

SAK NR 032 – 2008

**HOVEDSTADSPROSESSEN I HELSE SØR-ØST - KONSEKVENSER FOR
SYKEHUSET INNLANDET**

Styrets enstemmige vedtak:

1. I forbindelse med hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF ser styret det som positivt at opptaksområdet for Sykehuset Innlandet beholdes slik som i dag med knapt 400.000 mennesker. Styret mener at dette gir et godt grunnlag for å videreutvikle tjenestene i Sykehuset Innlandet slik at tilbudene kan omfatte gode lokalsykehusstilbud og mer spesialiserte tilbud som skal finnes i de ulike sykehusområdene i foretaksgruppen. Beslutningene i styret i Helse Sør-Øst RHF gir også et godt grunnlag for at Sykehuset Innlandet kan gjennomføre aktive tiltak for å øke selvdekningen av spesialisthelsetjenester til befolkningen i opptaksområdet.
2. Styret slutter seg til saksframstillingens beskrivelse av en videreutvikling av tjenestene i Sykehuset Innlandet. Dette skal bygge på tidligere beslutninger om hovedstruktur og strategien om ”samling av det som må samles og desentralisering av det som kan desentraliseres”. Styret ser det som særlig viktig å styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten og fastlegene og videreutvikle gode lokalsykehusfunksjoner. Styret legger videre vekt på at samarbeidet mellom driftsenhetene i foretaket forsterkes ytterligere da det er en grunnleggende forutsetning i en funksjonsfordelt driftsmodell. Styret ser det som viktig at tiltakene for å få til en god samordning og større grad av standardisering av behandlingstilbudene i foretaket blir gjennomført slik som beskrevet.
3. Med de merknader som kom fram i styremøtet slutter styret seg for øvrig til saksframstillingens beskrivelse av hvordan Sykehuset Innlandet bør respondere på de ulike forhold som foretaket blir utfordret på i styresak 038-2008 i Helse Sør-Øst RHF. Styret legger til grunn at denne saken vil være et viktig grunnlag for det videre arbeidet med ”Strategisk utviklingsplan 2009-2012”.

Stemmeforklaring fra ansattrepresentant Rune Waalen (vararepresentant for Øystein Stubhaug):

Viser til punkt 7.1 ”Bruk av begreper”. Betydning av begrepene bør utdypes. Det bør fremgå tydelig mandat for fagråd og koordineringsansvarlig.

Viser til punkt 7.8.2. Det uttrykkes bekymring for at fagrådene ikke har vært involvert i prosessen med å tildele koordineringsansvar. Nivå 4-ledere har heller ikke vært involvert. Det uttrykkes bekymring for at saksgangen kan skape uro i organisasjonen.

*Saksbehandlere: viseadministrerende direktør Alice Beathe Andersgaard
prosjektdirektør Bård Are Bjørnstad
administrasjonsleder Ragnbild Woll*

SAKSFREMSTILLING

SAK NR. 032 – 2008

**HOVEDSTADSPROSESSEN I HELSE SØR-ØST
KONSEKVENSER FOR SYKEHUSET INNLANDET**



Sykehuset Innlandet HF

21. mai 2008

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	4
2.	Hovedpunktene i styresak 038-2008 om hovedstadsprosessen	5
3.	Mandat for videre arbeid med strategiene innenfor de enkelte sykehusområdene	6
4.	Utfordringer som sak 038-208 utløser for Sykehuset Innlandet.....	7
5.	Sykehuset Innlandets utgangspunkt for å ta stilling til vedtakene og føringene i styresak 038-2008.....	8
6.	Hovedstrategier i Sykehuset Innlandet for å møte utfordringene i forbindelse med hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst	10
7.	Status, mål/tiltak, effekter og konsekvenser på de ulike områdene som Sykehuset Innlandet er utfordret på	11
7.1.	Bruk av begreper	11
7.2.	Styrevedtakets pkt. 6a – videreutviklingen av sykehusområdene samlet	12
7.3.	Styrevedtakets pkt. 6b – videreutvikling av tjenestene innenfor sykehusområdene.....	14
7.4.	Styrevedtakets pkt. 6c – styrking av samhandlingen innen sykehusområdene.....	16
7.5.	Styrevedtakets pkt. 6d – utforming av lokalbaserte spesialisthelsetjenester	17
7.6.	Styrevedtakets pkt. 6e – akutfunksjoner	18
7.7.	Styrevedtakets pkt. 6f – prehospitale tjenester	20
7.7.1.	Medisinsk nødmeldetjeneste i Sykehuset Innlandet	20
7.7.2.	Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet	20
7.8.	Styrevedtakets pkt. 6g – utformingen av spesialiserte funksjoner	22
7.8.1.	Basisfunksjoner og spesialiserte funksjoner.....	23
7.8.2.	Sykehuset Innlandet har samlet noen spesialiserte funksjoner	24
7.9.	Styrevedtakets pkt. 6i – utvikling av framtidig behandlingsskapasitet	25
8.	Involverende prosess	27
9.	Administrerende direktørs vurderinger	28

1. Innledning

Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst er en direkte følge av sammenslåingen av de regionale helseforetakene Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. I oppdraget som ble gitt til styret og ledelsen for det regionale helseforetaket er det spesielt fremhevet at det er skapt et handlingsrom for utvikling og verdiskapning i helsetjenesten. Dette gjelder særlig i hovedstadsområdet, hvor både befolkningsgrunnlaget og de korte avstandene gir nye muligheter for å tenke effektiv organisering og samhandling. Det blir pekt på at det er overkapasitet på enkelte områder, at hovedstadsområdet har mange sykehus med akuttfunksjoner, at det på mange områder er svakhet i samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, og at kostnadsnivået er høyt sammenlignet med resten av regionen og de øvrige regionene. Etter fusjonen tilhører også Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet-Radiumhospitalet samme helseregion. Det har over lengre tid vært gjort forsøk på å få til bedre samordning mellom de to universitetssykehusene, men så langt med begrensede resultater.

Hovedstadsprosessen er ett av flere omstillingsprogrammer som gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst. Prosessen er det som i størst grad direkte berører kjernefunksjonene i virksomheten.

Hovedstadsprosessen berører i betydelig grad også virksomheten i Sykehuset Innlandet, hovedsakelig av to årsaker:

- Utformingen av spesialisthelsetjenestene i Oslo-området vil ha direkte og indirekte virkning på utformingen av tilbudene i Sykehuset Innlandet.
- Gjennom prosessen og vedtakene som treffes i hovedstadsprosessen blir Sykehuset Innlandet på en hel rekke punkter direkte utfordret.

Denne styresaken kommer som en direkte følge av de vedtak som ble truffet av styret i Helse Sør-Øst 17. april 2008, sak nr. 038-2008 "Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1. Hovedstadsprosessen". Styresaken er fulgt opp av Helse Sør-Øst med brev til helseforetakene 24. april 2008, hvor de ber hvert enkelt sykehusområde eller helseforetak om å arbeide med konkrete oppfølgingsstrategier i forhold til de enkelte vedtakspunktene i styresaken. Denne saksframstillingen redegjør for hvordan Sykehuset Innlandet vil svare på mandatet.

2. Hovedpunktene i styresak 038-2008 om hovedstadsprosessen

I styresak 038-2008 legger styret i det regionale helseforetaket til grunn følgende for den videre utvikling av spesialisthelsetjenestene i regionen:

- Det er pasientenes behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene.
- Det må gjennomføres betydelige omstillinger av dagens tjenestetilbud i Helse Sør-Øst. Ressurser som frigjøres ved omstrukturering og omstilling skal brukes til å utvikle et tjenestetilbud med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet i forhold til å løse prioriterte oppgaver og møte behovene skapt av endringer i demografi og medisinsk teknologi.
- Virksomheten skal planlegges innenfor dagens ressursramme. Det legges opp til en langsiktig strategi med omstillinger som gjennomføres på kort og lengre sikt. Det fremheves et særlig behov for bedre samordning i hovedstadsområdet. Omstillingene skal gjennomføres med faglige og økonomiske resultatkrav.
- Det legges vekt på å sikre et fortsatt desentralisert tilbud. En skal desentralisere det som kan desentraliseres, og samle det som må samles.
- Helse Sør-Øst vil dele inn regionen i sykehusområder som hver har et opptaksområde på ca 300.000-500.000 innbyggere. Det foreslås å dele inn regionen i sju ulike sykehusområder.
- Sykehuset Innlandet vil være ett slikt sykehusområde, og Nes kommune i Akershus skal fortsatt være en del av dette opptaksområde (gjelder ikke for psykisk helsevern). Den gamle avtalen om at befolkningen i Jevnaker kommune kan anvende Ringerike sykehus som sitt lokalsykehus videreføres. Dette innebærer at Sykehuset Innlandets opptaksområde også i fortsettelsen vil være i underkant av 400.000 innbyggere.
- I punkt 6 i vedtaket i sak 038-2008 er det nedfelt omfattende punkter som skal være førende for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de enkelte sykehusområdene, herunder også i Sykehuset Innlandet. Dette går på utformingen av samarbeidet med kommuner og primærhelsetjenesten, utviklingen av lokalsykehustilbudene, fokus på samhandlingen internt i sykehusområdet, utviklingen av spesialiserte funksjoner og akuttfunksjonene m.m.

3. Mandat for videre arbeid med strategiene innenfor de enkelte sykehusområdene

Sykehuset Innlandet fikk i brevet av 24.04.08 mandat for arbeidet med å utforme strategier innenfor eget foretak. I mandatet ber Helse Sør-Øst om at det gjennomføres en involverende prosess i Sykehuset Innlandet i perioden fram til slutten av mai, og at de mål og strategier som utarbeides styreforankres i eget foretak før de oversendes til Helse Sør-Øst. Sykehusområdenes innspill skal beskrive overordnede mål, status i forhold til regionalt målbilde, sentrale tiltak for å nå målene på kort og lang sikt og forventede effekter av tiltakene (kvalitativt og ressursmessig), samt vurdering av andre konsekvenser.

Det legges til grunn at strategiutforming er en del av helseforetakenes løpende arbeid. Sykehuset Innlandet er allerede i prosess med ”Strategisk utviklingsplan 2009-2012”, og arbeidet med den saken og oppfølgingsstrategier i forhold til de enkelte vedtakspunktene i styresaken fra Helse Sør-Øst er i store trekk to sider av samme sak. Det betyr at mye av de utviklingsperspektiver som finnes i denne styresaken også vil finnes i strategidokumentet som legges fram senere. Administrasjonen tar sikte på å legge fram et innspilldokument til en helhetlig strategisk utviklingsplan i slutten av juni i år. Det er lagt opp til at plandokumentet skal behandles av styret 23. juni for deretter å bli sendt på en forankrings- og innspillsrunde både internt og eksternt.

I den korte tiden etter at Sykehuset Innlandet mottok mandatet fra Helse Sør-Øst har det vært gjennomført møter med de ulike ledernivåene og tillitsvalgte/vernetjenesten, samt representanter for kommunene og primærhelsetjenesten. I midten av juni vil det bli avviklet et møte i Samfunnspanelet hvor ordførerne i Sykehuset Innlandets opptaksområde samt opposisjonspolitikere inviteres til å komme med synspunkter. Her vil det spesielt bli fokusert på hvordan samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og primærhelsetjenesten og kommunene kan styrkes.

4. utfordringer som sak 038-208 utløser for Sykehuset Innlandet

Styrevedtaket i Helse Sør-Øst vil ha ulik betydning for de enkelte sykehusområdene og helseforetakene i foretaksgruppen. Det vil i noen grad være forskjell på Sykehuset Innlandet som er foreslått videreført som et allerede etablert sykehusområde, og de helt nye områdene hvor det i begrenset grad er gjennomført samordning og strukturelle endringer.

Sykehuset Innlandet har valgt å tolke de ulike vedtakspunktene i styresaken fra Helse Sør-Øst for å identifisere de som har mest relevans for helseforetaket. Det er særlig fokusert på utformingen av tjenestene i Sykehuset Innlandet, samt de ulike aksene for samarbeid mellom virksomhetene internt, med kommunene og primærhelsetjenesten. Sykehuset Innlandet vil på denne bakgrunn gi best mulig svar på følgende problemstillinger:

- Hvordan skal Sykehuset Innlandet få til et enda bedre samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten slik at tilbudene framstår som mest mulig ”sømløse” mellom de to nivåene? Hvordan kan vi forsterke ”lavest mulig omsorgsnivå”, LEON-prinsippet?
- Hvordan skal Sykehuset Innlandet utvikle lokalsykehusfunksjonene slik at de blir tilpasset framtidens utfordringer, og enda bedre enn i dag – klare å gi gode tilbud til de som trenger de mest vanlige tjenestene relativt ofte?
- Hvordan skal Sykehuset Innlandet få til et enda bedre samspill mellom sykehusene innad i foretaket, og hvordan skal vi få til tydelige faglige profiler ved de ulike sykehusenhetene?
- Hvordan skal vi sikre at tilbudene blir mer standardiserte enn i dag slik at behandling for samme lidelse er den samme ved de ulike driftsenhetene?
- Hvordan skal vi best mulig organisere og funksjonsfordele mer spesialiserte tilbud som skal være på kun ett sted i Sykehuset Innlandet?
- Hva kan Sykehuset Innlandet gjøre for å øke selvdekningsgraden av sykehustjenester? Helse Sør-Øst legger til grunn at hvert sykehusområde bør kunne dekke 80 – 90 % av behovet for tjenester i sitt område. For somatiske tjenester ligger Sykehuset Innlandet på ca 75 %, men på nærmere 100 % for psykisk helsevern.
- Bør Sykehuset Innlandet ta mål av seg til å etablere mer spesialiserte tjenester som vi ikke har i dag, men som det er naturlig å dekke med et befolkningsgrunnlag på nær 400.000? Dette gjelder særlig funksjoner som i dag er regionaliserte, men som det kan være aktuelt å desentralisere etter hvert som de blir mer vanlige.
- Helse Sør-Øst utfordrer sykehusområdene på utformingen av akuttfunksjonene, særlig akuttkirurgien. Hovedstadsprosessen legger opp til betydelige endringer av akuttfunksjonene i Oslo. Dersom Sykehuset Innlandet skal videreføre akuttfunksjonene med den strukturen som er i dag må dette begrunnes både faglig og ressursmessig, og det må etableres en sterkere faglig koordinering mellom driftsenhetene slik som Helse Sør-Øst forutsetter.

5. Sykehuset Innlandets utgangspunkt for å ta stilling til vedtakene og føringene i styresak 038-2008

Vedtakene i styresak 038-2008 legger til grunn at Sykehuset Innlandet skal være et helseforetak for et opptaksområde på knapt 400.000 mennesker. Det gir et godt utgangspunkt for både kortsiktig og mer langsiktig planlegging. På dette punktet gir hovedstadsprosessen ryddige avklaringer for Sykehuset Innlandet sin framtid.

Sykehuset Innlandet har vært gjennom omfattende og grundige prosesser for å ta stilling til framtidig strukturell utvikling og funksjons- og oppgaveorganisering. Med vedtakene i ”Strategisk plan 2006-2020” gjorde Sykehuset Innlandet beslutning om å bygge sin framtid på følgende sykehusstruktur:

- Tre allsidige akutt sykehus for somatiske tjenester
 - Divisjon Gjøvik
 - Divisjon Lillehammer
 - Divisjon Elverum-Hamar¹
- To lokalsykehus med akuttfunksjoner
 - Divisjon Kongsvinger
 - Divisjon Tynset
- To sentralsykehusenheter innen psykisk helsevern
 - SI Sanderud
 - SI Reinsvoll
- Utvikling av sterke lokalsykehusenheter innen psykisk helsevern og rus (DPS) og BUP som i så stor utstrekning som mulig skulle samlokaliseres med somatiske sykehus
- To distriktsmedisinske sentra (DMS) på Fagernes og Otta.

I forhold til tyngre investeringer ble det i strategisk plan slått fast at det skal legges vekt på å fullføre opptrappingsplanen innen psykisk helsevern (senere er antall døgnplasser noe justert ned), bygge ny akutenhet for psykisk helsevern på Sanderud samt etablere somatiske funksjoner på Sanderud som erstatning for sykehuset i Hamar.

Vedtaket i styresaken om hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst legger til grunn at mer spesialiserte funksjoner skal samles på ett sted i sykehusområdet. Dette var også en av føringene fra tidligere Helse Øst RHF i forbindelse med etableringen av Sykehuset Innlandet fra 1. januar 2003. Sykehuset Innlandet har allerede gjennomført en hel rekke endringer av funksjonsorganiseringer som har hatt som formål å ”samle det som må samles” for å oppnå god kvalitet i behandlingen, robuste fagmiljø og god ressursutnyttelse. Av vesentlige endringer i funksjonsorganiseringen i Sykehuset Innlandet nevnes:

- Tidligere seks akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) er samlet til en AMK-enhet for Innlandet og lokalisert til Gjøvik.
- Nevrologisk vakt og sengefunksjoner er samlet til SI Lillehammer med en tyngre dag-enhet som satellitt ved SI Elverum.
- Urologisk vakt og sengefunksjon ble samlet til SI Hamar. Senere er det etablert en elektiv enhet ved SI Lillehammer. Vaktfunksjonen er lokalisert til hovedsenteret på SI Hamar.
- Karkirurgisk vakt og sengeenhet er samlet til SI Hamar.

¹ Divisjon Elverum-Hamar er én funksjonell enhet, men har to lokalsykehusområder knyttet til sine indremedisinske avdelinger

- Revmatismesykehuset AS på Lillehammer er hovedsenter for revmatologi for Sykehuset Innlandet. SI Lillehammer er hovedsenter i revmakirurgi. En mindre revmatologisk enhet finnes ved SI Kongsvinger.
- Hovedsenteret for øyefaget er lagt til SI Elverum.
- Mikrobiologi og patologi er samlet ved SI Lillehammer.
- SI Gjøvik er utpekt som ressurscenter for onkologi.

Fra tidligere (90-tallet) er ortopedi, gastrokirurgi, gynekologi/føde og øre-nese-hals funksjonsdelt innen divisjon Elverum-Hamar.

I tillegg er en hel rekke stab- og støttefunksjoner reorganisert og samlet og foretaket har realisert både faglige og økonomiske gevinster. Dette gjelder IKT, lønn/personal, regnskap, matforsyning, logistikk, bygg- og eiendom (FDVU).

6. Hovedstrategier i Sykehuset Innlandet for å møte utfordringene i forbindelse med hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst

Når Sykehuset Innlandet skal respondere med mål og strategier på de ulike utfordringspunktene som er løftet fram i punkt 4 foran, er det viktig å bygge videre på det arbeid som er gjennomført i foretaket siden etableringen i 2003. "Innlandsmodellen" er utviklet i en erkjennelse av at bosettingsmønster og store avstander gjør det nødvendig å videreutvikle et sterkt desentralisert tjenestetilbud samtidig som enkelte spesialiserte funksjoner samles i noe større grad enn tidligere for å møte den faglige og teknologiske utviklingen og for å sikre tilstrekkelig god kvalitet. Det legges derfor til grunn at Sykehuset Innlandet skal bygge sin framtidige strategi på følgende hovedpilarer:

- Den hovedstrukturen som styret for Sykehuset Innlandet HF vedtok i juni 2006 bør ligge fast.
- I Sykehuset Innlandet vil det ikke finnes noe hovedsykehus eller områdesykehus. Som det er gjort rede for i punkt 5 finnes mer spesialiserte funksjoner fordelt i de ulike sykehusenhetene i en funksjonsfordelt modell. Det vil være naturlig at dette videreføres og videreutvikles.
- I den framtidige utviklingen er det viktig å søke en balansert utvikling mellom sykehusenhetene, slik at driftsenhetene gis mulighet for en positiv faglig utvikling til beste for pasientene. Det vil likevel være hensiktsmessig å gradvis søke mer tydelige utviklingsprofiler (funksjonsprofiler) for de ulike sykehusenhetene slik at de ikke nødvendigvis har de samme funksjonene, men har funksjoner som kompletterer hverandre i en logisk helhet. En mer differensiert utviklingsprofil vil også gjøre "Innlandsmodellen" lettere å forstå for befolkningen.
- En utvikling som beskrevet setter krav til at det utvikles et sterkt nettverk og en god samarbeidskultur mellom de ulike sykehusene i foretaket. Det betyr at det må utvikles en samhandlingskultur bygd på faglighet og gjensidig støtte. Det vil være ønskelig at det gradvis utvikler seg en enda sterkere mobilitet av fagpersonell mellom driftsenhetene slik at det heller er fagpersonene som flytter seg enn pasientene når det er mulig.
- I tråd med forrige punkt og føringene i styresaken i Helse Sør-Øst, må det arbeides for en forsterket standardisering av behandlingsregimene mellom driftsenhetene slik at pasientene får samme type behandling for samme lidelse uansett hvor de får sin behandling.
- I tråd med føringene og vedtatt strategi skal det også i fortsettelsen bygges på at Sykehuset Innlandet skal desentralisere det som kan desentraliseres og samle det som må samles. En slik strategi vil være sterkt førende for de mål og tiltak som finnes i kap. 7.
- Føringene fra Helse Sør-Øst legger opp til en sterkere samordning mellom tilbudene innen psykisk helsevern, rus og somatiske tjenester. Dette er i tråd med den strategi som Sykehuset Innlandet tidligere har valgt og som de fleste investeringsprosjekter bygger på. Det er viktig at all framtidig planlegging bygger på denne erkjennelsen.
- Sykehuset Innlandets samlede virksomhet er i dag delt inn i vel definerte lokalsykehusenheter både for psykisk helsevern/rus og somatiske tjenester. Det er et godt utgangspunkt for å bygge videre på sterke lokalsykehusfunksjoner som er i nær og forpliktende samhandling med primærhelsetjenesten. Her har Sykehuset Innlandet i dag et godt utgangspunkt for videre utforming av strategier og tiltak.

7. Status, mål/tiltak, effekter og konsekvenser på de ulike områdene som Sykehuset Innlandet er utfordret på

I styresak 038-2008 punkt 6 har Helse Sør-Øst i tolv underpunkter (a-l) lagt føringer for videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder. I dette kapitlet redegjøres det for Sykehuset Innlandets utfordringer, tiltak, mål og strategier knyttet til styrets vedtakspunkter 6a, 6b, 6c, 6e, 6f, 6g og 6i som anses å være de punktene som har relevans for Sykehuset Innlandet.

7.1. Bruk av begreper

I hovedstadsprosessen har det vært arbeidet med tre nivåer av funksjoner innen fagområdene:

- **basisfunksjon** som alle avdelinger innen fagområdet bør ha
- **spesialfunksjoner** som bør samles på få steder i et sykehusområde
- **regionfunksjon** som bør samles på ett sted i Helse Sør-Øst

I Sykehuset Innlandet er det i dag basisfunksjoner ved alle enheter, og det er spesialfunksjoner ved mange av enhetene. Sykehuset Innlandet har også noen regionsfunksjoner.

I det videre arbeidet vil Sykehuset Innlandet videreutvikle tre ansvarsfunksjoner/-nivåer for å sikre helhetlig faglig utvikling av basisfunksjoner og spesialiserte funksjoner:

- Fagråd
- Koordineringsansvar (jfr. dagens ressurscenter i Sykehuset Innlandet)
- Områdeansvar (jfr. dagens hovedsenter i Sykehuset Innlandet)

Fagrådene i Sykehuset Innlandet har som sitt mandat å bidra til å styrke fagutviklingen, styrke det faglige samarbeidet mellom de ulike avdelingene og divisjonene og mellom Sykehuset Innlandet og kommunene. Fagrådene er rådgivende organ for linjeledelsen på avdelings-, divisjons- og foretaksnivå. I tillegg til et generelt mandat vil det i enkelte tilfeller være aktuelt å gi navngitte fagråd i oppgave å gi ledelsen råd i særskilte faglige spørsmål eller i spørsmål om hvordan virksomheten/tilbudene skal organiseres eller struktureres. I slike tilfeller vil ledelsen gi fagrådet et spesifikt mandat som skal besvares innen en gitt frist.

Koordineringsansvar er en videreutvikling av fagrådene. Ansvaret for koordineringsfunksjonen legges til divisjonsdirektøren ved den divisjonen som tildeles slikt ansvar.

Koordineringsansvar innebærer et ansvar for å etablere et samarbeid med de andre avdelingene innen fagområdet og et ansvar for at fagrådene arbeider i henhold til mandatet..

Koordineringsansvar innebærer i samarbeid med de andre avdelingene å:

- Etablere felles rutiner og prosedyrer for innskriving, diagnostikk, behandling og utskriving
- Ha fokus på beste praksis og kunnskapsoverføring mellom enhetene
- Koordinere ventelistene og ventetider
- Koordinere vaktfunksjoner og beredskap

I Sykehuset Innlandet er det i dag et ressurscenter for onkologi. Begrepet ressurscenter blir erstattet av koordineringsansvar.

Områdeansvar erstatter dagens hovedsenter i Sykehuset Innlandet, jfr. kap. 5 foran.

De somatiske divisjoner som tildeles områdeansvar for et fagområde, har følgende oppgaver:

- Områdeansvaret innebærer å bidra til utviklingen av et samlet godt tjenestetilbud innen sitt fagområde i Sykehuset Innlandet. Divisjoner med områdeansvar har også ansvar for de andre lokalisasjonene med aktivitet innen fagområdet.
- Divisjoner med områdeansvar skal bidra aktivt til utvikling av fag, kvalitet og forskning innen sitt fagområde.
- Innen fagområder hvor det er eller blir aktuelt å vurdere samling av sengefunksjoner, eventuelt reduksjon av antallet vaktbærende avdelinger, skal regelen være at divisjonen med områdeansvar skal ha senge- og vaktfunksjon.

Divisjoner med områdeansvar vil ha en høyere prioritet ved fremtidige kostnadskrevende investeringer dersom dette faglig og driftsmessig er hensiktsmessig.

Psykisk helsevern og rus er i Sykehuset Innlandet organisert i divisjon Psykisk helsevern. Sentralsykehusavdelingene har virksomhet på Sanderud, Reinsvoll og Hov. Hver av disse avdelingene har felles ledelse på tvers av geografi. Dimensjoneringen og den faglige profilen til de framtidige sentralsykehusfunksjonene, vil i hovedsak være basert på føringer gitt i nasjonale styringsdokumenter bl.a. ved den nasjonale veilederen for DPS. Her er det tilstanden til den enkelte pasient og ikke vedkommendes diagnose som vil være en viktig faktor for valg av riktig behandlingsnivå. Pasienter med særlig behov for personalressurser eller spesialisert kompetanse, vil naturlig få behandling på sentralsykehusnivå, mens flertallet av pasienter i psykisk helsevern vil få behandlingstilbud ved DPS eller BUP lokalt.

7.2. Styrevedtakets pkt. 6a – videreutviklingen av sykehusområdene samlet

”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). Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.”

Status

Sykehuset Innlandet er i dag organisert med tre allsidige akuttpsykehus og to lokalsykehus med akuttfunksjoner – for somatiske tjenester, to sentralsykehus innenfor psykisk helsevern, lokalsykehusenheter innenfor psykisk helsevern (DPS), BUP og to distriktsmedisinske sentra (DMS). Sykehuset Innlandet har allerede gjennomført en hel rekke endringer av funksjonsorganiseringer som har hatt som formål å ”samle det som må samles” for å oppnå god kvalitet i behandlingen, robuste fagmiljø og god ressursutnyttelse.

Sykehuset Innlandet har i dag en selvdekningsgrad på ca 75 % for somatiske tjenester (lokalsykehusfunksjoner og spesialiserte funksjoner) og nærmere 100 % innenfor psykisk helsevern.

Mål og tiltak på kort og lang sikt

Målet for Sykehuset Innlandet er å ha en samling av sykehus som gir trygg og god behandling nærmest mulig der pasientene bor. For å nå dette målet er det viktig at:

- Divisjonene og avdelingene opptrer i et forpliktende nettverk som er samordnet og utfyllende. De enkelte divisjonene tildeles koordineringsansvar for ulike spesialiserte fagområder.
- De spesialiserte fagområder som skal finnes ved ett eller få sykehus funksjonsfordeles.

Dette betyr at det vil være lokalbaserte tjenester både innen psykisk helsevern og de somatiske fagområder ved alle de seks lokalsykehusenhetene i Sykehuset Innlandet.

Det vil også være viktig at de somatiske divisjoner tildeles funksjoner som hører sammen og at det gjennom disse funksjonene utvikles profiler på de somatiske sykehusene. En del fagområder er i dag funksjonsdelt mellom divisjonene/avdelingene og denne funksjonsdelingen må videreutvikles.

I arbeidet med funksjonsfordeling og der hvor det er flere avdelinger som behandler samme pasientgruppe, er det viktig å ha helhetlig og ensartet behandlingsforløp. Ansvaret for dette må legges til fagråd og avdelinger med koordineringsansvar og områdeansvar. Det er et overordnet mål at alle avdelinger skal drive faglig praksis i tråd med regionale, skriftlige, klinisk rettede prosedyrer og oppdaterte kunnskap. De kliniske prosedyrene skal være i tråd med det beste kunnskapsgrunnlaget, tilpasset nasjonal og lokal kontekst.

For å øke dekningsgraden vil Sykehuset Innlandet innen somatikk arbeide videre med følgende tiltak:

- Generelle tiltak:
 - Bedre informasjon om tilbudene til:
 - Pasienter og befolkningen
 - Fastlegene og primærhelsetjenesten
 - Pasientveilederne
 - IKT-systemer (elektronisk henvisning og svar)
 - Faglig videreutvikling, korte ventetider og godt omdømme
- Potensial for økt selvdekning på flere områder, spesielt innen somatiske fagområder:
 - Lokalsykehustjenester, spesielt på ”flankene”
 - Nord-Østerdal/Fjellregionen
 - Glåmdalen
 - Hadeland
 - ”Hente hjem” pasienter
 - Kirurgi og ortopedi
 - Gynekologi
 - Stråleterapi
 - Øye
 - Kirurgi på barn
 - Utvikling av spesialiserte funksjoner som Sykehuset Innlandet ikke har i dag

Under forutsetning av tilslutning fra Helse Sør-Øst RHF og at Sykehuset Innlandet foretar en ytterligere funksjonsfordeling på de aktuelle områdene, kan det innenfor det somatiske fagområdet være aktuelt å utvikle følgende spesialiserte funksjoner i Sykehuset Innlandet:

- Invasiv hjerteutredning
- Utblokking og stenting av coronararterier (PCI)
- Intracardiell defibrillator implementering (ICD)
- Cancerkirurgi, eks operativ behandling av blærekreft og stålebehandling av prostatakreft
- Utvide spekteret av stråleterapi
- Innsetting av aortagraft stent
- Fedmekirurgi
- Ørekirurgi (otosklerosekirurgi)

Effekter på kort og lang sikt

Videreføring av en desentralisert struktur bidrar til å skape trygghet i befolkningen når det haster og nærhet til spesialisthelsetjenesten for kronisk syke. En gradvis utvikling av en tydeligere funksjonsprofil for de ulike sykehusenhetene, slik at de ikke har de samme funksjonene, vil gi bedre kvalitet i et lengre perspektiv.

En økt selvdekningsgrad med bl.a. hjemhenting av pasienter som behandles utenfor sykehusområdet, vil på noe lengre sikt kunne representere et aktivitetsvolum tilsvarende ca. 4.000-7.000 DRG-poeng. Med den strukturen som Sykehuset Innlandet i dag har, vil økt selvdekning og dermed økt aktivitet bidra til at driftsenhetene blir mer robuste. Under forutsetning av at økt klinisk aktivitet skjer med marginale kostnader vil dette kunne bidra til ressurser som virker positivt på utviklingen av det samlede tilbudet i foretaket.

Konsekvenser

Konsekvensen av å videreføre den hovedstrukturen som ble vedtatt for Sykehuset Innlandet i 2006, er at det i Sykehuset Innlandet ikke vil finnes noe område-sykehus. Spesialiserte funksjoner vil bli fordelt i de ulike sykehusenhetene i en funksjonsfordelt modell.

7.3. Styrevedtakets pkt. 6b – videreutvikling av tjenestene innenfor sykehusområdene

Dette punktet omhandler videreutvikling av tjenestetilbudet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten gjennom utvikling av mer forpliktende samhandling.

”Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skjer i en forpliktende samhandling med kommunene. Forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet er avgjørende for å sikre en samlet tjeneste av god kvalitet med gode pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå.

- *Helse Sør-Øst RHF skal ta initiativ til en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis KS og Oslo kommune, i samsvar med den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.*
- *Eksisterende avtaler mellom helseforetakene og kommuner/bydeler videreutvikles. Avtalene må sikre en klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingskjeden ved endringer i egne tjenester.*
- *Det etableres samarbeidsutvalg med myndighet til å forvalte avtalene og håndtere innhold og eventuelle avvik. Samarbeidsutvalgene skal ha representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene.*
- *Samhandlingen må være målrettet i forhold til forbedring av tjenestene. Målet er best mulige pasientforløp og god planlegging og koordinering av tjenestene, slik at akuttinnleggelses og unødvendige reinnleggelses forebygges.*
- *Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal organisere sin virksomhet slik at gjensidig utveksling av kompetanse finner sted.*
- *Helseforetak og kommuner bør samarbeide om å utvikle et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermediearavdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttinntak mv. Dette forutsetter varig, gjensidig og forpliktende samarbeid.*
- *Det må etableres IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.*

Status

Sykehuset Innlandet har siden 2005 hatt basisavtaler med alle de 49 kommunene vi samarbeider med. Sykehuset Innlandet har i dag åtte praksiskonsulenter. I 2007 inngikk KS Hedmark, KS Oppland og Sykehuset Innlandet en overordnet strategisk samhandlingsavtale. Med basis i denne avtalen er det

etablert et overordnet administrativt samarbeidsutvalg der KS og Sykehuset Innlandet har fire representanter hver samt Brukerrådets leder. Det er i tillegg etablert geografiske samarbeidsutvalg for hvert av lokalsykehusområdene i Innlandet. Også disse er sammensatt av representanter fra brukerne, en praksiskonsulent, kommunene og Sykehuset Innlandet. Det er også etablert et Samfunnspanel, hvor ordførere i kommunene, representanter for opposisjonen i kommunene, fylkesråd, fylkesordfører, brukerrådets leder og pasientombudet i Hedmark og Oppland deltar.

Mål og tiltak på kort og lang sikt

Målet med samarbeidsutvalgene er å oppnå forbedring av tjenestene og sikre gjensidig informasjonsutveksling og mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser. Samarbeidsutvalgene kan nedsette kliniske utvalg (ad hoc utvalg som sammensettes for å løse konkrete arbeidsoppgaver). Det første kliniske utvalget er nå nedsatt for å se på inn- og utskrivningsprosedyrer i sykehusenhetene.

Kunnskapsbasert praksis og samhandling henger nøye sammen og er satsingsområder for Sykehuset Innlandet. Kunnskapsbasert praksis er å integrere den beste forskningskunnskapen med klinisk erfaring og pasientens preferanser. Samhandling som satsingsområde gjelder både samhandling internt mellom ulike enheter i foretaket og samhandling mellom foretaket og kommunehelsetjenesten.

Effekter på kort og lang sikt

Praksiskonsulentene er sentrale i arbeidet for å bedre rutiner for kommunikasjon og henvisninger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og for å etablere entydige retningslinjer for hvilke sykehus og avdelinger pasientene skal henvises til. I samarbeid med kommunikasjonsavdelingen arbeider praksiskonsulentene for at nettportalen skal gi relevant informasjon til fastlegene og primærhelsetjenesten.

Det er under etablering et samarbeid med kommunen om intermedisær-senger på SI Lillehammer ("Kom ut"). Ved SI Elverum er det etablert to senger på pasienthotellet som kommunen kan benytte til sine pasienter, og ved SI Kongsvinger prøves det ut en modell med observasjonssenger. Hvis disse modellene fungerer godt, vil Sykehuset Innlandet se på videreutvikling av liknende tilbud ved flere enheter. Det er utstrakt bruk av ambulante team innen flere fagområder, og på sikt vil Sykehuset Innlandet i samarbeid med kommunehelsetjenesten arbeide for gjensidig utveksling av kompetanse.

Det arbeides med IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Et av målene i samarbeidet med praksiskonsulentene er å se på mulighetene for å opprette en felles "kjernejournal". Det er nå 21 legekantor i vårt opptaksområde som ikke er tilknyttet norsk helsenett. En utfordring for overføring av informasjon er at svært få institusjoner/helsestasjoner i kommunene er tilknyttet helsenettet.

Konsekvenser

Bedre informasjonsutveksling og dialog mellom Sykehuset Innlandet og kommunehelsetjenesten vil gi pasientene en tryggere og bedre behandling. Utprøving av ulike samarbeidsformer er viktig for å finne gode og effektive behandlingsforløp for pasientene etter LEON prinsippet. Det er krevende å etablere felles rutiner og retningslinjer med så vidt mange kommuner som i tillegg har ulik organisering av helsetjenestene. Skal dette lykkes, må arbeidet i de geografiske samarbeidsutvalgene gis høy prioritet.

7.4. Styrevedtakets pkt. 6c – styrking av samhandlingen innen sykehusområdene

”For å styrke samhandlingen mellom virksomheter/ helseforetak innenfor et sykehusområde legges følgende prinsipper til grunn:

- *Sykebus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykebusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette.*
- *For å sikre et bredt og faglig godt lokalt tilbud i sykehusområdet og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, bør det etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetansutveksling, ambulerende spesialister, gjensidig hospitering mellom ”søsteravdelinger”, og legges til rette for at spesialister kan inngå i vakttordninger ved annet sykehus enn det som er spesialistens hovedtjenestested.”*

Status

I Sykehuset Innlandets opptaksområde er det 49 kommuner med ulike organisering av kommunenes helsetjenester og 372 fastleger. Det er 95 privatpraktiserende spesialister innen flere fagområder som enten opptrer helt selvstendig eller som på ulike måter samarbeider med Sykehuset Innlandet.

Mål og tiltak på kort og lang sikt

Gjennom fagrådene, de kliniske utvalgene og samarbeidsutvalgene ønsker Sykehuset Innlandet i samarbeid med kommunene å arbeide for enhetlige rutiner og faglige retningslinjer. Dette er et arbeid som utfordrer både Sykehuset Innlandet og kommunene. Det krever endringer basert på faglig samarbeid som vil kreve tid og ressurser av begge parter. Det er nå opprettet to grupper med tverrfaglig representasjon fra kommunene og Sykehuset Innlandet. Gruppene ser på enhetlige rutiner og faglige retningslinjer for slagbehandling og mulighet/nytte av å opprette en tverrfaglig muskel-skjelett poliklinikk. Når gruppenes arbeid er avsluttet, skal det vurderes om videre arbeid skal legges opp etter samme mal.

Innad i Sykehuset Innlandet vil arbeidet med felles behandlings- og pasientforløp bli sterkere vektlagt. Med flere enheter som behandler de samme pasientgruppene må det i framtiden sikres at avdelingene følger de samme prosedyrer og behandlingsopplegg. For å nå dette målet er fagrådene sentrale, i tillegg til at koordineringsansvar og områdeansvar blir tydeliggjort. Det legges vekt på at kunnskapsbasert praksis skal være grunnleggende i arbeidet, og som verktøy er det anbefalt å bruke aksepterte retningslinjer som tilpasses lokale forhold og systemer for klinisk beslutningsstøtte.

Et annet tiltak som kan være aktuelt for å lette arbeidet og forståelsen for hverandres arbeidssituasjon på tvers av nivåene, er å opprette gjensidige hospiteringsordninger for utveksling av både sykepleiefaglig og medisinskfaglig kompetanse. Dette er aktuelt mellom primærhelsetjenesten og Sykehuset Innlandet, men også mellom avdelinger innenfor helseforetaket.

Effekter på kort og lang sikt

Felles pasientforløp og behandling er viktig for å gi behandling bygget på kunnskapsbasert praksis og sikre kvalitet i tjenesten. Hospitering er viktig for å forstå andres arbeidssituasjon og utveksle kompetanse.

Konsekvenser

Hospitering og utarbeidelse av felles prosedyrer krever en personellinnsats fra Sykehuset Innlandet og kommunene.

7.5. Styrevedtakets pkt. 6d – utforming av lokalbaserte spesialisthelsetjenester

”Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av lokalbaserte spesialisthelsetjenester:

- *Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde.*
- *Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste.*
- *Lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akutfunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner skal som et minimum ha indremedisinske akuttberedskap på døgnbasis, anestesileger i døgnberedskap, samt en enklere kirurgisk beredskap.*
- *I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal det normalt inngå polikliniske og elektive tjenester.*
- *Lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud, for eksempel distriktsmedisinske sentra.*
- *Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*
- *Distriktspsykiatriske sentra (DPS) er psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon og skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner.*
- *Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus må utvikle breddekompetanse. Virksomheten må organiseres på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser, herunder psykiske og rusrelaterte lidelser. Lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus skal tydeliggjøres.”*

Status

De somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet har i dag akutfunksjoner med akuttberedskap på døgnbasis basert på breddekompetanse innenfor indremedisin, kirurgi, ortopedi og anestesi. I tillegg er det radiologiske, klinisk-kjemiske tjenester og blodbank på døgnbasis. Alle lokalsykehusene har også tilbud om et bredt spekter av polikliniske tjenester. Disse gis av egne leger og ved at ambulerende spesialister fra sykehus med områdeansvar innenfor Sykehuset Innlandet kommer til de andre enhetene. Det er også spesialistpoliklinikker ved DMS Otta og DMS Valdres. Divisjon Habilitering og rehabilitering yter spesialiserte rehabiliteringstjenester til sykehusets pasienter og har godt utbygde ambulante tjenester. Lærings- og mestringssenteret (LMS) er organisert i et nettverk, og har samarbeid med alle lokalsykehussykehusene. Tilknyttet hvert lokalsykehusområde i Sykehuset Innlandet er det etablert/under etablering et DPS og tilbud innenfor rus.

Mål på kort og lang sikt

Sykehuset Innlandet vil i sin hovedstrategi for lokalsykehusene:

- Bygge videre på seks definerte lokalsykehusområder
- Utvikle breddekompetanse på individ og sykehusnivå
- Etablere et bredt spekter av tilbud (spesielt poliklinikk)
- Videreutvikle LEON-prinsippet

Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal betjene flertallet av pasientene i opptaksområdet for det respektive lokalsykehuset (60-70 %). Målet er at hyppige tilstander utredes og følges opp lokalt. Ved Sykehuset Innlandets seks somatiske sykehus er det akuttberedskap innen indremedisin, anestesi, kirurgi og/eller ortopedi. Ut fra de geografiske forhold med lange avstander anses det som hensiktsmessig å opprettholde akutfunksjonene framover mot 2012. Det vil imidlertid være viktig å sikre at god kvalitet opprettholdes. Ved de minste enhetene (Tynset og Kongsvinger) skal det etableres et nærmere

samarbeid med divisjon Elverum-Hamar med henblikk på faglig samarbeid, hospitering og mobilitet av faggrupper og legespesialister.

Sykehuset Innlandet vil gi divisjon Kongsvinger et særlig ansvar for å utvikle og utprøve ulike modeller for lokalsykehusfunksjonene i tråd med intensjonene både fra eier og i denne saken.

Det er et viktig satsningsområde for Sykehuset Innlandet å videreutvikle breddetilbudet ved poliklinikkene og DMS, ambulante tjenester og LMS.

Et område hvor Sykehuset Innlandet fortsatt har store utfordringer, er etableringen av gode geriatriske tilbud. Det er utarbeidet en strategiplan for hvordan Sykehuset Innlandet best skal ivareta dette fagområdet. Tiltakene i denne planen må følges opp, blant annet ved etablering av geriatriske senger i de indremedisinske avdelingene. Det er antatt at geriatri bør ha 20 % av indremedisinske akuttsenger. Det er også et mål å etablere "senter for eldres helse". Fagområdene som vil være særlig viktige for utviklingen av slikt senter vil være alderspsykiatri og geriatri.

Effekter på kort og lang sikt

Ved å beholde en desentralisert struktur med flere somatiske sykehus med akuttberedskap vil Sykehuset Innlandet kunne:

- Gi pasientene et trygt og godt tilbud nær hjemmet.
- Bidra til utveksling av kompetanse/hospitering internt i Sykehuset Innlandet
- Sikre kvalitet og kompetanse.

Etablering av DPS og tilbud innenfor rus samt BUP tilknyttet hvert lokalsykehusområde vil legge til rette for en bedre samhandling mellom somatiske fagområder og psykisk helsevern, og på slik måte i økende grad kunne gi pasientene mer helhetlige tjenester.

Konsekvenser

Konsekvenser av en desentralisert struktur med flere somatiske sykehus med full akuttberedskap:

- Ressurskrevende å opprettholde full døgnerberedskap innen indremedisin, kirurgi/ortopedi på så mange steder i Sykehuset Innlandet
- Krever spesiell oppfølging og tilrettelegging for å sikre at det er god nok kompetanse til å behandle/stabilisere og vurdere pasienter som innlegges.
- Krever en mobilitet av faggrupper og fagfolk for å kunne delta i hospiterings- og opplærings-tilbud.
- Vil på sikt kunne kreve at leger er mobile mellom sykehus for å dekke vaktberedskap og desentraliserte tjenester.

7.6. Styrevedtakets pkt. 6e – akuttfunksjoner

"Akuttfunksjoner

- *Ett sykehus innenfor hvert sykehusområde skal normalt ivareta akuttfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester. Der lokale forhold tilsier at slike akuttfunksjoner skal finnes på flere sykehus, organiseres dette i et samarbeid mellom sykehuset som innehar koordineringsansvar og det enkelte lokalsykehus.*
- *Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. sykehusområde for spesialiserte funksjoner, med konfererings-/ bakvaksansvar for andre sykehus.*
- *Akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.*

- *Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal legges til rette for tettere integrering av fastleger/legevakter i det totale akuttmedisinske tilbudet.”*

Status

De somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet har i dag akutfunksjoner med akuttberedskap på døgnbasis basert på breddekompetanse innenfor indremedisin, kirurgi, ortopedi og anestesi. I tillegg er det radiologiske, klinisk-kjemiske tjenester og blodbank på døgnbasis.

Mål og tiltak på kort og lang sikt

Sykehuset Innlandet mener det er riktig å videreføre den hovedstrukturen som styret vedtok i juni 2006 med en sterk desentralisering av tjenestetilbudet. En modell hvor ett av sykehusene innenfor sykehusområdet skal ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester, vil representere en betydelig sentralisering og være i konflikt med den hovedstrukturen som er utviklet de senere årene. Dette innebærer at det ikke vil finnes ett områdesykehus, men tre allsidige akuttisykehus og to lokalsykehus med akutfunksjoner i Sykehuset Innlandet. Samtidig vil Sykehuset Innlandet arbeide for å utvikle modeller for å styrke samarbeidet mellom divisjonene som har akutfunksjoner. DPS og BUP poliklinikkene som lokalsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern vil utvikle og styrke akutttilbud og beredskap. Samtidig vil Sykehuset Innlandet videreføre øyeblikkelig-hjelp funksjonene ved SI Sanderud og SI Reinsvoll.

En videreføring av ”Innlandsmodellen” kan være en spesiell utfordring for de to lokalsykehusene, SI Tynset og SI Kongsvinger, med hensyn til opprettholdelse av kompetanse innen operative fag i et lengre perspektiv. Sykehuset Innlandet vil derfor sikre et fortsatt bredt og sterkt faglig tilbud gjennom kompetanse- og personellutveksling ved at divisjon Elverum-Hamar tillegges et spesielt ansvar for lokalsykehusene i Tynset og Kongsvinger for fagfeltene generell kirurgi og ortopedi. Det vil i samråd med ledelsen ved divisjonene bli utviklet en nærmere oppgavebeskrivelse for den funksjonen som her tillegges divisjon Elverum-Hamar.

Når det gjelder øyeblikkelig-hjelp funksjonen og behandlingen av hardt skadede pasienter ved divisjon Elverum-Hamar, vil denne bli vurdert nærmere i lys av den eksisterende funksjonsfordelingen innad i divisjonen og i lys av den nylig avlagte utredningen om behandling av alvorlig skadde pasienter i Helse Sør-Øst (traumeutredningen).

Effekter på kort og lang sikt

Ved å beholde en desentralisert struktur med flere somatiske sykehus med full akuttberedskap vil Sykehuset Innlandet kunne:

- Gi pasientene et trygt og godt tilbud nær hjemmet
- Bidra til utveksling av kompetanse/hospitering internt i Sykehuset Innlandet

Konsekvenser

En desentralisert struktur uten etablering av ett sykehus med samling av akutte kirurgiske og ortopediske tjenester innebærer:

- Ressurskrevende å opprettholde full døgnberedskap innen indremedisin, kirurgi/ortopedi på mange steder i Sykehuset Innlandet
- Krever spesiell oppfølging og tilrettelegging for å sikre at det er god nok kompetanse til å behandle/stabilisere og vurdere pasienter som innlegges.
- Krever en mobilitet av faggrupper og fagfolk for å kunne delta i hospiterings og opplærings tilbud.

- Vil på sikt kunne kreve at leger er mobile mellom sykehus for å dekke vaktberedskap og desentraliserte tjenestetilbud.

7.7. Styrevedtakets pkt. 6f – prehospitale tjenester

”Prehospitale tjenester. Det må sikres kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet.”

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (prehospitale tjenester) omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste inkludert luftambulansetjeneste og den kommunale legevaktsordning. I det følgende vil en se på utfordringer og mål for medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten.

Befolkningen forventer trygghet for at kompetent hjelp når raskt frem ved akutt, alvorlig sykdom.

7.7.1. Medisinsk nødmeldetjeneste i Sykehuset Innlandet

Status

Sykehuset Innlandet har fra 2005 samlet den medisinsk nødmeldetjeneste i en sentral, AMK Innlandet. AMK sentralen har i tillegg til ordinær ressursstyring av ambulansetjenesten også ansvar for flight-following av luftambulanser som opererer innenfor sentralens ansvarsområde.

Mål

Følgende mål bilde bør prege nødmeldetjenesten i Sykehuset Innlandet:

- AMK Innlandet som medisinsk redningssentral ved katastrofesituasjoner
- AMK Innlandet som ressurscenter ved akutte hendelser

Effekter / konsekvenser

I utvikling av nødmeldetjenesten foreslås ingen endring av organisering. Det er viktig at AMK Innlandet fortsatt har et sterkt fokus på kompetanseutvikling blant ansatte i sentralen.

7.7.2. Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet

Status

Ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet består i dag av 50 akuttambulanser. Foretaket har selv det daglige driftsansvaret for 11 ambulanser tilknyttet sykehusene på Gjøvik, Lillehammer og Tynset. All øvrig ambulansetjeneste drives på kontrakt med private utøvere, humanitære organisasjoner og en kommune. Det er definerte krav til bemanning, kompetanse, utstyr, vaktordninger og plassering av den enkelte ambulanse. Sykehuset Innlandet har det fulle ansvar for det medisinske tilbudet.

Antall ambulanseoppdrag i 2006 var på 44.500. Fra 2002 til 2006 har det vært en aktivitetsøkning på 13 %. Antall ambulanseoppdrag i 2007 var ca 44.000 oppdrag. Av samlet antall ambulanseoppdrag er hele 66 % akutt- eller hasteoppdrag.

Ambulansetjenesten i Innlandet har særegne utfordringer knyttet til de lange transporter til sykehus. Dette stiller betydelige krav til ambulanspersonellens kompetanse. Av antall fast ansatte har nå vel 80 % fagbrev som ambulansarbeider.

Når det gjelder utviklingen av ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet de senere år, er denne preget av et økt fokus på kompetanse og en betydelig endring fra hjemmevaktløsninger til vakt på vaktrom.

Det er i dag ikke satt krav til responstid fra melding til nødnummer 113 og til ambulanse er fremme hos pasienten. I NOU 1998:9 og i senere St. melding 43 (1999-2000) lå det inne en anbefaling om at 90 % av befolkningen i byer og tettsteder skal kunne nås med ambulanse innen 12 minutter og at befolkningen i øvrige områder skal nås innen 25 minutter – hvis situasjonen er akutt. Disse responstidene er lagt til grunn også for ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet.

Utviklingen har gått mot en stadig mer profesjonalisert tjeneste, fra å være en transporttjeneste til å bli en akuttmedisinsk tjeneste som yter behandlingstilbud som tidligere ble utført inne på sykehusene. Denne utviklingen har skjedd ved en betydelig heving av kompetansenivået og en stadig høyere andel som har fagbrev og autorisasjon som helsepersonell.

Et utviklingstrekk som innebærer økte utfordringer for ambulansetjenesten er sentralisering av legevakter. Dette medfører økt antall transporter og redusert beredskap ved at ambulansene i stor grad brukes til å hente pasient til legevakt. Det er også en tendens til at det er ambulanspersonell som er pasientenes første kontakt med helsevesenet og ikke legen som tidligere. Dette er en bekymringsfull utvikling.

Mål

- En ambulansetjeneste som sikrer befolkningen i Innlandet samme kvalitet på de prehospitale tjenester som for befolkningen ellers i Helse Sør-Øst
- Ambulansetjenesten skal sammen med lokal legevakt og eventuell spesialisert utrykningstjeneste representere tryggheten ved akuttmedisinske hendelser i lokalmiljøet
- En differensiert ambulansetjeneste som ivaretar en hensiktsmessig ressursbruk, mulighet for rask diagnostisering, stabilisering og eventuell behandling samt rask og kvalifisert transport til riktig nivå

Tiltak

Tiltakene vil i hovedsak være knyttet til to hovedområder:

1. Sikre en mer differensiert ambulansetjeneste

Samlet sett har ambulansetjenesten hatt en jevn vekst i aktivitet de siste årene. Det kan ha sammenheng med faktorer som sentralisering av legevakter, funksjonsfordeling og raskere utskrivning fra sykehusene. For å sikre nødvendig kapasitet og beredskap vil det være nødvendig å vurdere følgende tiltak:

- Alternative transporttilbud til pasienter som ikke har behov for vanlig ambulanse
- Etablering av intensiv ambulansetilbud
- Bruk av ”first-responders” som alternativ til lokal ambulansetjeneste
- Økt bruk av luftambulanse – på sikt bør det etableres base i Mjøs-området

2. Sikre nødvendig kompetanse og kvalitet

Følgende tiltak bør vektlegges:

- En må sikre tilstrekkelig antall ambulanspersonell, både personell med godkjent grunnutdanning og personell utdannet på para medic nivå.
- Utrede offentlig drift av ambulansene i foretaket
- Det må bestemmes målbare kvalitetsindikatorer både innen ambulansetjenesten og AMK
- Det må gjøres en vurdering av hva som er tilfredsstillende beredskap

- Samhandlingen med primærhelsetjenesten må bedres. Etablering av akuttmedisinske team kan være et konkret tiltak
- Sikre tilstrekkelige ledelsesressurser for oppfølging av ambulansetjenester både i egen regi og i forhold til private utøvere
- Deltagelse i nasjonale utviklingsprosjekter
- Dyrke frem forskerkompetanse og – miljø

Effekt – kort / lang sikt

Styrking av kompetanse blant ambulanspersonell og et sterkere ledelsesapparat vil gi en bedre prehospital tjeneste til befolkningen i Innlandet. Det vil være rett bruk av ressurser å finne gode alternative transporttilbud, som ”Helseekspressen”, som alternativ til ambulanse. En etablering av en base for luftambulans i Mjøs-området vil være en viktig bedring av beredskapen og det prehospitale akuttilbudet i området.

Konsekvenser

Etablering av luftambulans vil medføre behov for økte ressurser til de prehospitale tjenestene. Etablering av flere ”Helseekspress tilbud” vil foruten å bedre akuttberedskapen være ressurs sparende i forhold til annen bruk av pasienttransport.

7.8. Styrevedtakets pkt. 6g – utformingen av spesialiserte funksjoner

”For utformingen av de spesialiserte funksjoner legges følgende til grunn:

- *Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.*
- *Døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen.”*

Status

Sykehuset Innlandet har basisfunksjoner ved alle enheter, og det er spesialfunksjoner ved mange av enhetene. Fra 2004 har Sykehuset Innlandet hatt hovedsentra/områdefunksjon for enkelte fagområder. Det er opprettet et ressurscenter for onkologi og fra 2007 er det arbeidet for å etablere fagråd innen alle de medisinske spesialiteter/subspesialiteter.

Sykehuset Innlandet har følgende regionsfunksjoner:

- Spesialisert rehabilitering,
 - Behandling av dysmeli og håndamputasjoner
 - Delregionansvar for behandling av poliomyelitt
- Psykisk helsevern
 - Behandling av gravide rusmisbrukere
 - Regionalt kompetansesenter for dobbeldiagnostikk
 - Østnorsk kompetansesenter

Mål og tiltak

I det videre arbeidet vil Sykehuset Innlandet videreutvikle tre ansvarsnivåer for å sikre helhetlig faglig utvikling av basisfunksjoner og spesialiserte funksjoner:

- Fagråd
- Koordineringsansvar (jfr. dagens ressurscenter i Sykehuset Innlandet)
- Områdeansvar (jfr. dagens hovedsenter i Sykehuset Innlandet)

7.8.1. Basisfunksjoner og spesialiserte funksjoner

I bakgrunns materialet til sak 038-2008 blir det lagt vekt på viktigheten av å samle spissfunksjonene og akuttfunksjonene, og det blir satt fokus på funksjonsfordeling og krav til et minimumsvolum for å utøve kvalitetsmessig god behandling.

Tabellen under er en modell for å gruppere de ulike fagområdene for Sykehuset Innlandet.

Fagområder ved alle sykehus	Fagområder ved noen sykehus	Spesialiserte fagområder døgn/dag/ø-hjelp
<ul style="list-style-type: none">• Indremedisin• Anestesi• DPS/BUP• Røntgentilbud	<ul style="list-style-type: none">• Generell kirurgi• Ortopedi• Radiologi• Gyn/føde	<ul style="list-style-type: none">• Barn• Kompleks rehabilitering• Onkologi inkl. stråle• Nevrologi• Revmatologi• Revmakirurgi• Gastrokirurgi• Mamma-endokrinkirurgi• Urologi• Kar• Hematologi• Sentralsykehusfunksjon psykisk helsevern• Øye• Øre-nese-hals• Hjemmerespirator behandling• Nefrologi

Fagområder som skal være ved alle sykehus med lokalsykehusfunksjoner er indremedisin, klinisk kjemisk lab., røntgentilbud, anestesi, DPS og BUP.

Fagområder som skal være ved noen sykehus er generell kirurgi, ortopedi, radiologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer. For hvert av disse områdene må det være en kontinuerlig vurdering om det er god nok kompetanse/kvalitet på tjenestene og faglig rett å opprettholde tilbud med døgnfunksjoner/vakt ved de sykehus som har tilbud innen fagområdene.

Spesialiserte fagområder vil kreve en organisering med koordineringsansvar eller områdefunksjon for å kunne opprettholde krav til kvalitet og kompetanse.

7.8.2. Sykehuset Innlandet har samlet noen spesialiserte funksjoner

Det er i dag områdeansvar for følgende fagområder:

Nevrologi	Divisjon Lillehammer
Øye	Divisjon Elverum-Hamar
Urologi	Divisjon Elverum-Hamar
Karkirurgi	Divisjon Elverum-Hamar
Revmakirurgi	Divisjon Lillehammer
Revmatologi	Revmatismesykehuset AS – jfr. samarbeidsavtale av 22.02.05
Kompleks rehabilitering	Divisjon Habilitering og rehabilitering

Det er i dag koordineringsansvar for følgende fagområder:

Onkologi	Divisjon Gjøvik
----------	-----------------

Sykehuset Innlandet vil høsten 2008 tildele følgende divisjoner koordineringsansvar:

Barn	Divisjon Lillehammer
Gyn/føde	Divisjon Lillehammer
Gastrokirurgi	Divisjon Gjøvik
Ortopedi	Divisjon Elverum-Hamar

For kreftkirurgi gis behandlingen ved følgende avdelinger i Sykehuset Innlandet:

Kreft i nyre	Divisjon Elverum-Hamar
Kreft i endetarm	Divisjon Elverum-Hamar og divisjon Gjøvik
Kreft i tykktarm	Det er klare føringer på at pasientgrunnlaget må være større enn 20 pasienter årlig, og i henhold til vedtak i Helse Øst skal dette skje på tre steder i Sykehuset Innlandet. Kreft i tykktarm opereres i dag ved divisjonene Elverum-Hamar, Gjøvik, Lillehammer og Kongsvinger og alle enheter har mer enn 20 operasjoner per år. Sykehuset Innlandet må kontinuerlig vurdere hvorvidt det er tilstrekkelig volum ved enhetene for å opprettholde denne type inngrep på fire steder.

Sykehuset Innlandet vil i løpet av 2008/2009 utrede ansvarsnivå for følgende somatiske fagområder:

Mamma-endokrinkirurgi
Hematologi
Nefrologi
Øre-nese-hals
Hjemmerespirator behandling
Kreft i magesekk
Kardiologi

I oppfølgingen av denne saken og i forbindelse med arbeidet med ”Strategisk utviklingsplan 2009-2012” eller senere vil det være aktuelt å tildele ansvarsfunksjoner for andre spesialiteter/pasienttilbud enn de som er nevnt her.

Effekter på kort og lang sikt

- Etablering av overordnede ansvar for fagutvikling og faglige prosedyrer vil sikre at Sykehuset Innlandet kan opprettholde og videreutvikle sine behandlingstilbud i en desentralisert modell med god kvalitet.
- Standardiserte behandlingsforløp ved de ulike enhetene gir gode desentraliserte tilbud til befolkningen

Konsekvenser

- Viderefører en ressurskrevende struktur.
- Krever betydelig arbeid å beholde og videreutvikle kvalitet og kompetanse med en desentralisert struktur.

7.9. Styrevedtakets pkt. 6i – utvikling av framtidig behandlingsskapasitet

”Følgende prinsipper til grunn for utvikling av framtidig behandlingsskapasitet:

- *Det foretas en omfordeling av liggedøgnskapasiteten mellom fagområder i tråd med framtidig behov.*
- *Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter må utnyttes optimalt, og det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres.*
- *Opptrappingsplanens intensjoner om mer lik tilgjengelighet til tjenestene innen psykisk helsevern realiseres. Målet innen psykisk helsevern for voksne er mindre variasjon i forbruk mellom helseforetakene og bedre oppgavefordeling mellom sykehus og DPS (med fordeling 50/50 i 2015).*
- *Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås. Eksisterende hensiktsmessige bygg og behandlingsskapssteder må utnyttes slik at de pasienter som i dag behandles i gamle uhensiktsmessige bygg får bedre behandlingstilbud. Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres. Frigjort ressurser brukes til å sikre den foreslåtte omstruktureringen innenfor psykisk helsevern.”*

Status liggedøgnskapasitet somatiske divisjoner

Antall heldøgnsplasser er nå redusert til 817 døgnsplasser ved inngangen til 2008, og det er planlagt nedtak av senger i 2008 til et totalt sengetall på 771 normerte senger.

SINTEF-rapporten ”Aktivitets- og kapasitetsanalyse sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF” beregnet et kapasitetsoverskudd på 70 heldøgnsplasser innen de somatiske fagområdene i Sykehuset Innlandet i 2015, forutsatt antall opphold redusert med 10 % og antall liggedager redusert med 5 %. Om det i tillegg beregnes at gjennomsnittlig liggetid reduseres til 4,0 døgn, vil det i følge SINTEF være et kapasitetsoverskudd på 143 heldøgnsplasser. Sykehuset Innlandet hadde i 2006 913 døgnsplasser. Dette gir henholdsvis 843 og 770 heldøgnsplasser i Sykehuset Innlandet i 2015 om tallene fra SINTEF legges til grunn.

Det betyr at antall døgnsplasser i Innlandet allerede i løpet av 2008 vil være i tråd med de beregninger som er foretatt for døgnsplasser fram mot 2015.

Det ble i 2007/2008 gjennomført et prosjekt i Sykehuset Innlandet som blant så på potensialet for å videreutvikle tilbudene innen dagbehandling (kirurgi og ortopedi). Det er igangsatt tiltak for at de avdelinger i Sykehuset Innlandet som har lav andel dagkirurgi øker denne ut fra at det gir et bedre tilbud til pasientene og er mindre ressurskrevende.

Mål og tiltak

Sykehuset Innlandet vil søke å opprettholde antall somatiske heldøgns plasser som nå er etablert. Det forutsettes at dette lar seg gjøre innenfor de framtidige tildelte økonomiske rammer. Det vil i tillegg være viktig å se på fordelingen av sengekapasitet mellom fagområder og divisjoner ut fra endringer i sykdomspanorama, den faglige utviklingen og befolkningsutviklingen. Tiltak for å øke selvdekningen av spesialisthelsetjenester til befolkningen i opptaksområdet kan føre til behov for økt antall senger med tilhørende pleiebemannning.

Effekter på kort og lang sikt

Stabil drift av sengeposter i Sykehuset Innlandet. Videreutvikle tilbud om dagbehandling for å møte eldrebølgen og påfølgende behov for diagnostikk og behandling. Det vil også være viktig å arbeide med pasientforløp og samhandling med kommunchelsetjenesten for fortsatt å kunne redusere liggetid.

Konsekvenser

Til nå har reduksjoner av senger og dermed personell vært et av de viktigste tiltak for å kunne oppnå økonomisk balanse. Framover må Sykehuset Innlandet finne andre tiltak for å kunne imøtekomme framtidige økonomiske krav til innsparinger.

8. Involverende prosess

Sykehuset Innlandet har gjennomført en involverende prosess i arbeidet med å utforme strategier for eget helseforetak.

Det har vært avholdt flere informasjons- og innspillmøter med tillitsvalgte og vernetjenesten på foretaks- og divisjonsnivå, en større lederkonferanse hvor denne saken var hovedtema, det har vært sendt ut skriftlig informasjon til alle ledernivåer og saken har vært drøftet i divisjonene. Videre har saken vært tema på de arenaene hvor Sykehuset Innlandet møter representanter for primærhelsetjenesten og fastlegene. Forankringen og utformingen av det konkrete arbeidet med samhandlingen med kommunene og fastlegene, vil fortsette etter at saken er styrebehandlet.

Utkastet til styresak ble drøftet med foretakstillitsvalgte og -hovedvernombud i møte den 21. mai 2008. De tilstedeværende representantene sluttet seg til hovedstrategiene som framkommer i saksframstillingens kap. 6 og 7. De tillitsvalgte og vernetjenesten er positive til at Sykehuset Innlandet skal bygge videre på den eksisterende hovedstrukturen og at fokus rettes mot den faglige utviklingen, styrket samarbeid mellom driftsenhetene og styrket samarbeid med kommunene og fastlegene.

9. Administrerende direktørs vurderinger

Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst er en direkte følge av sammenslåingen av de regionale helseforetakene Helse Øst RHF og Helse Sør RHF. Å foreta en betydelig omlegging og omstrukturering av spesialisthelsetjenestene i Oslo-området var en viktig begrunnelse og premisse for sammenslåingen av de to regionale helseforetakene, i første rekke utløst gjennom at de to store helseforetakene Ullevål Universitetssykehus og Rikshospitalet-Radiumhospitalet med dette fikk samme eier. Det er i prosessene forut for og etter sammenslåingen godt dokumentert at det foreligger et betydelig potensiale for gevinster gjennom reorganisering av sykehusstilbudene i Oslo-området.

Etter administrerende direktørs mening er det utelukkende positivt at de pågående prosessene er satt i gang. Det er skapt betydelige forventninger til at det skal skapes gevinster som også skal komme befolkningen utenfor hovedstaden til gode, både i forhold til kvalitet på tilbudene, frigjøring av økonomiske ressurser og tilgang på fagpersoner og kompetanse.

Gjennom de beslutninger som styret i Helse Sør-Øst RHF gjorde i sitt møte den 17. april i år (sak 038-2008) ble en hel rekke viktige premisser for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen nedfelt. Grunntanken er at alle endringer skal komme pasientene til gode. Inndelingen i sykehusområder med 3-500.000 innbyggere er ment å være et viktig strategisk virkemiddel for videreutvikling av tjenestene innen hovedstrategien om å ”samle det som må samles og desentralisere det som kan desentraliseres”. I styrevedtaket legges det opp til inndeling i sju sykehusområder i regionen, og Sykehuset Innlandet er ett slikt område. Det er positivt at det samlede opptaksområdet for Sykehuset Innlandet på knapt 400.000 mennesker beholdes inntakt gjennom at Nes kommune i Akershus også i fortsettelsen skal være en del av foretakets område. Denne beslutningen gir et godt grunnlag for videre planlegging av helheten i Sykehuset Innlandet, og spesielt for den videre utviklingen av SI Kongsvinger som lokalsykehus med akuttfunksjoner.

Når det nå er fastlagt at Sykehuset Innlandet vil være et relativt stort sykehusområde innen Helse Sør-Øst-gruppen, er det etter administrerende direktørs mening viktig at foretaket i denne saken signaliserer tydelige faglige ambisjoner om å kunne tilby avanserte og spesialiserte funksjoner i eget foretak ved siden av gode lokalsykehusfunksjoner. Noen slike funksjoner er omhandlet i saksframstillingens pkt 7.2 ovenfor, slik som invasiv hjerteutredning og behandling, og flere kirurgiske funksjoner. Stråleterapienheten ved SI Gjøvik bør også utvikles til å kunne tilby nye og flere behandlingstilbud. Videreutvikling av tilbudet av flere spesialiserte funksjoner i Sykehuset Innlandet, forutsetter gode modeller for funksjonsfordeling mellom driftsenhetene. Utvikling av nye tilbud forutsetter at det ikke blir unødige interne konflikter om lokaliseringer.

Helse Sør-Øst RHF legger også som føring at de enkelte sykehusområdene skal kunne ha en ”selvdekningsgrad” på 80-90 % av det samlede tjenestebehovet i befolkningen. For de somatiske tjenester ligger Sykehuset Innlandet i dag på ca 75 % selvdekning, og det er i denne saken løftet fram en klar ambisjon om å ”hente hjem” tjenester. Det kan nevnes at et sammenlignbart foretak som Sørlandet Sykehus HF har en selvdekning på bortimot 85 %. For Sykehuset Innlandet vil det i første rekke være elektive tjenester som vil kunne utføres på nåværende sykehusavdelinger uten ytterligere investeringer og med marginale økte ressurser, som vil kunne ”hentes hjem”. Alternativet er at Sykehuset Innlandet får gjestepasientkostnader for pasienter som velger å reise ut av Innlandet for å få behandling. Det anses derfor også å kunne være en klar ressursmessig gevinst for Sykehuset Innlandet å øke selvdekningsgraden. Det må i neste omgang utformes konkrete handlingsplaner for realisering dersom eier gir tilslutning til denne ambisjonen.

Sykehuset Innlandet har eksistert som eget foretak siden 2003. Siden den gang er det gjennomført omfattende organisatoriske og strukturelle prosesser som det kortfattet er redegjort for i pkt 5 ovenfor.

Mange av stab- og støttefunksjonene er reorganisert og samlet samtidig som det er gjort omfattende endringer i oppgaveorganiseringen av kjernefunksjonene bygd på prinsippene om samling og desentralisering. Det er dessuten gjort et omfattende arbeid for å fastlegge hovedstrukturen og etablert en plan for større investeringer i et perspektiv mot 2020.

Mandatet som Sykehuset Innlandet har fått som følge av vedtakene i sak 038-2008 i Helse Sør-Øst RHF, kan tolkes som en beskjed om å gjennomføre nye gjennomgripende analyser og vedtak om struktur og organisering. Spesielt føringene om organisering av spesialiserte funksjoner og samling av akuttkirurgien til ett sykehus, skulle tilsi betydelig omstillinger for Sykehuset Innlandet. En alternativ tolkning er at Sykehuset Innlandet skal bygge videre på det omfattende arbeidet som er gjort de senere årene og legge til rette for gradvise endringer bygd på de strategier som foretaket har arbeidet etter siden etableringen. Administrerende direktør er av den mening at det beste for Sykehuset Innlandet er å bygge videre på det arbeidet som er gjort, og så langt som det er hensiktsmessig bygge inn føringene fra Helse Sør-Øst i utviklingen av foretakets strategier. Det betyr at administrasjonen har oversatt føringene fra eier til den aktuelle situasjonen Sykehuset Innlandet befinner seg i, hvor geografien med svært store avstander er en viktig rammebetingelse ved siden av erfaringene og resultatene fra de siste års arbeid. Konsekvensen av dette er at administrasjonen i denne omgang ikke foreslår større endringer av strukturen eller av akuttfunksjonene, verken innen kirurgi eller andre tilbud. Vi foreslår å bygge videre på den desentraliserte hovedstrukturen som eksisterer, vel vitende om at dette ressursmessig er en krevende struktur, og en struktur som har sine styrker og svakheter når det gjelder utformingen av tilbudene.

Sykehuset Innlandet vil videreutvikle sine tilbud bygd på strategien om ”gode og likeverdige tjenester nærmest mulig der pasienten bor”. På flere områder blir Sykehuset Innlandet betydelig utfordret av vedtakene i Helse Sør-Øst RHF også når det gjelder de desentraliserte tilbudene. Dette gjelder spesielt i å få til et styrket samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten, samt et enda bedre tilbud ved lokalsykehusene. Konkrete tiltak skisseres i saksframstillingens pkt. 7 ovenfor. Etter administrerende direktørs vurdering er utgangspunktet i Sykehuset Innlandet meget godt til å utvikle enda bedre lokalsykehusetilbud. Det kommer i framtida til å bli lagt stor vekt på å få til en god samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene, men også her anses utgangspunktet som godt.

Et styrket samarbeid mellom driftsenhetene i Sykehuset Innlandet og fokus på den helhetlige faglige utviklingen blir et hovedanliggende i årene som kommer. I og med at hovedstrukturene skal ligge fast bør det ligge godt til rette for et sterkt og konstruktivt faglig utviklingsarbeid i tiden som kommer. Å få fagrådene, koordineringsansvar og områdeansvaret til å fungere blir i fortsettelsen en hovedoppgave for foretaksledelsen. Disse funksjonene er tidlige, og i denne saken, gitt tydelige definisjoner og mandat, og vil være viktige virkemidler for styrket faglig samarbeid. Dette arbeidet har også som hensikt å få til mest mulig standardiserte behandlingsforløp slik at pasientene får mest mulig lik behandling for samme type lidelse uavhengig av behandlingssted i foretaket. Dette har både en kvalitativ og rasjonell hensikt. For at dette arbeidet skal bli tilstrekkelig prioritert, er det etter administrerende direktørs mening avgjørende at ansvaret for de enkelte funksjonene (fagråd, koordineringsansvar, områdeansvar) fordeles og knyttes direkte til divisjonsdirektørene. Det gir den enkelte geografiske divisjonsdirektør en svært viktig faglig funksjon for helheten i Sykehuset Innlandet. I denne saken er noen viktige koordineringsfunksjoner delt ut til spesifikke divisjoner, jfr. pkt 7.8.2. ovenfor.

I det videre arbeidet med ”Strategisk utviklingsplan 2009-2012” vil det som er redegjort for i denne saken, være et viktig grunnlag for videre bearbeiding og dialog. Administrerende direktør tar sikte på å legge fram for styret et innspillsdokument til ”Strategisk utviklingsplan 2009-2012” i slutten av juni.