup> Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde, SINTEF rapport A14727, isbn 978-82-14-04789-9, februar 2010

miljøene på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål sykehus som er målet, og at dette vil gi både mer og bedre forskning om det blir gjennomført.

## 5.2 Vurdering av mål og tiltak formulert i strategidokumentene for Helse Sør-Øst RHF

### 5.2.1 Strategien til HSØ ble utviklet samtidig med at andre oppgaver måtte løses

I en evaluering av omstillingsprosessen i HSØ er det viktig å ha klart for seg at det foregikk flere prosesser samtidig. Disse var:

- Det skulle foretas en sammenslåing av de to største helseregionene i Norge. Dette krevde mye ressurser på forhold som ikke først og fremst sees på som en strategiprosess. Det gjaldt personellbehandling, tariffavtaler, juridiske forhold, lønns- og personalsystemer, andre IKT systemer og en rekke andre forhold som måtte løses for å få etablert en region.
- Magnussenutvalgets forslag til fordeling av ressurser mellom helseregionene ble gjennomført med den konsekvens at veksten i tildelingen til HSØ ble vesentlig svakere enn for de øvrige regionene og den samlede regionen hadde i utgangspunktet en stor økonomisk underbalanse.
- Ahus var planlagt for en vesentlig større pasientpopulasjon enn hva sykehuset tidligere hadde, og måtte få en tilførsel av pasienter for å kunne fylle det nye sykehuset. Dette var heller ikke en del av strategiarbeidet, men et forhold som var etablert da sykehusene ble styrt av fylkeskommunene. Denne oppgaven ble ikke satt i gang som en del av omstillingsprosessen, men var definert noen år tidligere.

Alle disse tre områdene krever omfattende involvering både av ledelse og ansatte og måtte håndteres samtidig med at det ble utviklet en strategi for å oppfylle regjeringens og Stortingets krav til den nye regionen.

### 5.2.2 Hovedvalgene som ble gjort av HSØ

HSØ valgte å lage en strategi for hele regionen som en plattform for å løse de ganske konkrete oppgavene som var formulert av regjering og Storting. De to sentrale begrunnelsene for dette var:

1. Det var viktig at alle foretakene i regionen følte seg trygge for at tiltakene som rettet seg mot hovedstadsområdet også ivaretok interessene til de foretakene som lå i andre deler av regionen.
2. For å kunne få til ønsket omstilling i selvbevisste fagmiljø i hovedstaden måtte det være bred støtte for de prinsippene som ble lagt til grunn for arbeidet.

HSØ valgte som tidligere vist i kapittel 4.2 å starte arbeidet på fem innsatsområder.

#### **Innsatsområde 1, Struktur, funksjons- og oppgavefordeling i hovedstadsområdet**

Under dette innsatsområdet ble Hovedstadsområdet definert til å omfatte Oslo, Akershus og Buskerud. Det som seinere ble sykehusområdene Oslo, Ahus og Vestre Viken. Siden regions- og landsfunksjoner ikke er entydig definert var det var nødvendig å finne en organisering av tjenesten som tydeligere definerte hvilke pasienter som skulle sendes inn til regionsykehusene og hvilke som kunne behandles mer lokalt. Dermed ble oppgaven under innsatsområdet 1 mer omfattende enn bare å se på Hovedstadsområdet.

#### **Innsatsområde 2, Forskning**

Dette innsatsområdet svarer direkte ut en av oppgavene HSØ var tildelt med et krav om bedre samordning.

#### **Innsatsområde 3, IKT, stab- og støttefunksjoner**

Når IKT, stab og støttefunksjoner ble markert som eget innsatsområdet skyldes det at det på disse områdene eksisterte ulike rutiner og systemer. Viktigst var at Helse Sør hadde etablert sin egen organisasjon for disse oppgavene, Sykehuspartner. I Helse Øst hadde disse oppgavene vært fordelt på hvert enkelt foretak. Det var,

og er samtidig en sterk oppfatning av at en god effekt av samordning krever like systemer for pasientadministrasjon, elektronisk pasientjournal, personellsystemer, økonomisystemer og tilsvarende. HSØ var videre opptatt av å styrke kompetansen og dermed effektiviteten innenfor disse områdene.

Målet med arbeidet i dette innsatsområdet var å vise hvordan en reorganisering innen disse funksjonene kunne bidra til bedre ressursutnytting.

#### **Innsatsområde 4, Kunnskapshåndtering og beste praksis**

Det er antagelig riktig å si at dette innsatsområdet ble etablert fordi HSØ mente at et viktig bidrag fra deres side burde være å heve kvaliteten på pasientbehandlingen. Bedre ressursutnytting skulle ikke bare føre til høyere effektivitet i rent teknisk forstand, men bidra til en bedre kvalitet på tjenestene som ble tilbudt.

#### **Innsatsområde 5, Mobilisering av ansatte og ledere**

Som vist i innledningen av dette kapitlet fikk HSØ i oppgave å realisere forventningene til Regjering og Storting samtidig som tre andre store oppgaver skulle finne sin løsning<sup>5</sup>. Da mente HSØ det var viktig å utvikle metoder for hvordan ansatte og ledere skulle mobiliseres og samles om de vedtakene som ble fattet. Sammenlignet med de tre andre helseregionene er HSØ nesten tre ganger så stor som den største av dem og to sykehusområder er begge større enn Helseregion Nord RHF. Dette setter andre krav til styring og kommunikasjon enn i enheter som er mindre og der den løpende kontakten kan oppleves nærmere.

Arbeidet som ble satt i gang innenfor de fem innsatsområdene varierte i omfang. Noen ble delt opp i undergrupper som leverte egne bidrag. Den mest omfattende dokumentasjon av mål og tiltak for strategiarbeidet er knyttet til Sak 67-2008. Denne ble behandlet i styret for HSØ 19. juni 2008. Den inneholder en statusrapport for omstillingsprogrammet, en samordnet framstilling av strategien og i tillegg underliggende dokumenter som tar for seg fire av fem delprosesser. Behandlingen av denne saken la grunnlaget for den endelige utformingen av den overordnede strategien. Det ble ikke levert noen sluttrapport fra Innsatsområde 4, Kunnskapshåndtering og beste praksis.

#### **Overordnede målformuleringer**

I de videre avsnittene i kapittel 5 har vi sortert mål og tiltak som er formulert i strategien under overskriftene

- pasientbehandlingen
- mål for løpende drift
- mål for ikke-medisinske støttetjenester
- bygg
- forskning og undervisning

Det forberedes to egne arbeidspakker som tar for seg hvordan strategien er bragt ut til de ansatte, så den delen av strategien behandles ikke i denne rapporten.

De overordnede målene som formuleres hviler særlig på de nasjonale kvalitetskriterier som sier at tjenestene skal:

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

---

<sup>5</sup> De tre var som tidligere vist justering av sykehusområdet mellom Oslo og Ahus for å utnytte det nye sykehusets kapasitet, den nødvendige fusjonsprosessen mellom Helse Øst og Helse Sør og arbeidet med å oppnå økonomisk balanse for den nye regionen.



- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Dette er krevende mål som ble satt for helsetjenesten nasjonalt i rapporten "*Og bedre skal det bli*"<sup>6</sup> fra Helsedirektoratet. HSØ har ikke gått spesielt inn på hva dette betyr for deres region, hvordan måloppnåelsen var ved etableringen av den nye store regionen og det foretas heller ingen vurdering av om det er noen av disse målene som bør prioriteres foran andre. Derfor kan vel dette kalles en visjon for virksomheten.

Vårt oppdrag er å evaluere omstillingsprosessen. Siden den er definert å være gjennomføringsorientert og ikke utredningsorientert kan det forklare at det er lite eller ingen dokumentasjon av situasjonen ved starten av strategiarbeidet, som resultatene av omstillingsprosessen kan måles mot. Det ble satt mål å arbeide mot. Det ble ikke gjennomført noen analyse av hvor langt unna målet man var.

For å kunne svare på oppdraget har vi derfor analysert hva som er mål og hva som er tiltak for å nå målene. I neste omgang har vi foretatt en vurdering av hvor tydelig både mål og tiltak er definert, og om måloppnåelse på enkelte områder vil ha konsekvenser som har betydning for ressursfordeling og organisering i regionen. Med den innretningen som ble valgt for strategiarbeidet er det beskjedent med dokumentasjon i form av notater og rapporter som trekker målformuleringene sammen til tydelige mål å arbeide mot. Vi tar opp dette i et eget kapittel 6. Seinere vil en egen arbeidspakke sammenligne hva som er gjort i HSØ med hva som er gjort i andre regioner og land det er naturlig å sammenligne med.

Mål og tiltak for strategiarbeidet har omfattet hele bredden av tjenester for HSØ. For å kunne drøfte og vurdere dette på en forståelig måte har vi valgt å dele det opp i de fire hovedområdene som er beskrevet i innledningen til dette kapitlet.

Innenfor hvert av områdene har vi skilt mål og tiltak. Inndelingen er basert på SINTEFs vurdering. Vi har også rangert målene i overordnede mål og mål som i større eller mindre grad presiserer hva som forventes oppnådd når organisasjonen har samlet seg om de overordnede målene. Ved å sortere på denne måten blir det enklere å drøfte de forskjellige elementene. Ulempen er at både mål og tiltak kan stå litt nakne. Det er en interaksjon mellom dem som vi i noen sammenhenger ikke får tatt nok høyde for.

Denne rapporten skal både gi en første presentasjon av hele strategiprosessen og danne grunnlag for kommende prosjekt som skal gå nærmere inn på enkeltområder og evaluere hva som er gjort, hvordan det er gjort og hva som er oppnådd. For å kunne arbeide videre med problemstillingene har SINTEF laget et tydeligere skille mellom mål og tiltak, og en oppdeling av mål i hovedmål og underordnede mål.

### 5.2.3 Pasientbehandlingen

Pasientbehandling er kjerneaktiviteten til alle regionale helseforetak og også det mest sentrale området for HSØ sin strategi. I dette avsnittet har vi trukket ut det vi oppfatter som hovedmål. I tillegg har vi delt det som kan oppfattes som delmål i fire typer mål. De er:

- organisatoriske mål
- driftsmål
- forholdet til primærhelsetjenesten
- direkte pasientrettede mål

I neste hovedavsnitt går vi så inn på det som presenteres som tiltak for å nå disse målene. I vedlegget er dette presentert i en skjematisk tabellform.

---

<sup>6</sup> ...og bedre skal det bli, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, Veileder, Sosial og helsedirektoratet, IS 1162, september 2005

## (1) Hovedmål

Hovedmålene for pasientbehandling er mer likeverdighet og mer tilgjengelighet.

Dette er mål som også er satt for den nasjonale helsetjenesten. Selv om det ikke er beskrevet i noen av strategiprosessens underliggende dokumenter, er dette beskrevet flere ganger i ulike offentlige utredninger:

- Likeverdige helsetjenester betyr at befolkningen skal ha den samme tilgangen til gode helsetjenester uavhengig av sosial klasse/inntekt, kjønn, alder og nå også etnisitet og kultur.
- Tilgjengelighet betyr i denne sammenhengen at befolkningen skal ha tilgang til gode helsetjenester når den har behov for det, uavhengig av bosted.

Disse målene er ikke entydige og i noen tilfeller kan de arbeide mot hverandre. Når de settes som hovedmålene for virksomheten er det for å understreke at det er kvalitet og tilgjengelighet i pasientbehandlingen som er målet for arbeidet. Ressursutnytting og økonomiske parametere må vurderes etter hvordan de påvirker hovedmålene.

Det er lagt til at det skal være mer tilgjengelighet og likeverdighet. Vi finner ingen analyser hvordan HSØ mente de presterte på disse to områdene, så det vil være vanskelig i kommende arbeidspakker å vurdere i hvilken grad hovedmålet er oppnådd.

Blant de viktigste tiltakene som trekkes fram for å nå hovedmålet er:

- Bedre kunnskapshåndtering
- Risikostyring og avviksbehandling
- Etablere behandlingslinjer

Dette skal være med på å redusere antall uønskete hendelser og uønskete avvik når det gjelder håndtering av ventelister.

Når det gjelder risikostyring og avviksbehandlingen synes det som konsernrevisjonen også ser på slike forhold. Høsten 2012 ble det foretatt en konsernrevisjon som avdekket vesentlige mangler ved rutineene ved 10 av regionens helseforetak. Denne ble offentliggjort og debattert i pressen. Sett i forhold til strategien er dette en oppfølging i tråd med hva HSØ ønsker å oppnå.

Vi har ikke oversikt over andre konkrete tiltak på dette området annet enn at dette er et viktig tema i foretaksmøtene og en del av oppdraget som gis til foretakene.

For å styrke arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet og understøtte faglig utvikling og samordning ble det etablert regionale fagråd.

Arbeidet med bedre kunnskapshåndtering og etableringen av behandlingslinjer ble presentert for styret i sak 096-2010.

## (2) Organisatoriske mål

Det er formulert som et mål å få til en tydelig inndeling i tjenestenivåene for sykehusene, slik at det som kan desentraliseres og det som må sentraliseres. LEON prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, ble formulert i den offentlige utredningen som beskrev det regionaliserte sykehusvesenet i 1974 og skal være en rettesnor for organiseringen av HSØ.

Tiltaket for å nå dette målet er etableringen av sykehusområder. Disse skal ha et så stort befolkningsgrunnlag at de skal kunne behandle 80-90 prosent av egen befolkning. Sykehusområdene skal ha et så variert tjenestespekter at de med rimelighet kan sammenlignes med hverandre. Det var ønskelig å ha ett helseforetak for hvert sykehusområde. Det ble ikke tatt stilling til hvor mange geografisk uavhengig plasserte sykehusenheter hvert område skulle inneholde, men det ble beskrevet at innen hvert sykehusområde skulle det være ett områdepsykehus og at øvrige sykehusenheter da skulle ha status som basissykehus. Innen regionen skulle det være ett tilbud om regions- og landsfunksjoner. Akutt kirurgi skulle bare utføres ett sted i

sykehusområdet. Målene var ikke absolutte. Det ble brukt formuleringer som "normalt skal ...." i beskrivelsen av dem.

Avsnittet ovenfor beskriver først og fremst situasjonen for somatisk virksomhet. Når det gjelder voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling, setter strategien et mål om å få en felles ledelse for denne delen av virksomheten og en geografisk samlokalisering av somatisk virksomhet og psykiatriske tjenester.

De fleste sykehusområdene som var og ble etablert har en egendekning tilsvarende målet som er satt i strategien. Unntaket er Oslo med de tilgrensende områdene til Ahus og Vestre Viken med Asker- og Bærumbefolkningens historiske bruk av Oslo sykehusene. Da strategien var ferdig på slutten av 2008 ble regionens foretak gitt i oppdrag å føre den ut i livet. Det ble ikke foretatt noen vurdering av hvilke tiltak som måtte iverksettes i det mindretallet av sykehusområder der et arbeid med å oppfylle de strategiske målene forutsatte betydelig omdirigering av eksisterende pasientstrømmer og en vesentlig økning av sykehusområdets kapasitet. Hvordan de spesielle forholdene i Oslo skal løses med utgangspunkt i at et sykehusområde "normalt" skal ha 80-90 prosents egendekning er ikke behandlet særskilt.

I strategien og dokumentene som leder fram til denne understrekes nødvendigheten av et klarere skille mellom tjenestenivåene. Hva som ligger i det er tolket ulikt i de forskjellige sykehusområdene. Vestre Viken ser for seg at områdesykehuset skal ha både lokal- og områdesykehusfunksjoner. I Oslo ble det arbeidet med en løsning der et alternativ er at det etableres et reint regions- og landsfunksjonssykehus.

Når sykehusområdene behandles er det ikke klart hvordan private tilbud inngår i tilbudene. Dette betyr spesielt noe for Oslo som har to forholdsvis store ideelle private sykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus. Vestre Viken har Martina Hansen Hospital med tilsvarende status.

Det er formulert et mål om felles ledelse innen TSB<sup>7</sup> og psykiatri. På dette området er vurderingen at det har vært for mange små enheter som har operert uten å være en tydelig del av det samlede tjenestetilbudet.

Mindre, men viktige mål for pasientbehandlingen, i tillegg til det som er nevnt over er:

- et basissykehus skal ha en geriatrisk enhet og en slagenhet
- etablere et ambulerende spesialisttilbud og "Hjemmesykehus".
- samling av regionale rehabiliteringsfunksjoner
- opprettingen av et regionalt lærings- og mestringssenter (LMS)
- oppretting av breddekompetanse

De fire siste kulepunktene er ikke utdypet og spesifisert i dokumentene som ligger til grunn for det endelige strategivedtaket.

### **(3) Driftsmål for pasientbehandling**

Tiltak for å bedre pasientflyten er formulert som:

- felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering
- enhetlige opptak for somatikk, rus og psykisk helse innen hvert sykehusområde

Kortere liggetid er formulert som et tiltak som både skal gi bedre pasientbehandling og mer effektiv drift.

I de tidlige dokumentene ble det formulert som en mulighet at det innen hvert sykehusområde ble etablert ett vaktskift per fag. Dette fulgte ikke med til sluttrapporten. Det er ikke drøftet om det innen noen fagfelt burde vært vurdert vaktordninger også på tvers av områdegrensene.

Tiltak som er mer rettet mot den enkelte pasient er at

---

<sup>7</sup> TSB er forkortelse for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- epikrise skal følge pasientene ved utskriving
- det etableres en individuell plan for pasientene med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Som tiltak innenfor det direkte pasientrettede området har vi definert arbeidet med

- Sertifisering og akkreditering
- Virksomhetsregistrering ved akuttmottak
- Målet om å tilføre mer ressurser til rehabilitering og habilitering

#### **(4) Forholdet til primærhelsetjenesten**

Det er formulert et mål om at oppfølging og kontroll i størst mulig grad skal ivaretas av fastlegen og kommunehelsetjenesten.

Strategien ønsker etablering av felles akuttmottak med kommuner. Strategien ble utformet før Samhandlingsreformen trådte i kraft. Ved innføringen av Samhandlingsreformen har nå alle norske kommuner fått et oppdrag om å etablere et visst antall akuttsenger for sin befolkning.

Uten at det er formulert spesielle mål og tiltak har det i strategiprosessen blitt skrevet utredninger som blant annet omhandler overgangen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Disse utredningene tar for seg habilitering/rehabilitering, organisering av prehospitale tjenester og handlingsplan for eldre.

#### **5.2.4 Mål for løpende drift**

Det overordnede økonomiske målet er å oppnå en bærekraftig utvikling. Med det menes en utvikling der det oppnås en god balanse mellom kostnader og forventede inntekter. Inntektene skal dekke både drift og investering. I perioden etter at dette målet ble formulert er det kommet en ny inntektsmodell for de regionale foretakene. Som tidligere beskrevet får nå HSØ relativt sett mindre av de samlede overføringene til spesialisthelsetjenesten enn tidligere. Sammenlignet med hva som er utredet for pasientbehandlingen er det ganske beskjedent hva som er utredet om dette temaet og hvordan målet om en bærekraftig utvikling skal nås.

Av tiltak innen pasientbehandlingen er det målet om å redusere antall liggedager som kan gi en kostnadsreduksjon ved at antallet døgnåpne poster kan reduseres. Målet om en overgang fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling kan også ha en positiv økonomisk effekt.

Innen ikke-medisinske tjenester er det formulert flere tiltak der målet er å redusere kostnader samtidig som tjenestenivået opprettholdes og/eller forbedres. Dette behandles i avsnitt 5.2.5.

Det er ikke foretatt noen vurdering av hvordan målet om at alle sykehusområder skal ha en egendekning på 80-90 prosent slår inn på det økonomiske området med behov for en vesentlig oppgradering av behandlingsskapasiteten til noen av sykehusområdene.

#### **5.2.5 Mål for ikke-medisinske tjenester**

Antall mål for ikke-medisinske tjenester er vesentlig færre enn de var på pasientområdet, mens det er satt opp forholdsvis flere tiltak enn mål. Som mer overordnede driftsmål har vi definert alle formulerte mål som angår det økonomiske resultatet til foretakene og HSØ samlet.

Innenfor området for ikke-medisinske tjenester ble det satt i gang 9 delprosjekter. Tiltakene som er formulert på dette området er:

- Oppretting av felles tjenesteleverandør for IKT-tjenester
- Utnytte stordriftsfordeler

- Sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester
- Etablere færre miljøer
- Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk
  - Felles forsyningsstruktur
- Egen styringsmodell IKT
- Målbilde for IKT fra A til E
  - (A) IKT skal bidra til å realisere helhetlige pasientforløp og integrerte behandlingsskjeder
  - (B) IKT skal bidra til høy kvalitet og god utnyttelse av ressurser i pasientbehandlingen
  - (C) IKT skal bidra til å gi ledelsen relevant og god styringsinformasjon
  - (D) Organisering av IKT området skal bidra til økt fleksibilitet for framtidig forandring
  - (E) IKT skal levere tjenester med avtalt kvalitet gjennom effektive prosesser og god ressursutnyttelse

Felles tjenesteleverandør er definert som å samle all IKT kompetanse hos Sykehuspartner.

Når det gjelder å utnytte stordriftsfordeler henger det trolig sammen med ønsket om å sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester, og ha færre miljøer på dette området. Skal dette fungere etter hensikten forutsettes det at områder som lønn, regnskap og HR kan effektiviseres ved å lage større miljøer. Dette er vurdert som tiltak.

Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk er formulert som et mål. En presisering innenfor dette området er etableringen av en felles forsyningsstruktur. Det er foreløpig ikke presentert et konkret program for hvordan dette er tenkt gjort, så langt vi har oversikt over.

Innenfor IKT er det vist en egen styringsmodell og det er satt opp en rekke målbilder for denne virksomheten fra A til E. Det synes ikke å foreligge noen foreløpige vurderinger av hva som er oppnådd på dette området.

Et viktig tiltak for å nå driftsmålene er lederopplæring i internkontroll og driftsstyring som skal bidra til å oppnå god kapasitetsutnyttning, samhandling og driftseffektive løsninger.

### 5.2.6 Bygg

HSØ disponerer en stor bygningsportefølje. På dette området er det satt opp fire mål:

- Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter utnyttes optimalt
- Det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Resurser må frigjøres og omprioriteres
- Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås
- Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres

På kort sikt, fram mot 2012 er målet å oppnå 10 prosents arealreduksjon og 10 prosents kostnadsreduksjon ved driften av eiendomsmassen.

I de tidlige vurderingene av eiendomsforvaltningen er det beskrevet et ønske om å effektivisere byggeprosesser, etablering av arealstandarder og det åpnes for en endret organisering av eiendomsområdet. Disse elementene ble ikke ført inn i den endelige strategien.

### 5.2.7 Forskning og undervisning

Vi velger å presentere visjon og mål på dette området slik det er formulert av gruppen som utredet dette området. Det er litt mer omfattende enn hva som er formulert i det mer kortfattede og samlede strategidokumentet.

Mål og visjon for forskningen formuleres i strategien som:

## Visjon

Forskning i Helse Sør-Øst skal tilstrebe høyeste kvalitet, baseres på samarbeid og god ressursutnyttelse og komme pasientene til gode

## Mål

1. Medisinsk og helsefaglig forskning i Helse Sør-Øst fører til kunnskap, kompetanse og utviklingsevne som grunnlag for spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Forskning frembringer kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering, samt næringsutvikling. Forskningen innen Helse Sør-Øst tilstreber et høyt internasjonalt kvalitetsnivå og fungerer som et lokomotiv for medisinsk og helsefaglig forskning i Norge. Forskningen har tilstrekkelig bredde og bidrar til god organisering og samhandling, ressursutnyttelse og rekruttering til spesialisthelsetjenesten i helseregionen.
2. Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse Sør-Øst øker på lengre sikt (10 år) til 5 prosent av helseregionens driftsbudsjett.
3. Regionale infrastrukturtiltak, gode samarbeidsrelasjoner og faglig nettverkssamarbeid innen helseregionen og i samarbeid med de andre helseregionene, bidrar til gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse, og økt internasjonal konkurransevne om forskere, og om midler til forskning og innovasjon.
4. Økt innovasjon med utspring i helseforetakene, som gir bedre helsetjenestetilbud, økonomisk avkastning, effektivisering eller kostnadsreduksjon, og næringsutvikling.
5. Forskningsforvaltningen i helseregionen omfatter gode nok, åpne og habile prosesser basert på faglig forsvarlige vurderinger. Prosessene innrettes slik at forskernes ressursbruk på administrasjon reduseres mest mulig. Forskningsforvaltningen understøtter redelighet og god kvalitet i forskningen og er koordinert med andre aktører.

Risikoelementer som blir trukket fram er:

- For lite regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid
- For små forskningsmiljøer
- For lite pasientgrunnlag i kliniske studier

Som en risiko knyttet til målet om at forskningen skal ha tilstrekkelig kvalitet og bredde blir det trukket fram at omorganiseringen kan føre til:

- Svekket samarbeid og økt antagonisme i/mellom omorganiserte forskningsmiljøer.

Til tross for etableringen av større foretak blir stor grad av inhabilitet pga små forskningsmiljøer ført opp som en risikofaktor for ikke å få til gode og effektive tildelingsprosesser.

Når det gjelder undervisning tas ikke det opp i forskningsstrategien, og vi har ikke funnet at det er behandlet spesielt i løpet av prosessen.

Vi er blitt fortalt at risikovurderingene som ble gjort på dette området ikke er en kritikk av det strategiske målet om å opprette sykehusområder og mer robuste helseforetak, men en faktisk beskrivelse av hva som kan arbeide mot oppnåelsen av målene som er satt for undervisning og forskning.

Under dette området drøftes det ikke om etableringen av et reint lands- og regionssykehus vil påvirke forskning og undervisning på noen måte.

## 6 Kunnskapsgrunnlaget for å sette målene

Det ligger en omfattende prosess bak utarbeiding av strategien. Et stort antall medarbeidere er trukket inn. I tillegg har det vært høringer som har omfattet andre aktører i helsetjenesten, både private, offentlige og faglige organisasjoner. Det er foretatt rådslagninger med ansatte fra egen organisasjon. Samlet er det fagpersoner med en betydelig kompetanse som har bidratt til strategien. Som tidligere påpekt valgte man å være handlingsorientert framfor utredningsorientert. I dette kapitlet vil vi trekke fram noen områder vi mener er sentrale, og beskrive hvilke kunnskapsgrunnlag som synes å være benyttet.

### Stordriftsfordeler

Intervjuene vi har gjennomført viser at de sentrale aktørene i prosessen ikke trodde det lå noen økonomisk stordriftsgevinst i å slå sammen først de to regionene og lage større foretaksenheter. Samtidig er det strategisk mål å lage større enheter innenfor det ikke-medisinske området og større og mer robuste foretak skal bidra til å styrke både pasientbehandlingen, forskning og undervisning. Magnussen-utvalget<sup>8</sup> fikk av departementer som et deloppdrag å behandle dette spørsmålet om stordriftsfordeler og -ulemper, en vurdering som kom etter at vedtaket om sammenslåing ble fattet.

Magnussenutvalget konkluderte med at man i USA hadde funnet at større sykehus oppnådde høyere priser ved å oppnå større markedsrett, det vil si ved å bli større. En norsk studie<sup>9</sup> konkluderer med at den ikke registrerer noen generell effekt av sammenslåinger. Om sammenslåingen av HSØ sier Magnussen-utvalget:

*Utvalget vil presisere at verken nasjonal eller internasjonal forskning gir grunnlag for å konkludere entydig i forhold til størrelsen på et gevinstpotensial som følge av en sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør. Forskning fra andre områder enn helsesektoren tyder på at større omstillingsprosesser på kort sikt kan virke kostnadsdrivende, og at man må regne med en periode på minst 3 – 5 år før man kan se økonomiske gevinster etter en fusjon. Sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør er bl.a. begrunnet med henvisninger til «bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet». Før man kan ta stilling hvor stort potensial som her ligger må det imidlertid presiseres hva som menes med bedre koordinering. Utvalget kan ikke utelukke at det vil kunne være økonomiske gevinster å hente ved en annen organisering av sykehustilbudet i hovedstadsområdet. For å kunne antyde størrelsen på dette må man imidlertid ha detaljert informasjon om hvilke konsekvenser sammenslåing av Helse Øst og Helse Sør har for kapitalbruk, kapasitet, omfang og fordeling av arbeidskraft, pasientstrømmer etc. Slik informasjon foreligger ikke, og utvalget oppfatter det som utenfor sitt mandat å forsøke å hente inn denne type informasjon.*

En dansk undersøkelse<sup>10</sup> konkluderer også med at sammenslåinger ikke gir et entydig bilde. Skal det oppnås noe på dette området er det derfor viktig å presisere hva man vil endre for så å kunne vurdere om sammenslåing er et godt virkemiddel.

Stordriftsfordeler og – ulemper drøftes ikke i dokumentene som ligger til grunn for strategien.

### Kvalitet og mengde

I utredningen omkring regionfunksjoner, utført som en del av omstillingsprosessen, slås det entydig fast at kvalitet er avhengig av et betydelig befolkningsområde for å få et tilstrekkelig antall pasienter.<sup>11</sup> Dette bygger på en omfattende gjennomgang der regionens fagmiljøer er trukket inn for å belyse sitt fagområdets behov. Derfor er noen behandlinger definert som behandlinger som bare bør gjøres ett sted i landet, et par

---

<sup>8</sup> Magnussen-utvalget

<sup>9</sup> Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. Tidsskrift for Velferdsforskning 2003; 5: 2 – 13.

<sup>10</sup> Troels Kristensen, Kim Rose Olsen, Jannie Kilsmark, Kjeld Møller Pedersen, Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals, Institute of Public Health, Department of health Economics, Faculty of Social Sciences, University of Southern Denmark & Danish Institute for Health Service Research Health Economics Papers, 2008:13

<sup>11</sup> Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen, DP2: Spesialiserte funksjoner, Prosjektrapport, 28.3.2008

steder i landet eller bare på regionsykehus. Om rapporten som er utarbeidet skal være normgivende for hvor mange steder ulike behandlinger bør foretas, vil det ha store konsekvenser for virksomheten ved for eksempel St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Slik blir rapporten et innlegg der den enkelte faggruppe vurderer hva de ønsker av samlokalisering for sitt fag, mer enn en sterk faglig anbefaling for hvordan tjenesten må organiseres. Rapporten "oversetter" heller ikke behovene til hva det betyr for senger og andre dimensjonerende faktorer, slik at det tegnes et bilde av hvor stort et regionsykehus for hele HSØ vil være, og om det er nødvendig med en fysisk samlokalisering eller om det er ansvarsområdets størrelse som er viktig.

Det vises også til internasjonale retningslinjer og erfaringer. I 2001 utarbeidet Senter for medisinsk metodeutvikling (SMM)<sup>12</sup> en rapport som viste at mengde og kvalitet hadde en positiv korrelasjon og at dette var tydeligere for noen medisinske områder enn andre. De konkluderer med at det overveiende er slik at et større volum gir bedre resultat. Helt entydig er det likevel ikke.

Det er derfor belegg for å si at etableringen av sykehusområder, der de enkelte sykehusforetak får anledning til å øke volumet av behandlinger, kan gi en bedre kvalitet. Manglene ved den tilgjengelige kunnskapen er at undersøkelsene i stor grad kommer fra USA. Ingen av rapportene SMM vurderte var fra Norge.

### **Behovet for en større selvforsyning i det enkelte sykehusområder**

Det er et mål at alle sykehusområdene skal behandle mellom 80 og 90 prosent av pasientene fra sitt område. Det går fram av dokumentene at HSØ mente egendekningen i 2007 var for lav, men det følger ikke med en oversikt over hvordan det faktisk var på dette tidspunktet og hva som ville endres om dette ble oppnådd. I innspillene til strategien viser noen foretak til at de er i en situasjon der de kanskje får flere pasienter enn det blir tatt hensyn til når overføringer av ressurser mellom foretakene skal bestemmes. Dette kom fra foretak i Oslo. Hva som er ønsket egendekning i kjernen av hovedstadsområdet er mer komplisert å bestemme enn for sykehusområder som Sørlandet og Østfold. Denne ulikheten er ikke behandlet i de dokumentene vi har gått gjennom. Det er heller ikke drøftet hvordan overføringen av sykehuset Asker og Bærum til Vestre Viken vil påvirke selvforsyningsgraden til dette sykehusområdet, og om dette bør påvirke hvordan ressursene fordeles i hele regionen. Tradisjonelt har dette sykehuset hatt avtaler med Rikshospitalet og Radiumhospitalet om å benytte disse sykehusene for de to kommunenes innbyggere. Det er ikke formulert tiltak for å bygge ned denne bruken spesielt. Tilsvarende problemstillinger er knyttet til utvidelsen av Ahus sitt ansvarsområde, men de er heller ikke behandlet særskilt.

### **Behovet for bygningsmessig kapasitet i form av senger, behandlingsrom, konsultasjonsrom og dagplasser**

SINTEF foretok en analyse<sup>13</sup> av hvilket behov det var for bygningsmessig kapasitet i hovedstadsområdet og i hele HSØ. I dokumentene som legger grunnlaget for strategien vises det til at denne rapporten møtte kritikk.<sup>14</sup> Hva den kritikken besto i er ikke tydelig i dokumentene og det er, så langt vi har kunnet bringe på det rene, ikke foretatt noen annen vurdering av hvordan behovet for bygningsmessig kapasitet vil forventes å bli det nærmeste tiåret.

---

<sup>12</sup> Pasientvolum og behandlingskvalitet, Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning, SMM-rapport nr. 2-2001

<sup>13</sup> Myrbostad A, Lauvsnes M, Aktivitets- kapasitets- og arealanalyse for sykehusene i Helse Sør-Øst SINTEF rapport, 20.09.2008

<sup>14</sup> Sak 067-2008, sluttrapport juni 2008.



## 7 Hva har skjedd av organisatoriske endringer i perioden 2007-2011

### 7.1 Sykehusområder

Det ble vedtatt å opprette sykehusområder. Helseforetakenes rolle ble formulert slik i vedtaket<sup>15</sup>:

Helseforetakene som utgjør et sykehusområde skal ha et helhetlig ansvar for sin befolkning og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område, herunder akuttfunksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og rehabilitering.

For Innlandet, Sørlandet og Østfold var dette ingen endring. Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark skal etter avtale med HSØ samarbeide tettere, men de opprettholdes som egne selvstendige foretak. I Vestfold ble Psykiatrien i Vestfold HF lagt ned som eget helseforetak og ble en del av Sykehuset i Vestfold HF. Vestfold og Telemark blir imidlertid kalt et sykehusområde og sees som et slikt i budsjettssammenheng. Blefjell HF ble nedlagt. Enhetene på Rjukan og Notodden ble overført til Sykehuset i Telemark. Vestre Viken sykehusområde ble opprettet ved at Drammen, Ringerike og Asker og Bærum helseforetak fikk en sentral ledelse. Blefjell helseforetak ble lagt ned og Kongsberg sykehus ble tilført det nye helseforetaket. Ahus sitt sykehusområde ble utvidet med bydel Alna fra Oslo og Follo kommunene. Fra 2004 hadde Ahus ansvaret for Oslos bydeler Grorud og Stovner. For sykehusområdet Sentrum, som er Oslo minus de tre bydelene Ahus har ansvaret for, ble det vedtatt at de tre sykehusene Riks- og radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus skulle slås sammen til Oslo universitetssykehus. Siden det i Oslo også er to private ideelle sykehus, Lovisenberg og Diakonhjemmet, er det faktiske befolkningsgrunnlaget for OUS vesentlig lavere enn det som framgår av tabell 1. I rapporten om storbysykehuset i Oslo er lokalsykehusområdet til OUS satt til 220 000 innbyggere. OUS har også ansvar for regionale tjenester og landsfunksjoner, men definert som et sykehusområde synes det som Sentrum sykehusområde har en befolkning som ligger noe under den Innlandet har. Sentrum sykehusområdet heter nå Oslo sykehusområde.

Det ble så overlatt til ledelsen av de etablerte sykehusområdene å utvikle sine områder videre i tråd med de retningslinjer som ble formulert i strategien.

**Tabell 1 Befolkningen i de enkelte sykehusområder pr 2012<sup>16</sup>**

	Sykehusområde
Østfold	278 014
Innlandet	379 741
Ahus	489 268
Oslo	507 418
Vestre Viken	435 251
Vestfold	236 120
Telemark	169 930
Sørlandet	285 554

<sup>15</sup> Sak 108/2008 Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1

<sup>16</sup> Vestfold og Telemark er formelt ett sykehusområde, men de opererer som egne foretak. I denne tabellen synes det derfor riktigere å framstille dem med hvert sitt befolkningsunderlag.

## 7.2 Antallet driftsenheter

Det synes som antall driftsenheter er uendret på det somatiske området, men økt noe innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Etableringen av større foretak under en felles ledelse har ikke ført til færre driftssteder. Driften ved tidligere Aker sykehus er trappet ned. Ut over det synes det ikke som aktiviteten er vesentlig endret ved de somatiske driftsenhetene, unntatt for Aker sykehus.<sup>17</sup>

## 7.3 Klinikkorganisering

Strategien tar ikke opp hvordan foretakene skal organiseres, men det har vært en viss bevegelse i forhold til å organisere sykehusene i klinikker, på tvers av geografisk plassering.

Innlandet hadde klinikkorganisering ved sammenslåingen til HSØ. Året før sammenslåingen ble dette moderert noe ved at hver enkelt sykehusenhet innen det somatiske området fikk en leder ved hver enhet. Seinere gikk foretaket bort fra klinikkorganisering og etablerte divisjoner, der de store somatiske sykehusenhetene ble egne divisjoner. Psykiatrien er en egen divisjon, det samme er medisinsk service, prehospitaltjenester og eiendom og intern service.

Vestre Viken innførte klinikkorganisering da de ble opprettet som ett foretak. Klinikkorganisering ble vedtatt 7. oktober 2009. På styremøtet 29. september 2011 ble denne modellen revidert for de kliniske enhetene og vedtaket hadde effekt fra 1. januar 2012. De ble fra da ledet på den enkelte geografiske enhet. For medisinsk service, ikke-medisinsk service, psykisk helse og rus og prehospitaltjenester ble en sentral ledelse opprettholdt.

OUS innførte klinikkorganisering fra 1. januar 2010.

Sørlandet sykehus HF og Østfoldsykehuset HF hadde klinikkorganisering før arbeidet med strategien startet og har ikke endret på dette.

Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark er stadig hvert sitt foretak. Det aller meste av, spesielt den somatiske virksomheten, er plassert ett geografisk sted i hvert av fylkene, med noen mindre enheter plassert i andre byer i fylkene. De har klinikkorganisering innenfor hvert sitt foretak.

## 7.4 Samling i Sykehuspartner

På styremøtet 1. september 2009 ble det vedtatt at all IKT skulle samles hos Sykehuspartner. Denne enheten heter Felles tjenesteleverandør. Alle foretakene bruker nå Felles tjenesteleverandør for sine IKT tjenester. I hvor stor grad øvrige tjenester som HR og innkjøp og logistikk også er samlet må undersøkes nærmere.

---

<sup>17</sup> Antall somatiske sykehusenheter i SAMDATA med tall for 2007 og 2011 og aktivitetsdata fra Norsk Pasientregister 2007 og 2011.

## 8 Måloppnåelse og gjennomførte tiltak

### 8.1 Faktisk måloppnåelse

I vedlegg er det satt opp en tabellarisk oversikt over hva vi har kategorisert som mål og hva som har vært tiltak. Når vi her vurderer måloppnåelse går vi ikke gjennom alle de områdene som er nevnt i strategien, men peker på de målene vi anser som de mer sentrale og som det har vært mulig å relatere til den registrerte utviklingen og selve omstillingsprosessen.

Hovedmålet for strategien var bedre kvalitet på tjenesten. I 2007 ble det ikke foretatt en oppsummering av hvordan foretakene i HSØ lå an og vi kjenner ikke til at det er gjort noen analyse av hva som er skjedd på dette området. Dette prosjektet vil i arbeidspakke 5 se om det er mulig å vurdere hva som er skjedd i perioden, og i arbeidspakke 6 vil vi se om det på dette området har skjedd noe i HSØ som vi ikke finner for andre regioner og land.

Det er flere steder beskrevet en ønsket reduksjon av antallet liggedager. Disse er redusert med 250 000 eller med 11 prosent i perioden. Per innbygger er reduksjonen av liggedager 15 prosent. Det er også et mål å få til en overgang fra døgntil behandling til dagbehandling og poliklinikk. Døgntil behandlede har redusert sin andel av det samlede antall behandlede fra 16,8 til 14,2 prosent<sup>18</sup> fra 2007 til 2011. Antall døgntil behandlede har økt svakt, men økningen i dagbehandling og poliklinisk behandling har vært vesentlig sterkere.

Det var satt et mål om at 80-90 prosent av befolkningen skulle behandles innen sitt eget sykehusområde. Tallene vi har fått over antall episoder tyder på at egendekningen ligger i dette området, men at den heller er sunket enn steget i perioden. Siden mange har fryktet en enda sterkere sentralisering bør tallene tolkes dit hen at sykehusområdene i all hovedsak har opprettholdt den egendekningen som var i 2007.

Det var et mål å redusere benyttet areal og utnytte det mer effektivt. Det skal være en registrering av hvilket areal som disponeres, men for denne arbeidspakke 1 har vi ikke fått hentet fram slike tall og sett om disse kan sammenlignes med starten i 2007.

NIFUstep<sup>19</sup> har laget en vurdering av FoU i helseforetakene med data for 2010 og SINTEF<sup>20</sup> har skrevet en rapport som evaluerer finansieringen av forskning i helseforetakene med data for 2007. Dette viser at HSØ i 2007 hadde 55 prosent av driftskostnadene til de regionale helseforetakene og 69 prosent av kostnadene som gikk til forskning og utvikling (FoU). I 2009 var andelen av driftskostnadene sunket til 54 prosent og andelen av midler til FoU sunket til 64 prosent. Når det gjelder andelen publiseringspoeng og doktorgradspoeng var HSØ sin andel henholdsvis 64,4 prosent og 47,8 prosent i 2007. Vi kjenner ikke til situasjonen for 2010. Målet for HSØ er å bruke 5 prosent av sine samlede kostnader på forskning. I 2010 var denne andelen 2,8 prosent. Andelen var over målet for OUS, den var 2 prosent for psykiatrien i Vestfold, 1,7 prosent for Ahus og 1,3 prosent for Sørlandet HF. For de øvrige HFene varierte det fra 0,4 til 0,9 prosent.

Utviklingen for antall publikasjonspoeng, en vektet sum av artikler og doktorgrader, viser at HSØ har økt sin andel siden 2007.

---

<sup>18</sup> Data fra NPR oversendt prosjektet.

<sup>19</sup> Ole Wiig, Hebe Gunnes, Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2010, Hovedresultater og dokumentasjon, Rapport 44/2011

<sup>20</sup> Jorid Kalseth, Eva Lassemo, Tarald Rohde, Evaluering av finansiering av forskning i helseforetakene, SINTEF Rapport A14727, februar 2010

**Tabell 2 Publikasjonspoeng fordelt på de fire helseregionene, utviklingen fra 2007 til 2012<sup>21</sup>**

	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	62,6 %	62,1 %	58,9 %	59,5 %	59,5 %	59,6 %
<b>Helse Vest RHF</b>	19,9 %	19,5 %	22,6 %	23,3 %	22,6 %	21,3 %
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	9,9 %	9,5 %	10,3 %	9,1 %	10,0 %	10,9 %
<b>Helse Nord RHF</b>	7,6 %	8,9 %	8,1 %	8,2 %	7,9 %	8,2 %
<b>TOTALT</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

## 8.2 Tiltak som er gjennomført

Det ble utarbeidet en strategi som forelå og kunne benyttes ved foretaksmøtene i januar/februar 2009.

Etableringen av sykehusområder er gjennomført, men i ett område er det stadig to uavhengige foretak som løser oppgaven ved samarbeid. Det var tre nye områder som skulle etableres.

IKT-tjenestene er samlet i Sykehuspartner.

HSØ er blitt åpen med å legge fram oversikter over uheldige hendelser ved sine foretak.

HSØ har beveget seg mot en bærekraftig utvikling, og gikk med driftsoverskudd i 2012.

## 8.3 Tiltak som ikke er gjennomført eller der målsettingen ikke er nådd

I Vestfold og Telemark sykehusområde er det stadig to helseforetak. Det er ikke vedtatt å slå disse sammen til ett helseforetak.

Det er bare to sykehusområder som kan sies å ha et klart definert områdesykehus. Dette er Østfold og Ahus. De andre har flere sykehusenheter innen sitt HF der nivåoppgavene mellom dem ikke er helt avklart. Østfold og Ahus fikk i 2011 tilført Follokommunene og Alna bydel som utvidelse av sitt opptaksområde.

Akuttmottaket ved Moss sykehus er lagt ned. Kongsberg har stadig et akuttmottak og en kirurgisk enhet, men skal helst sende fra seg akutt kirurgi. Ut over dette er det ikke skjedd en fysisk sentralisering av kirurgiske akuttmottak.

Det er beskrevet at lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet, slagenhet<sup>22</sup>, mer ambulerende spesialisttilbud og «Hjemmesykehus<sup>23</sup>». I 2011 nedsatte HSØ en arbeidsgruppe for å se på forholdene for geriatri og alderspsykiatri. Lederen av gruppen uttalte ved overrekkelse av gruppens rapport:

*Arbeidsgruppen påpeker at det er langt igjen før det finnes akuttgeriatriske enheter ved alle sykehus med indremedisinsk akutfunksjon slik det er forutsatt i handlingsplanen. Likeledes har ikke foretakene fulgt opp flere konkrete tiltak for utdanning og rekruttering. Resultatet er at det utdannes for få geriater og alderspsykiatere og det er for få overlegehjemler innen geriatri og alderspsykiatri i dag og i nær framtid, sier Bache.<sup>24</sup>*

Hjemmesykehus for barn er etablert som et prosjekt ved OUS. I arbeidet med denne rapporten har vi ikke funnet tiltak for å etablere mer ambulerende spesialisttilbud i regionen.

<sup>21</sup> Regjeringen.no, Helse og omsorgsdepartementet, Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet

<sup>22</sup> Lokalbaserete tjenester og samhandling med kommunen, Delrapport II fra arbeidsgruppe Helse Sør-Øst RHF, Delprosjekt 3 Hovedstadsprosessen, Juni 2008

<sup>23</sup> Plan for strategisk utvikling 2009-2020, "Omstillingsprogrammet"

<sup>24</sup> Torkel Bache til HSØ RHF's webside 24.02.2012

Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten. Dette er en del av Samhandlingsreformen som nå er iverksatt. Vi har ikke data for om det her er skjedd endringer.

## Vedlegg

### A Tabellarisk oversikt over mål og tiltak for HSØ

Tabell 8 gir en skjematisk oversikt over de mål og tiltak vi har trukket ut av strategidokumentet. Vi har gitt de fem målnivåene en overskrift og vil i dette avsnittet drøfte mål og tiltak for hvert av disse fem nivåene.

**Tabell 3 Mål og tiltak for pasientbehandling**

	Mål	Tiltak
1.	Hovedmål: Mer likeverdighet Mer tilgjengelighet	Etablere sykehusområder med ett foretak i hvert område Felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering Enhetlig opptak for somatikk, rus og psykisk helse
2.	Organisatoriske mål Større og mer robuste foretak, store nok sykehus til at de kan sammenlignes 80-90 prosent behandles i sitt sykehusområde Flere desentrale tilbud Tydeligere sentralisering Færre akuttmottak med kirurgi Lokalsykehus skal ha: Akuttgeriatrisk enhet Slagenhet Mer ambulerende spesialisttilbud «Hjemmesykehus»	Samle alle regionfunksjoner <i>Samle regionale rehabiliteringsfunksjoner</i> <i>Regionalt LMS</i> Dele inn i funksjonene i: Basisfunksjoner, områdefunksjoner, regions- og landsfunksjoner Tydeligere skille mellom nivåene Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten Bedre breddekompetanse
3.	Driftsmål Kortere liggetid Forhindre uønskete hendelser	Bedre kunnskapshåndtering Risikostyring og avviksbehandling Etablere behandlingslinjer
4.	Forholdet til primærhelsetjenesten Oppfølging og kontroll av pasientene skal i størst mulig grad ivaretas av fastlege og kommunehelsetjenesten Etablere felles akuttmottak med kommuner	Utredninger foretatt for: Habilitering/rehabilitering Organisering av prehospitaltjenester Handlingsplan for eldre
5.	Pasientrettede mål Epikrise følger pasientene ved utskriving Individuell plan	Sertifisering og akkreditering Virksomhetsregistrering ved akuttmottak Mer ressurser til rehabilitering og habilitering

Tabell 9 gir en skjematisk oversikt over de mål og tiltak vi har funnet som angår det overordnede økonomiske resultatet og spesielle tiltak rettet mot den ikke-medisinske delen av sykehusene, slik som arbeidet med personal-, lønns-, budsjett- og regnskapsspørsmål og tjenester som innkjøp, logistikk og IKT.

**Tabell 4 Mål for generell drift og ikke-medisinsk virksomhet**

Mål	Tiltak
Bærekraftig utvikling Enhetlig ledelse innen TSB og psykiatri Færre liggedager Fra døgnbehandling til poliklinikk og dagbehandling	En vaktlinje per funksjon God økonomisk styring
Effektivisere ikke medisinske tjenester	Felles tjenesteleverandør Utnytte stordriftsfordeler Sentralisere og standardisere ikke-medisinske tjenester Færre miljøer Kontinuerlig forbedring innenfor innkjøp og logistikk Felles forsyningsstruktur 9 delprosjekt ikke medisinske tjenester Egen styringsmodell IKT Målbilde IKT fra A til E
	Lederopplæring i internkontroll og risikostyring God: <i>Kapasitetsutnyttning</i> <i>Samhandling</i> <i>Driftseffektive løsninger</i>

**Tabell 5 Mål og tiltak for utvikling av bygningsmassen**

Mål	Tiltak
Redusere arealet Utnytte arealet mer effektivt Fleksibel organisering	Ny organisering av eiendomsområdet Bruke RHs samhandlingsmodell
Felles arealstandarder Innsparing	Arealansvar lokalt Prosjektinnretning (100 mill) Porteføljestyling (200 mill) Prosjektgjennomføring (35 mill)

**Tabell 6 Mål og tiltak for undervisning og forskning**

Mål	Tiltak
Skal komme pasientene til gode Være den fremste bidragsyter i Norge God forskning i alle helseforetak	Avsette 5 prosent av budsjettet til forskning



Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)