

Vedlegg 6:

Helse Øst RHF
Styremøte 21. juni 2006

SAK NR 044-2006 HELSE ØST 2025 - HØRINGSdokUMENT

Forslag til:

VEDTAK

1. Styret slutter seg til at strategidokumentet Helse Øst 2025 sendes på høring til relevante instanser og samarbeidspartnere med frist for tilbakemelding 11.09.2006.
2. Administrerende direktør utreder tiltak for en styrt utviklingen av samlet behandlingsskapasitet.
 - Det utvikles plan og tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid og å øke åpningstiden for dagbehandling og poliklinisk virksomhet.
 - Tiltak for å sikre god utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet beskrives.
3. Administrerende direktør utarbeider en ytterligere dokumentasjon og detaljering av konsekvenser for behandlingsskapasitet og sykehusstruktur.
 - Ulike måter for å løse fremtidig infrastruktur og sikre bærekraftig arealbruk i Helse Øst belyses.
 - Det klargjøres hvordan eiendomsporteføljen i Helse Øst best kan videreutvikles på et overordnet nivå.
4. Det legges frem en ny sak om Helse Øst 2025 for styret 10.10.2006.

Hamar, 14.06.06

Bente Mikkelsen
Administrerende direktør

HELSE ØST 2025 - HØRINGSBOK
1. Administrerende direktørs anbefalinger / konklusjon:

Helse Øst 2025 handler om å skape en bærekraftig utvikling av virksomheten i Helse Øst i et langsiktig perspektiv. Gjennom overordnede grep og strategiske føringer vil en styre og målrette ressursbruk og kompetanse slik at pasienttilbudet ytterligere kan forbedres.

Ut fra det omfattende kunnskapsgrunnlaget som er etablert gjennom en involverende prosess i organisasjonen, er det utviklet en virksomhetsidé og syv forpliktende budskap som grunnlag for det videre strategiske planarbeidet i Helse Øst.

Virksomhetsidéen **Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert endringsledelse** fokuserer på at den største utfordringen for et godt helsevesen ligger i å utvikle kvaliteten kontinuerlig. Den ledelsesmessige hovedutfordringen er derfor fram mot 2025 å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å målrette, utvikle og forbedre det samlede tilbud av helsetjenester. For å oppnå kontinuerlig kvalitetsforbedring må ledelsen legge til rette for kunnskapsbasert praksis i en periode med store endringer i samfunn og rammebetingelser for øvrig. Endringene må være fast forankret i et verdigrunnlag og samtidig ha tjenesteutvikling og kvalitet i tjenesteytingen som mål.

Videre utvikles **syv forpliktende** budskap som uttrykk for forbedringsområder og grunnlag for kommunikasjon i forhold til pasienter, befolkning og ansatte:

- Lederskap gjennom god virksomhetsstyring, med vekt på å skape gjennomsluttige og gjennomgående styringssystemer som kan legge til rette for åpne, reelle prioriteringer og sikre dokumenterbar kvalitet og pasientsikkerhet.
- Infrastruktur og organisering skal støtte god pasientbehandling, med vekt på hensiktsmessig funksjons- og oppgavedeling innen og mellom helseforetak, samt regler for overordnet arealbruk og forvaltning av bygningsmasse inklusive planlegging av nybygg.
- Helhet i helsetjenestetilbudet, med vekt på forbedret samspill mellom regioner, mellom førstelinjetjeneste og spesialisthelsetjeneste, mellom divisjoner, klinikker og avdelinger, mellom profesjoner og mellom linje og stab.
- Pasienten behandles i tråd med Beste praksis, med vekt på systematiske sammenlikninger av sammenfallende oppgaveløsning mellom helseforetak og avdelinger, samt legge til rette for å etablere standarder som gir best resultat.
- Pasientens perspektiv er med i alle beslutninger, der nøkkelspørsmålet for alle endringsprosesser er: På hvilken måte vil dette forslaget/denne prosessen/disse tiltakene komme brukerne til gode?
- Kvalitetsforbedring gjennom kunnskap, åpenhet og refleksjon, med vekt på bred involvering av de helsefaglige profesjoner og medarbeidere i dialoger om hvordan arbeid og samarbeid best kan organiseres.
- Løsninger gjennom respekt, dialog og medansvar, basert på at Helse Øst betrakter alle ansatte som sin viktigste kunnskapsressurs. Forbedringsaktiviteter vil være medarbeiderinvolverende og ha som siktemål å utvikle den enkeltes og Helse Østs samlede kompetanse og skape et inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø.

Styret er tidligere forelagt *Strategi 2025: Rapporter fra temaområdene, desember 2005 (sak 116/2005)*. Sammen med de to nye rapportene *Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur* (SINTEF helse) og *Scenarier Helse Øst 2025* (ECON analyse) utgjør dette kunnskapsgrunnlaget for Helse Øst 2025.

Gjennom dette kunnskapsgrunnlaget er kvalitet, behov og kapasitet og økonomisk bærekraft identifisert som tre sentrale arbeidsområder der det stilles krav om langsiktighet i planleggingen.

Kunnskapsgrunnlaget peker på en rekke store utfordringer i utvikling av gode tilbud i fremtiden:

- Endring krever ledelse
- Brukerrollen endres vesentlig
- Krav til kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomiske rammer forventes ikke å øke vesentlig
- Eldrebefolkningen og omfanget av kroniske sykdommer øker
- Det kreves åpne og reelle prioriteringer
- Medisinske fremskritt innebærer etiske valg og krav om prioritering
- Personell vil være den sterkeste kapasitetsmessige begrensning
- Forebygging kan gi øket livskvalitet og redusere sykkelighet og etterspørsel av tjenester frem mot 2025
- Det er store behov for vedlikehold og omstrukturering av bygningsmasse

Som en sammenstilling, med grunnlag i dagens status, erfaringer og kunnskapstilfang, utvikles syv forpliktende budskap som strategiske føringer for å møte utfordringene.

Den ledelsesmessige hovedutfordringen er fram mot 2025 å gjennomføre systematiske endringsprosesser for å målrette, utvikle og forbedre det samlede tilbud av helsetjenester. Dette arbeidet må hvile på et verdigrunnlag og strekke seg etter de visjoner og mål som Helse Øst RHF har vedtatt. De forpliktende budskapene uttrykker en konkretisering av det etablerte verdigrunnlaget og vil videreutvikles som Helse Østs forpliktelse overfor pasienter, befolkning og ansatte.

Rapporten *Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur* dokumenterer SINTEF Helse at behovet for arealer påvirkes sterkt av liggetid og åpningstider (brukstider) for dagbehandling og poliklinikker. Samtidig påvirkes også arealbehovet etter graden av desentralisering/sentralisering for tjenestetilbudet.

Det vil være av vesentlig betydning å kunne utnytte disse virkemidlene i størst mulig grad for å kunne oppfylle "sørge-for"-ansvaret og sikre bærekraftig utvikling innenfor de økonomiske rammebetingelser som gjelder i dag. Det anbefales å iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid og øke åpningstidene for dagbehandling og poliklinisk virksomhet slik det også er gjort i planleggingen av Nye Ahus. Det er også nødvendig å balansere graden av desentralisering/sentralisering så vidt mye at presset på nyinvesteringer avtar.

Dette betinger en stram og overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler. Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen i Helse Øst blir en viktig forutsetning for å lykkes med dette. Innenfor feltet arealstruktur og arealplanlegging kan det særlig utnyttes de fordelene det er å ha en regional overordnet styring.

Det anbefales derfor at det utarbeides en ytterligere dokumentasjon og detaljering av konsekvenser for behandlingskapasitet og sykehusstruktur. Gjennom dette vil en belyse ulike

måter for å løse fremtidig infrastruktur og å styrke bærekraftig arealbruk samt klargjøre hvordan eiendomsporteføljen i Helse Øst best kan videreutvikles på et overordnet nivå. Dette arbeidet bør fortsette nå, slik at det eventuelt kan danne støtte for strategivalg når høringsuttalelsene på Helse Øst 2025 er klare.

Rapporten Scenarier Helse Øst 2025 beskriver ECON Analyse fem scenarier som mulige bilder av fremtidig utvikling. De viktigste usikkerhetsfaktorene for Helse Østs planlegging frem mot 2025 vurderes å være organiseringen av bestiller- og utføreropp gavene samt graden av arbeidsdeling/konkurranse nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører. Disse usikkerhetsfaktorene gjør pasientgrunnlaget mer usikkert.

Det poengteres at større variasjon i pasientgrunnlaget i fremtiden stiller sterkere krav til konsernstyring av bygg og eiendommer, til porteføljestyling av tilbud på konsernnivå og til fleksibilitet for å tilpasse porteføljen til endringer i etterspørsel og behov. Det bør videre planlegges slik av man er konkurransedyktig.

Oppsummert anbefaler administrerende direktør at styret slutter seg til at strategidokumentet Helse Øst 2025 sendes på høring til relevante instanser og samarbeidspartnere med frist for tilbakemelding 11.09.2006.

Administrerende direktør vil utrede tiltak for en styrt utviklingen av samlet behandlingsskapasitet. Det utvikles plan og tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid og å øke åpningstiden for dagbehandling og poliklinisk virksomhet. En vil også arbeide videre med tiltak for en bedre samhandling med Helse Sør RHF for å sikre god utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet.

Videre vil administrerende direktør utarbeide en ytterligere dokumentasjon og detaljering av konsekvenser for behandlingsskapasitet og sykehusstruktur. Gjennom dette vil en belyse ulike måter for å løse fremtidig infrastruktur og å styrke bærekraftig arealbruk samt klargjøre hvordan eiendomsporteføljen i Helse Øst best kan videreutvikles på et overordnet nivå.

Det legges frem en ny sak om Helse Øst 2025 for styret 10.10.2006.

2. Faktabeskrivelse:

2.1. Helse Øst 2025 - bakgrunn og prosess

Første vedtak relatert til utviklingen av Helse Øst 2025 går tilbake til styresak 45/2005 *Utarbeidelse av langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst*. Fra administrerende direktør ble det bl.a. anført følgende:

”Administrerende direktør vurderer det som ønskelig og nødvendig at det tas et tydeligere grep om den langsiktige utviklingen i foretaksgruppen. Dette fordi tydelige og overordnede mål for foretaksgruppen som helhet også gir helseforetakene bedre forutsigbarhet for egen planlegging og utvikling.

Det er flere omfattende prosesser som nå er i gang og som bør inngå i eller omfattes av en helhetlig langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst. Det er nødvendig at disse initiativene samordnes under en felles utviklingsstrategi med omforente mål for sykehusstruktur og faglig innhold.”

Det ble fattet følgende vedtak:

”

1. Det igangsettes et arbeid med langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst-gruppen.
2. Arbeidet skal ha 2025 som målhorisont.
3. Administrerende direktør utarbeider et prosjektnotat til 15.06.2006 som definerer oppgaven og beskriver fremdrift og arbeidsform.”

Dette vedtaket ble fulgt opp i styresak 065/2005 Utarbeidelse av langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst- prosessgrunnlag og opplegg for videre arbeid, hvor følgende ble vedtatt:

”

1. Styret for Helse Øst RHF viderefører sitt overordnede strategiske arbeid med 2025 som målhorisont.
2. Til grunn for det videre arbeid legges Helse Øst sin visjon om gode og likeverdige helsetjenester for alle og de hovedføringer som ligger i tidligere vedtak om definerte opptaksområder og funksjons- og oppgavefordeling samt effektiv utnyttelse av tildelte ressurser.
3. Styret ber om at det fremlagte prosessgrunnlag med fremdriftsplan (vedlegg) legges til grunn for det videre strategiarbeidet.”

Resultatet av dette arbeidet ble lagt frem i styresak 116/2005 Langsiktig utviklingsstrategi for helse øst- statusrapport og foreløpig drøfting. Styret ble forelagt to dokumenter: *Strategi 2025, Arbeidsdokument*, samt *Strategi 2025: Rapporter fra temaområdene, Desember 2005*. Det ble fattet følgende vedtak:

”

1. Styret tar status i arbeidet med langsiktig utviklingsstrategi for Helse Øst til orientering.
2. Det arbeides videre med utviklingsstrategien på basis av kunnskapsgrunnlaget fra temaområdene, foreløpig strategidokument og innspill i styremøtet.
3. I det videre arbeidet legges det hovedvekt på å beskrive alternative scenarier for den fremtidige sykehusstrukturen.
4. Ny sak som grunnlag for bred høring fremlegges for styret primo 2006.”

I styresak 007/2006 *Helse Øst 2025 - Opplegg for videreføring, implementering og kommunikasjon* ble det lagt ytterligere premisser for det videre arbeid:

”

1. Helse Øst 2025 videreutvikles etter innspill i styremøtet og gjennom forankring av kunnskapsgrunnlag og endringsbehov.
2. Det utarbeides scenarier for sykehusstruktur og investeringer basert på kjente økonomiske rammebetingelser, kapasitetsbehov samt bygningsmassens beskaffenhet og levetid. Det legges til grunn at samarbeidet med Helse Sør videreutvikles.
3. Ny sak som grunnlag for bred høring fremlegges for styret 12. mai 2006. Resultatene fra arbeidet med prosjekt Helse Øst 2025 legges til grunn for det videre strategiarbeidet i Helse Øst.
 - det startes en prosess for etablering av et nytt strategisk fokus og utvikling av en strategisk plan med delmål for perioden 2007 – 2010 og handlingsplan for 2007
 - vedtatte delstrategier rulleres etter gjeldende plan og forankres i Helse Øst 2025. ”

Kunnskapsgrunnlaget for Helse Øst 2025 inneholder rapporter fra åtte temaområder. I tillegg er det utarbeidet egne rapporter fra ECON analyse (Scenarier Helse Øst 2025) og SINTEF helse (Helse Øst 2025 - arealplanlegging og struktur i Helse Øst). Begge disse rapportene er en del av det kunnskapsgrunnlaget som danner bakgrunn for Helse Øst 2025. Disse to arbeidene omtales i kapittel 2.3 og 2.4.

Kunnskapsgrunnlaget for Helse Øst 2025 ble gjort kjent i helseforetakene i en informasjonsrunde i mars/april 2006. I mai 2006 gjennomførte administrerende direktør en ny runde i helseforetakene der innspill til Strategisk fokus ble drøftet med bakgrunn i Helse Øst 2025.

Tillitsvalgte og brukerrepresentanter har vært medvirkende på flere nivåer i prosessen med Helse Øst 2025. I utvikling av kunnskapsgrunnlaget har regiontillitsvalgte og brukerrådet for Helse Øst vært involvert. I forbindelse med runden med drøfting av Strategisk fokus 2007-

2010 har disse også vært med i administrerende direktørs delegasjon. Lokale tillitsvalgte og brukerrepresentanter har gitt innspill i prosessene ved de enkelte helseforetak, og har i de fleste helseforetakene også vært med i møtene.

Gjennom utarbeidelse av Strategisk fokus 2007 - 2010 videreføres prosessen med Helse Øst 2025. Det legges til grunn at Helse Øst 2025 skal danne grunnlag og være førende for alle strategiske dokumenter i foretaksgruppen. Vedtatte delstrategier rulleres etter gjeldende plan og forankres i Helse Øst 2025 og i Strategisk fokus 2007-10.

2.2. Helse Øst 2025 - innhold

Det vises til vedlagte dokument Helse Øst 2025 – Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert endringsledelse.

Det redegjøres for behovet for langsiktige tenkning og utvikling, med særlig fokus på kvalitet, behov og kapasitet samt økonomisk bærekraft.

Med utgangspunkt i et omfattende kunnskapsgrunnlag beskrives sentrale utfordringer frem mot 2025. **Kvalitetsforbedring gjennom verdibasert endringsledelse** defineres som virksomhetsidé for Helse Øst og det utvikles **syv forpliktende budskap** som uttrykk for forbedringsområder og grunnlag for kommunikasjon i forhold til pasienter, befolkning og ansatte:

- Lederskap gjennom god virksomhetsstyring, med vekt på å skape gjennomsiktlige og gjennomgående styringssystemer som kan legge til rette for åpne, reelle prioriteringer og sikre dokumenterbar kvalitet og pasientsikkerhet.
- Infrastruktur og organisering skal støtte god pasientbehandling, med vekt på hensiktsmessig funksjons- og oppgavedeling innen og mellom helseforetak, samt regler for overordnet arealbruk og forvaltning av bygningsmasse inklusive planlegging av nybygg.
- Helhet i helsetjenestetilbudet, med vekt på forbedret samspill mellom regioner, mellom førstelinjetjeneste og spesialisthelsetjeneste, mellom divisjoner, klinikker og avdelinger, mellom profesjoner og mellom linje og stab.
- Pasienten behandles i tråd med Beste praksis, med vekt på systematiske sammenlikninger av sammenfallende oppgaveløsning mellom helseforetak og avdelinger, samt legge til rette for å etablere standarder som gir best resultat.
- Pasientens perspektiv er med i alle beslutninger, der nøkkelspørsmålet for alle endringsprosesser er: På hvilken måte vil dette forslaget/denne prosessen/disse tiltakene komme brukerne til gode?
- Kvalitetsforbedring gjennom kunnskap, åpenhet og refleksjon, med vekt på bred involvering av de helsefaglige profesjoner og medarbeidere i dialoger om hvordan arbeid og samarbeid best kan organiseres.
- Løsninger gjennom respekt, dialog og medansvar, basert på at Helse Øst betrakter alle ansatte som sin viktigste kunnskapsressurs. Forbedringsaktiviteter vil være medarbeiderinvolverende og ha som siktemål å utvikle den enkeltes og Helse Østs samlede kompetanse og skape et inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø.

2.3. Arealplanlegging og struktur

Dagens ordning for kapitalfinansiering stiller strenge krav til kapitalrasjonalisering og arealeffektivisering. Helse Øst står overfor store utfordringer for å sikre en bærekraftig

utvikling når kapitalkostnadene ved de store prosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008 skal betjenes. Avvik mellom årlige avskrivninger og mottatte avskrivningstilskudd øker årlig og størstedelen av de økte kapitalkostnadene må tas gjennom effektivisering av driften. På bakgrunn av dette, og de gjeldende finansieringsordningene for nyinvesteringer, har Helse Øst begrensede muligheter for nybygginger i de nærmeste årene. Samtidig er det under utvikling planer for større bygningsmessige investeringer i flere helseforetak. Særlig Sykehuset Østfold og i Sykehuset Innlandet foreligger planer med stor grad av konkretisering.

I rapporten *Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur* (vedlegg 2) dokumenterer SINTEF Helse at behovet for arealer påvirkes sterkt av liggetid og åpningstider (brukstider) for dagbehandling og poliklinikker. Samtidig påvirkes også arealbehovet etter graden av desentralisering/ sentralisering for sentralsykehusfunksjoner og regionsykehusfunksjoner.

Det vil være av vesentlig betydning å kunne utnytte disse virkemidlene i størst mulig grad for å kunne oppfylle "sørge-for"-ansvaret innenfor de økonomiske rammebetingelser som gjelder i dag. Det anbefales å iverksette tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid samtidig som åpningstidene for poliklinikk og dagbehandling utvides. Det er også nødvendig å balansere graden av desentralisering/ sentralisering så vidt mye at presset på nyinvesteringer avtar.

Det vises også til vedlegg 3, *Sammenstilling av arbeidet med Arealstruktur 2025 Helse Øst*. Den største effekten for redusert kapasitets- og investeringsbehov oppnås ved en større grad av utnyttelsen av kapasiteten i Osloområdet innen sentral- og regionsykehusfunksjoner. Det anbefales at kapasiteten i de nyinvesteringene som allerede er foretatt og under utførelse utnyttes maksimalt.

Det vil være bygg/sykehus som i løpet av neste 20 år ikke kan fylle sine funksjoner. Der hvor nybygging er den mest relevante løsningen på dette, bør nyinvesteringene minimaliseres og gjøres etappevis etter en investeringsplan som følger utviklingen i rammebetingelser og den økonomiske bæreevnen.

Dette betinger en stram og overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler. Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen i Helse Øst blir en viktig forutsetning for å lykkes med dette. Innenfor feltet arealstruktur og arealplanlegging kan det særlig utnyttes de fordelene det er å ha en regional overordnet styring.

Det anbefales derfor at det iverksettes en grundig utredning av hvordan eiendomsporteføljen i Helse Øst best kan styres på et overordnet nivå.

Videre bør det skje en ytterligere dokumentasjon og detaljering av konsekvenser for eiendomsporteføljen ved forskjellige varianter av desentraliserings-/sentraliseringsalternativene. Dette arbeidet bør fortsette nå, slik at det eventuelt kan danne støtte for strategivalg når høringsuttalelsene på Helse Øst 2025 er klare.

2.4. Scenarier Helse Øst 2025

I rapporten (vedlegg 4) beskrives fem scenarier. Fire av disse er utledet av et scenariokryss der driverne defineres langs to akser. Disse fremkommer som resultat av en analyse av rapportene fra kunnskapsgrunnlagets temaområder, og representerer en konkurranseakse (ytterpunkter er arbeidsdeling er viktig og arbeidsdeling er ikke viktig) og en bestiller/utførerakse (ytterpunkter er bestiller/utførerfunksjon samlet og bestiller/utførerfunksjon adskilt):

- **Kontroll** er det av scenariene som ligner mest på dagens situasjon: bestiller og utfører er samlet og arbeidsdeling har begrenset betydning. Betydelige utfordringer er å gjennomføre helhetlig konsernstyring, å sikre sammenheng mellom økonomiske rammer og produksjonsforventninger, samt å gjennomføre arealeffektivisering. Det er også en

utfordring å balansere ønsket om nærhet med behovet for tilstrekkelige volumer til å opprettholde ønsket kvalitet i behandlingen.

- **Simulert konkurranse** inneholder organisatorisk atskilte bestiller og utførerfunksjoner – med Helse Øst som utfører – mens arbeidsdelingen i hovedsak er uendret fra dagens situasjon. I dette scenariet er det knyttet store utfordringer til å etablere prismekanismer og kontraktstrategier som sikrer riktig produksjon både med hensyn til mengder og kvalitet. Det blir også en utfordring å sikre at prisene som betales gir rom for verdibevaring av Helse Østs realaktiva.
- **Krevende balanse** betegner en situasjon hvor bestiller og utfører er samlet i en enhet som i dag, men hvor det egen og andres produksjonskapasitet skal likebehandles ved tildeling av kontrakter om leveranser av spesialisthelsetjenester. En slik likebehandling vil i seg selv stille store krav til bestilleren og til å definere leveransene slik at tilbud fra ulike leverandører blir sammenlignelige. Videre vil pasientgrunnet for egen produksjonskapasitet være mer usikkert enn i en tilnærmet monopolsituasjon, slik at kravet til å kunne skalere opp og ned kapasiteten, og til å ha riktig kapasitet på riktig sted, øker.
- **Bred arbeidsdeling** innebærer at Helse Øst er en ren leverandør av spesialisthelsetjenester og må finne sin plass blant flere andre leverandører, private, offentlige og utenlandske eller internasjonale. Trolig er effektivisering og spesialisering viktige suksessfaktorer i dette scenariet. Mindre kontroll og forutsigbarhet med hensyn til pasientgrunnet fremstår som en felles effekt i alle scenariene som er beskrevet over. Styrken i dette varierer mellom scenariene, men selv i Kontroll-scenariet vil press fra EU og private finansieringsløsninger trolig få som effekt at en del pasienter i Helse Østs område velger alternative løsninger, samtidig som det åpnes større muligheter for å hente inn pasienter fra andre områder.

I tillegg til de fire scenariene som er utledet av scenarietkrysset og beskrevet over, er det utviklet et såkalt wildcard-scenario, basert på en helt egen driver:

- **Helseløftet** er et scenario hvor de økonomiske rammene for Helse Øst er endret. Dette skjer ved at avskrivninger baseres på fulle bokførte verdier i tråd med regnskapslovens alminnelige bestemmelser. En sentral utfordring i dette scenariet er å unngå at de økte økonomiske rammene låses til verdibevaring av realverdier det ikke er reelt behov for. Helseløftet kan ses som en variant av Kontroll-scenariet.

De viktigste usikkerhetsfaktorene for Helse Østs planlegging frem mot 2025 vurderes å være organiseringen av bestiller- og utføreroppgavene, og graden av arbeidsdeling nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører. Begge disse usikkerhetsfaktorene gjør pasientgrunnet mer usikkert. Den langsiktige planleggingen må ta høyde for slike usikkerheter. Større variasjon i pasientgrunnet skjerper kravene til styring på konsernnivå og til effektiv produksjon. For Helse Østs bygg- og eiendommer kan fremtiden stille økte krav til porteføljestyling på konsernnivå og til fleksibilitet for å tilpasse porteføljen til endringer i produksjonen.

De viktigste usikkerhetsfaktorene for Helse Østs planlegging frem mot 2025 vurderes å være organiseringen av bestiller- og utføreroppgavene samt graden av arbeidsdeling/konkurranse nasjonalt, internasjonalt og i forhold til kommersielle aktører. Disse usikkerhetsfaktorene gjør pasientgrunnet mer usikkert.

Det antydes at fremtiden er mer usikker enn det er vanlig å tro og at det må planlegges for fleksibilitet. Det poengteres at større variasjon i pasientgrunnet i fremtiden stiller sterkere krav til konsernstyring av bygg og eiendommer, til porteføljestyling av tilbud på konsernnivå og til fleksibilitet for å tilpasse porteføljen til endringer i etterspørsel og behov. Det bør videre planlegges for konkurranse selv om en for tiden ikke er i en konkurransesituasjon.

2.5. Høring

Helse Øst 2025, som følger vedlagt denne saken, er grunnlaget for en bred høring og mulighet for innspill, hos interne og eksterne samarbeidspartnere. Som vedlegg til Helse Øst 2025 sendes dokumentene *Strategi 2025 – Rapporter fra temaområdene, Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur og Scenarier Helse Øst 2025*.

Det er ønskelig at høringsinstansene uttaler seg om Helse Øst 2025 som grunnlag for langsiktig strategisk utvikling. De forpliktende budskapene uttrykker en konkretisering av det etablerte verdigrunnlaget og vil videreutvikles som Helse Østs forpliktelse overfor pasienter, befolkning og ansatte. Det er derfor viktig at høringsinstansene tar stilling til de forpliktende budskapene slik de er formulert nå og samtidig gir innspill til hvordan disse best kan brukes for å utvikle tjenestene i ønsket retning.

I tillegg vil administrerende direktør utforme konkrete spørsmålsstillinger innen særskilte tema, som høringsinstansene bes om å kommentere og ta stilling til:

- Nødvendigheten av mål og styring i forhold til fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig liggetid og økte åpningstider for dagbehandling og poliklinisk virksomhet
- Nødvendigheten av en utvikling basert på åpne prioriteringer
- Forutsetninger og metoder for samarbeid og avgrensning i forhold til førstelinjetjenesten
- Behov og begrunnelser for kvalitetsheving
- Vurderingene knyttet til fagområder i vekst (jfr. rapport Utvalgte fagområder)
- Teknologisk utvikling og IKT som driver, utfordring og mulighet i tjenesteutviklingen
- Forutsetningen om ledelse som avgjørende grunnlag for endring og kvalitetsheving
- Anbefalingene om sterkere konsernstyring, særlig innen bygg- og eiendomsområdet
- Tjeneste- og strukturutvikling gjennom grader av desentralisering / sentralisering
- Bedret kapasitetsutnyttelse i hovedstadsområdet og videreutvikling av samarbeidet med Helse Sør RHF.
- Innhold i brukermedvirkning og metoder for å utvikle denne

Frist for høringssvar og innspill settes til 11. september. Dette gir en høringsperiode på minimum 6 uker utenom juli måned.

3. Administrerende direktørs vurderinger:

Administrerende direktør understreker behovet for langsiktig tenkning. Videreutvikling av tjenestene og tilpassing til samfunnets rammevilkår forutsetter at det legges strategier og føringer som tar høyde for trender og utviklingstrekk. I dette arbeidet er identifisering av viktige drivere som påvirker utvikling og rammebetingelser vesentlig. Det omfattende kunnskapsgrunnlaget som er utviklet har lagt et godt grunnlag for videre utvikling av planverktøyet.

Gjennom dokumentet Helse Øst 2025 mener administrerende direktør det er lagt en omfattende ambisjon for den videre utvikling av Helse Øst. Virksomhetsidé og syv forpliktende budskap er i utgangspunktet noe de fleste kan slutte seg til - å fylle dette med innhold er likevel en betydelig utfordring.

For å involvere flest mulig av samarbeidspartnerne, både offentlige instanser og pasient- og brukerorganisasjoner, vil en bred høring være hensiktsmessig. Dette både for å skape debatt omkring sentrale tema i kunnskapsgrunnlaget og for å gi reell mulighet til å påvirke utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjenester.

Resultatene av høringen vil bli innarbeidet i en revisjon av Helse Øst 2025 og forelagt styret for behandling i møte 10.10.2006.

Etter den endelige styrebehandlingen vil Helse Øst 2025 være det langsiktige strategiske grunnlaget for Helse Øst. Det må derfor i oppfølgingen utvikles hensiktsmessige metoder for å kommunisere budskapene og befeste Helse Øst 2025 som et anvendelig verktøy i videre planarbeid i Helse Øst, også gjennom videreutvikling og fleksibel tilpassing til et samfunn i forandring. Gjennom utvikling av Strategisk fokus 2007 - 2010 og fremtidig rullering av dette, vil de forpliktende budskapene bli videre konkretisert.

For bygge- og eiendomsområdet er det foretatt en særskilt utredning spørsmål vedrørende areal og struktur. Det gis anbefalinger om oppfølging når det gjelder styring av eiendomsportefølje, utbyggingsplaner og en klargjøring av spørsmål knyttet til desentralisering og sentralisering. Dette er viktige spørsmål hvor de beslutninger som fattes i dag har vesentlig innvirkning i et langsiktig perspektiv.

Vedlegg:

1. Helse Øst 2025 - "Kvalitetsforbedring gjennom Verdibasert endringsledelse", 21. juni 2006
2. SINTEF helse: Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur
3. Sammenstilling av arbeidet med Arealplanlegging og struktur - Helse Øst 2025
4. ECON analyse: Scenarier Helse Øst 2025

VEDLEGG 3

Sammenstilling av arbeidet med Arealstruktur 2025 Helse Øst

Notat fra Steinar Frydenlund, direktør bygg og eiendom

(Jfr. vedlegg 2; Helse Øst 2025 – Arealplanlegging og struktur SINTEF helse:

Anbefaling/konklusjoner

I rapport om arealstruktur i helse Øst er det beregnet og dokumentert at behovet for arealer påvirkes sterkt av hvordan utviklingen i gjennomsnittlig liggetid. Behovet for arealer er også avhengig av åpningstider (brukstider) for dagbehandling og poliklinikker. Samtidig påvirkes det av graden av desentralisering/sentralisering for sentralsykehusfunksjoner og regionsykehusfunksjoner.

Det vil være av vesentlig betydning å kunne utnytte disse virkemidlene i størst mulig grad for å kunne oppfylle sørge for ansvaret innenfor de økonomiske rammebetingelser som gjelder i dag.

Det anbefales å iverksette tiltak for å redusere liggetiden. Det er også nødvendig å balansere graden av desentralisering/sentralisering så vidt mye at presset på nyinvesteringer avtar. Videre anbefales at kapasiteten i de nyinvesteringene som allerede er foretatt og under utførelse utnyttes maksimalt.

Det vil være bygg/sykehus som i løpet av neste 20 år ikke kan fylle sine funksjoner på grunn av utidsmessighet og elde. Der hvor nybygging er den mest relevante løsningen på dette, anbefales det at nyinvesteringene minimaliseres og gjøres etappevis etter en investeringsplan som følger utviklingen i rammebetingelser og den økonomiske bæreevnen for Helse Øst. Dette betinger en overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler.

Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen i Helse Øst blir en viktig forutsetning for å lykkes med dette. Innenfor feltet arealstruktur og arealplanlegging kan det særlig utnyttes de fordelene det er å ha en regional overordnet styring. Det anbefales derfor at det iverksettes en grundig utredning av hvordan eiendomsporteføljen i Helse Øst best kan styres på et overordnet nivå, med vekt på eiendomsporteføljestyling.

Videre bør det skje en ytterligere dokumentasjon og detaljering av konsekvenser for eiendomsporteføljen ved forskjellige varianter av desentraliserings-/sentraliseringsalternativene. Dette arbeidet bør fortsette nå, slik at det eventuelt kan danne støtte for strategivalg når høringsuttalelsene på Helse Øst 2025 er klare.

Fakta

Gjennom prosjektet arealstruktur i Helse Øst 2025 er det utført beregninger for fremtidig kapasitetsbehov. Det er også beregnet arealbehov ved to simulerte alternativer:

- Alt. 1. Sentralisering:
Kapasiteten i Oslo- området og Nye Ahus utnyttes maksimalt ved at flere sentralsykehus og regionsykehusfunksjoner legges til sykehusene i Oslo..
- Alt. 2 Desentralisering:
Så mye som mulig utføres desentralt, pasientene får flere typer spesialistbehandling utenfor Oslo. Kapasiteten ved Nye A-hus unyttes fullt ut.

Ved begge disse alternativene er det forutsatt en liggetid som er kortere enn dagens, og kortere enn de som tidligere er benyttet f. eks. ved kapasitetsberegning for Nye Ahus og Rikshospitalet.

Det er SINTEF som har utført beregningene ved alle alternativene.

Også dagens kapasitet er beregnet, likeledes kapasitetsbehovet i 2025 uten å redusere liggetidene i regnemodellen.

Resultatet av analysene kan sammenfattes:

- Dersom kapasitetsbehovet beregnes ut fra de parametrene som har vært benyttet ved dimensjoneringen av sykehus fram til nå, vil behovet for senger i 2025 være høyere enn dagens behov, en økning på 400 senger for hele Helse Øst.
- Benyttes en kortere liggetid i regnemodellen, gjennomsnittlig reduksjon 0,9 døgn i forhold til modellen ovenfor, reduseres behovet for senger med ca. 500 totalt i Helse Øst i forhold til dagens behov. (0,9 liggedøgn utgjør dermed en forskjell på 900)
- Ved å styre pasientstrømmene, og funksjonsfordelingen, samtidig som liggetiden er redusert, vil sengebehovet endre seg geografisk avhengig av alternativvalg.
- Ved sentraliseringsalternativet vil sengebehovet reduseres i Østfold og Innlandet med hhv. 267 og 344, til sammen 611. I Oslo vil det stige med 118.
- Ved desentraliseringsalternativet vil kapasitetsbehovet i Osloområdet synke med 563 senger. For Østfold og Innlandet vil situasjonen bli omtrent som i dag.
- Dersom areal beregnes ut fra at arealbehovet pr. seng er 200 m², (gjennomsnitt for Helse Øst er 240 m²), vil reduksjon være ca. 100 000 m².
- Ved kortere liggetid øker behovet for behandlingsskapasitet ved dagbehandling og polikliniske behandlinger. Dette øker arealbehovet, men ved at åpningstidene utvides i tråd med det som nå planlegges på Nye Ahus, blir økningen forholdsvis moderat.
- Økt behov for dagbehandling og poliklinikker krever tilskudd av arealer i størrelsesorden 195 dagplasser for dagbehandling og en reduksjon i 42 rom for polikliniske behandlinger.
- Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid og økte åpningstider øker kravet til arealenes kvalitet og delvis kvantitet for å oppnå effektiv logistikk og tilstrekkelig med servicearealer, delvis også administrasjonsarealer.
Dersom sengebehovet reduseres maksimalt, vil antakelig gjennomsnittlig totalt areal pr. seng stige. Dette gjør seg særlig gjeldende der eldre arealer konverteres og oppgraderes.

Psykisk helsevern.

Det finnes ikke tilsvarende beregningsmodeller som i somatikken for å beregne fremtidig kapasitet i psykiatrien. I rapporten arealstruktur i Helse Øst 2025 er det vist et eksempel hvor utviklingen sammenlignes med dagens løsning i Vestfold. Dette vil si at en i stor grad går over til dagbehandling, både i sykehus og ved de distriktsmedisinske sentrene. Samarbeid med kommunehelsetjenesten og ambulant virksomhet er sentrale i modellen.

Et mulig utfall for Helse Øst kan sammenfattes som følger:

- Beregnede døgnplasser i sykehus i 2025: 620 plasser
- Beregnede døgnplasser i DPS i 2025: 592 plasser
- Beregnede dagplasser i sykehus i 2025: 245 plasser
- Beregnede dagplasser i DPS i 2025: 521 plasser
- I forhold til dagens behov er dette en økning i antall dagplasser i sykehus med ca. 160 % i sykehus, og med mer enn 150 % i DPS.

Dersom en på dette grunnlaget beregner arealbehovet etter gjeldende statlige normer for psykiatribygg, vil en i 2025 totalt ha behov for ca. 80 000 m² til DPS – institusjoner, og ca 84 000 m² til psykiatriske sykehus, til sammen 164 000 m². Til sammenligning viste arealeffektiviseringsprosjektet i Helse Øst at psykiatribyggene i Helse Øst i dag utgjør ca. 370 000 m², eksklusive en del leide arealer. De gamle "institusjonene" utgjør av dette 230 000m²

Vurderinger.

Beregningene viser at det gjør store utslag i kapasitetsbehovet for senger dersom gjennomsnittlig liggetid går ned og åpningstidene for dagbehandling og poliklinikk øker. Bakgrunnen for at en har vurdert en kortere gjennomsnittlig liggetid er at det finnes flere indikasjoner på at liggetiden blir raskere redusert enn det som tidligere har vært antatt og beregnet. Selv om liggetiden for enkelte pasientgrupper er stabil eller økende oppveies dette av reduksjoner for andre pasientgrupper.

Den beregnede liggetid er en konsekvens av endringer i andel dagbehandlinger og endring i pasientenes alderssammensetting. De beregninger som ble lagt til grunn for planleggingen av nye Rikshospitalet og Nye Ahus forutsatte en gjennomsnittlig liggetid for Rikshospitalet på 5,08 og for Nye Ahus på 4,7 liggedager ved oppstart. Rikshospitalet har i dag en gjennomsnittlig liggetid på mellom 3 og 4 dager (avhengig om dagbehandling tas med), mens utviklingen ved Nye Ahus viser at den planlagte liggetiden nås på et tidligere tidspunkt enn forutsatt.

Ut fra dette synes det galt å beregne kapasitetsbehov om 20 år, med liggetider som en allerede i dag har oppnådd. Det er også viktig å belyse dette punktet ut fra at liggetider er en av de viktigste parameterne for å endre kapasitetsbehovet. Helse Øst har store påvirkningsmuligheter på arealbehovet ved en bevisst satsing på tiltak som kan bringe liggetiden nedover. Dette kan være redusert preoperativ liggetid, reduksjon i ferdigbehandlede pasienter ved samarbeid med kommunehelsetjenesten, utvikling og planlegging av effektive pasientforløp, bruk av nye tekniske hjelpemiddel, holdningsendringer etc.

Det fremtidige kapasitetsbehov ved en nedkorting i gjennomsnittlig liggetid, vil slå noe ulikt ut for de enkelte helseforetakene (sykehusene), men vil fordele seg over hele regionen. Det vil i perioden fram til 2025 også måtte påregnes en naturlig reduksjon i antall senger som er påkrevd av flere grunner: flersengsrom må bygges om til ett og tosengsrom med tilhørende sanitæranlegg, sengearealer må konverteres til behandlingsarealer, eller noen arealer må tas fullstendig ut av drift pga. utidsmessighet.

Dersom kapasitetsbehovet beregnes og fordeles geografisk ut fra dagens struktur, vil den beregnede nedgangen i sengebehov for det meste bli brukt til å balansere den naturlige utfasingen av arealer og økt behov til dagbehandlingsarealer.

Siden bortfallet av senger er størst i Østfold og delvis Oslo, vil det fortsatt være behov for store investeringer i disse områdene. For Innlandet vil det også være behov for nybygging for å erstatte noen utfasede sengearealer, og fortsatt vil det være et spørsmål om større utbygginger for å effektivisere driften. Alle helseforetakene har større investeringer innen bygg under utredning. Det kan synes som dette er nødvendig ut fra dagens struktur og dagens måte å regne kapasitetsbehov på. Dette kan sannsynlig påvirkes gjennom en planmessig påvirkning av liggetider, funksjonsfordeling og strukturering. Dette vises i de to ytterliggående alternativene i rapporten arealstruktur 2025.

Sentraliseringsalternativ.

Ved sentraliseringsalternativet som er vist i SINTEF-rapporten, øker behovet for senger i hovedstadsområdet til litt over dagens nivå. Når det foregår en naturlig utfasing av senger her, betinger dette nybygging/ombygging og restaurering i hovedstadsområdet. Derimot er det vist at sengebehovet går radikalt ned både i Østfold og Innlandet. Dette minsker presset på store utbygginger i disse distriktene. Når sengetallet i Østfold kan reduseres med over 250 senger, utgjør dette en reduksjon i planlagt nybygging på over to milliarder kroner, og en kan dermed sannsynligvis se etter andre bygningsmessige løsninger enn de foreliggende planer.

Det samme ville gjelde for Innlandet, som ved en så stor nedgang som over 300 senger øker muligheten til å løse sine strukturelle endringer i nåværende bygningsmasse.

En så sterk grad av sentralisering vil gi en stor mulighet til å planlegge den bygningsmessige strukturen uten å måtte foreta store enkeltvis utbyggingsprosjekter. Sannsynligvis vil det være mulig å fordele nyinvesteringene i takt med kapasitetsbehovet, slik at en i størst mulig grad kan tilpasse seg de økonomiske rammer.

Dette må selvsagt vurderes opp mot de faglige konsekvensene og konsekvensene for brukeren. Her nevnes kort:

- Reiseavstand. Hovedtyngden av Helse Øst sin befolkning bor mindre enn en times reiseavstand fra de store sykehusene i Osloområdet. Sentraliseringen får dermed ikke store konsekvenser for de store befolkningsgruppene i Helse Øst, men fra utkantstrøkene vil det medføre økt reisavstand.
- Innhold. Sentralisering betyr ikke nedleggelse av dagens sykehus, men endring av innhold. Det er kapasiteten for elektive sentral- og regionsykehusfunksjoner som økes ved Oslo-sykehusene. Sykehusene i distriktene vil fortsatt kunne ha nødvendig akuttberedskap og en del elektiv virksomhet for å kunne opprettholde denne virksomheten.

Desentraliseringsalternativ.

Ved en desentralisert struktur, avtar kapasitetsbehovet i Osloområdet, samtidig som det øker i Østfold og Innlandet. I Oslo avtar behovet med ca. 550 senger i forhold til dagens kapasitet. I vurderingene forutsettes at Nye Ahus utnyttes med det sengetallet og kapasiteten som nå bygges, og med kortere liggetider og økt åpningstid som planlagt.

Skal desentralisering sammenlignes med sentraliseringsalternativet fra et arealmessig ståsted, blir det i første rekke å vurdere forskjellen i behov for nybygging og fremtidige driftskostnader. En desentralisert struktur med høyt kapasitetsbehov utenfor Oslo, vil høyst sannsynlig utløse følgende:

Kapasitetsbehovet blir så stort i Østfold at det ikke kan løses uten å bygge et nytt større sykehus. Foreliggende planer viser kapasiteter på ca. 500 senger.

For Innlandet sin del vil dette raskere utløse en nybygging for erstatning av sykehuset i Hamar og også aktualisere en optimalisering av driften gjennom arealplanlegging og nybygging.

I Osloområdet vil en nedgang i kapasitetsbehovet på 500 senger kunne bidra til en reduksjon av investeringsbehov. Ut fra kapasitetsbehov vil det ikke være behov for nybygging. Det vil dog være behov for oppgradering ut over vanlig vedlikehold (vedlikeholdsetterslep). Dersom kapasitetsreduksjonen legges til ett enkelt sykehus, kan også driftsutgiftene reduseres vesentlig. (500 senger tilsvarer 100 000 m², utgjør ca. 100 mill årlige arealkostnader).

Psykiatri.

I rapporten fra SINTEF er det forsøksvis gjort noen beregninger for arealbehov innen psykiatrien. Det er ikke på samme måte som for somatikken laget regnemodeller som gjør at en kan beregne framtidig kapasitetsbehov.

Ut fra de betraktninger som er gjort for arealbehov, og ønske om samlokalisering av somatikk/psykiatri, trekkes den slutningen at det må bygges nye arealer, fortrinnsvis i tilknytning til de somatiske sykehusene.

Mesteparten av de gamle institusjonene kan avhendes ut fra vedlikeholdsetterslep, dårlig funksjonstilpassing, beliggenhet etc. Det oppstår da et behov for erstatningsbygg i størrelsesorden 80 000m², som mest sannsynlig må løses ved nybygging. Inntektene ved salg bør være et bidrag til fremtidige investeringskostnader.

Avhendingen vil også være et vesentlig bidrag til arealeffektiviseringen i Helse Øst, og bidra til en årlig besparelse for drifting av opp i mot 200 000m². (Arealeffektiviseringsrapporten) Dette tilsvarer en årlig driftskostnad på 90 mill. kr. I tillegg frigjøres et årlig avskrivningstilskudd i samme størrelsesorden (kapitalkost)

Betraktningene rundt arealbehovet er relativt uavhengig av de to alternativene desentralisering/sentralisering.

Sammenligninger mellom alternativene

1. Investeringer.

Ved sentraliseringsalternativet er det ikke behov for større utbygginger utenfor Oslo. Dermed vil dette alternativet falle rimeligst ut investeringsmessig.

Investeringene ved sentraliseringsalternativet kan gjøres mer suksessivt enn når investeringene knyttes til ett (to) storprosjekt.

Det kan føres resonnement på at forskjellen på investeringskostnader de neste 20 årene de to tilfellene ikke er signifikant, og må beregnes nøye for å trekke en økonomisk konklusjon.

2. Driftskostnader

Driftskostnader for de to alternativene er ikke beregnet. Det kan imidlertid legges følgende resonnement til grunn:

Det er ikke forskjell i totalarealet for Helse Øst ved de to alternativene.

Erfaringene viser at nybygde arealer gir høyere FDVU-kostnader på grunn av høye kapitalkostnader. Fordi det bygges inn mer avansert teknikk og større kompleksitet i nye bygg, øker driftskostnadene. Dette må kompenseres ved mer effektiv drift.

Desentraliseringsalternativet forutsetter størst nybygd areal, samtid som det er vanskelig å oppnå effektiviseringsgevinst når lokasjonene for avansert drift blir flere.

3. Transport.

Transportkostnader vil bli høyere med sentraliseringsalternativet. Disse er ikke beregnet, men ut fra en overslagsberegning på basis av gjennomsnittlig reiseavstand i Helse Øst, antydes det at merkostnaden vil ligge størrelsesorden 100 mill. pr år i forhold til desentraliseringsalternativet.

Andre betraktninger og videre arbeid

I det foregående er vist konsekvenser for arealstrukturen ved alternativene sentralisering og desentralisering av sentralsykehus og regionsykehusfunksjoner i Helse Øst.

Når det gjelder den strategiske avklaringen mellom desentralisering/sentralisering, er det selvsagt andre kriterier som vil være hovedgrunnene for valget. Disse kriteriene er ikke berørt i denne vurderingen, og er ikke gitt plass i rapporten arealstruktur 2025, idet rapporten og vurderingen har som hovedhensikt å vise konsekvenser for arealstrukturen ved forskjellige strategiske valg.

I de vurderinger som er gjort, er det vist noen hovedpunkter er svært vesentlige for utfallet av fremtidig arealbehov.

- Fortsatt nedgang liggetid er et hovedelement for å unngå økt arealbehov og dermed store nybygginger.
- Det samme gjelder åpningstider (brukstider) for dagbehandling og poliklinikker.

Strategiske veivalg har innvirkning på arealbehov og arealstruktur, og valgmulighetene og styringsmulighetene på regionnivå gir større muligheter enn når arealstrukturen og investeringsbehovet må løses innenfor hvert helseforetak.

Dette betinger en tydelig og overordnet styring, hvor prioriteringer, samordning og planlegging blir sentrale virkemidler.

Organiseringen av bygg og eiendomsforvaltningen i Helse Øst blir en viktig forutsetning for å lykkes med dette. Innenfor feltet arealstruktur og arealplanlegging kan det særlig utnyttes de fordelene det er å ha en regional samordnet styring, slik at de samlede ressurser kan utnyttes best mulig og gi best mulig støtte til kjernevirksomheten.

Det er i begge alternativene, det vil si enten man velger en sentraliseringsstruktur eller desentraliseringsstruktur, konkludert med at en optimal styring av eiendomsporteføljen i Helse Øst er nødvendig. En vil derfor allerede nå kunne dra den konklusjonen organiseringen av eiendom må bli et viktig prioriteringsområde framover, for å stå best mulig rustet når fremtidig strategi for Helse Øst er besluttet. Det bør allerede nå iverksettes en grundig utredning på hvilken måte dette kan skje.

Videre bør det også arbeides videre med å konkretisere konsekvensene for eiendomsporteføljen for de forskjellige alternativene, for å komme fram til et realistisk og økonomisk gjennomførbart investeringsbilde, mest mulig tilpasningsdyktig og fleksibelt i forhold til de hovedstrategier som blir valgt.