

Vurdering av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus

Innhold

1. Oppdraget	4
Tidligere utredninger og styrevedtak	4
2. Organisering, mandat og gjennomføring	5
Organisering	5
Mandat	5
Om arbeidet	6
Rapporten.....	7
3. Dette er sykehuset i Kongsvinger	7
Historie	7
Kongsvinger sykehus per i dag	8
Organisering og aktivitet somatikk.....	9
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
Prehospitale tjenester	10
Kvalitet.....	10
Døgncapasitet ved Kongsvinger sykehus	11
Bygninger, utstyr og teknisk tilstand	12
Kongsvinger sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan	13
4. Befolkning og folkehelse	14
Kommuner, innbyggere og opptaksområde	14
Folkehelseprofil	14
Samfunnsmedisinske betraktninger.....	15
Kommuner som i dag har delt tjenestetilbud	16
På vei mot 2040 - hva skjer i og rundt Glåmdalen	17
5. Arbeidsplasser og kommunikasjon.....	18
Kommunikasjon og reisevei fra Kongsvinger sykehus.....	18
6. Dette er Sykehuset Innlandet.....	20
Planer.....	21
7. Dette er Akershus universitetssykehus	22
Kapasitet.....	23
8. Dagens pasientstrømmer somatikk – hvor behandles pasientene	24
9. Endring av pasientstrømmer ved endret foretakstilhørighet	25
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	26
10. Økonomiske effekter ved endret foretakstilhørighet	27

11.	IKT -konsekvenser ved endret foretakstilhørighet.....	29
12.	Gjennomgang av det samlede tilbudet ved Kongsvinger sykehus.....	31
	Spesielt om fødetilbudet.....	32
13.	Kapasitet, fleksibilitet og vekst i Oslo og Akershus	33
14.	Mulige modeller for framtidens Kongsvinger sykehus.....	34
	Modell 1 – Kongsvinger sykehus uten akuttfunksjoner	35
	Modell 2- Kongsvinger som akuttsykehus med tilpassede funksjoner	36
	Modell 3- Kongsvinger som stort akuttsykehus	37
15.	Personnlemmessige konsekvenser ved endret foretakstilhørighet	39
16.	Tidspunkt for en eventuell overføring.....	40
17.	Oppsummering.....	40
	Foretakstilhørighet i pasient- og pårørendeperspektiv	40
	Foretakstilhørighet, faglig samarbeid og kvalitet.....	41
	Foretakstilhørighet, kapasitet, fleksibilitet og konsekvenser for Kongsvinger sykehus	42
18.	Alternative løsninger	43
19.	Vurderinger fra prosjektgruppen	44
	Vurdering fra kommuneside og sykehusaksjon	44
	Vurdering fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet	45
	Spesielt om kommuner med delt tjenestetilbud i dag – Åsnes og Nes.....	46

1. Oppdraget

I foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 17. august 2015 ble det bedt om at det i Helse Sør-Øst sitt arbeid med analyse og kapasitetsbehov 2030 også vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.

Tidligere utredninger og styrevedtak

Styrevedtak i Sykehuset Innlandet

Styret i Sykehuset Innlandet ble orientert om delplaner til helhetlig utviklingsplan 5. september 2013 (sak 057-2013). Styret vedtok følgende: " Styret konstaterer at forslaget i delplanen om å utrede foretakstilknytningen til Kongsvinger sitt opptaksområde har bred tilslutning og at det er knyttet forventninger til at dette blir fulgt opp raskt. Styret ber derfor administrerende direktør snarlig ta kontakt med Helse Sør-Øst for å klargjøre tilnærming, innhold og fremdrift i en slik prosess."

Utredning av tilknytning for Nes kommune

Sykehustilhørighet for befolkningen i Nes kommune ble utredet i 2013 av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Sør-Øst. I sin innstilling av 27.11.2013 kom gruppen med følgende anbefaling: "Ut fra en samlet vurdering anbefaler arbeidsgruppen:

- Nes kommunens befolkning får et samlet tilbud ved Akershus universitetssykehus.
- Overføringstidspunktet fastsettes når kapasitetsutredningene i Helse Sør Øst er gjennomført og foretakstilhørighet for sykehuset på Kongsvinger er avklart."

I styresak 090-2014 i Helse Sør-Øst RHF - *Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst – grunnlag for videre utvikling og planlegging*, står det at "sykehustilhørigheten for Nes kommune bør sees i sammenheng med videre arbeid med kapasitetsutfordring ved Akershus universitetssykehus og utviklingsplaner ved Sykehuset Innlandet".

I styresak 052-2016 i Helse Sør-Øst RHF - *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*, står det "I foretaksmøteprotokoll 15. august 2015 er det forutsatt at det i det videre arbeidet med å analysere kapasitetsbehovet vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.

Oppfølging av dette punktet vil inngå i arbeidet med regional utviklingsplan, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan. Arbeidet med regional utviklingsplan starter nå og administrerende direktør har invitert Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet inn i en arbeidsgruppe for å utrede konsekvenser av en slik endring. Vurdering av Nes kommunes tilhørighet vil være en del av denne utredningen. "

2. Organisering, mandat og gjennomføring

I august 2016 etablerte Helse Sør-Øst RHF en prosjektgruppe som skulle vurdere om og eventuelt hvordan Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde kan overføres til Akershus universitetssykehus, eller om Kongsvinger sykehus fortsatt bør være en del av Sykehuset Innlandet. Mandatet (vedlegg 1) ble 2. november 2016 utvidet til også å beskrive hvordan Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus ser for seg framtidens Kongsvinger sykehus basert på modellene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Organisering

Prosjektgruppen har hatt bred representasjon fra kommuner i Glåmdalsregionen, samt ledelse, verneombud, tillitsvalgte og brukere fra Sykehuset Innlandet. I tillegg har to representanter fra ledelsen ved Akershus universitetssykehus deltatt i prosjektgruppen:

Sykehuset Innlandet	Astrid Bugge Mjærum, viseadministrerende direktør*
Sykehuset Innlandet	Gunn Godtland Bakke, divisjonsdirektør psykisk helse
Sykehuset Innlandet	Geir Kristoffersen, divisjonsdirektør prehospitaltjenester
Sykehuset Innlandet	Spesialrådgiver Dagny Sjaatil*
Akershus universitetssykehus	Tone Ik Dahl, viseadministrerende direktør*
Akershus universitetssykehus	Øystein Kjos, divisjonsdirektør psykisk helsevern
Bruker	Randi Aasvestad, Brukerkontoret Kongsvinger sykehus
Bruker	Per Rasmussen, Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet*
Tillitsvalgt Kongsvinger sykehus	Øyvind Mikkelsen Ottestad, LIS, Kongsvinger sykehus*
Hovedverneombud Kongsvinger sykehus	Magne Tronstad, Kongsvinger sykehus*
Konserntillitsvalgt	Irene Kronkvist, Unio
Konserntillitsvalgt	Terje Keyn, Akademikerne
Konserntillitsvalgt	Lasse Sjølvberg, LO
Kongsvinger kommune	Sjur Strand, ordfører*, Åge Henning Andersen, kommunelege
Grue kommune	Åse Bjerke Lilleåsen, varaordfører
Eidskog kommune	Kamilla Thue, ordfører og Gunn Gjester (vara)
Sør-Odal kommune	Knut Hvithammer, ordfører
Nord-Odal kommune	Randi Standerholen, leder for helse- og omsorgsetaten
Åsnes kommune	Toril Gundersen, kommunalsjef helse, pleie og omsorg
Nes kommune	Unni Berit Schjervheim, kommuneoverlege*
Sykehusaksjonen	May Sønsterud
Prosjektleder Helse Sør-Øst RHF	Andreas Moan*
Sen. finansrådgiver Helse Sør-Øst RHF	Kirsti Bjørge*

* Deltok også i arbeidsgruppe som har forberedt prosjektgruppemøtene.

Mandat

I mandatet til prosjektet fra administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF står det følgende: Prosjektgruppen skal:

- Innhente synspunkter fra berørte helseforetak, berørte kommuner, brukermiljøer og tillitsvalgte, samt gjennomføre en åpen prosess som involverer de samme miljøene
- Kort beskrive dagens tjenestetilbud ved Kongsvinger sykehus

- Beskrive hvor befolkningen i opptaksområdet til Kongsvinger sykehus i dag får spesialisthelsetjenester (pasientstrømmer) og beskrive forventet befolkningsutvikling
- Beskrive faglige og økonomiske konsekvenser av en eventuell overføring av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF - hva betyr foretakstilknytning i praksis for pasientforløpene og hva blir de økonomiske konsekvensene for de to helseforetakene
- Basert på modellene i Nasjonal helse- og sykehusplan, beskrive hvordan Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF ser for seg framtidens Kongsvinger sykehus – det vil si beskrive faglig innhold og type aktivitet (inkludert medisinske akuttfunksjoner, elektiv og akutt kirurgi, bruk av intensiv og fødetilbud)
 - Akershus universitetssykehus HF og hovedstadsområdet preges av betydelig befolkningsvekt med tilhørende kapasitetsutfordringer for helseforetakene/sykehusene. Det er et premiss fra tidligere styresaker i Helse Sør-Øst RHF at man ikke skal treffe tiltak som gjør denne situasjonen mer utfordrende. Det betyr at en eventuell overføring av Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde ikke skal øke belastningen på Akershus universitetssykehus HF
 - Det finnes i dag ledig kapasitet (senger, operasjonsstuer, dialysekapasitet med mer) på Kongsvinger sykehus og denne kapasiteten skal beskrives, og det skal vises konkret om og hvordan hhv. Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF vil benytte denne kapasiteten. Herunder skal det beskrives om det er aktuelt å utvide opptaksområdet til Kongsvinger sykehus og i så fall med hvilke kommuner/områder
 - Kongsvinger sykehus har i dag tilbud innen revmatologi og øye, og dette er tilbud som per i dag ikke finnes ved Akershus universitetssykehus HF. Hva tenker man om disse tilbudene i de to helseforetakene
 - Dagens fødetilbud skal beskrives, og det skal beskrives og vurderes ulike utviklingsretninger for framtidig fødetilbud som del av hhv Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF
- Vurdere om det er aktuelt å overføre deler av opptaksområdet (enkeltkommuner) til Akershus universitetssykehus HF fra Sykehuset Innlandet HF og beskrive konsekvenser av en slik endring av opptaksområde
- Tilbudene innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, somatikk og prehospitaltjenester skal vurderes sammen

Gjennomføre risikoanalyse av alternativene. Risikoanalysen skal minst omfatte konsekvens for pasientforløp, faglig utvikling, prehospitaltjenester og samarbeid med kommunene.

Om arbeidet

Arbeidet startet 26.08.16 med allmøte på Kongsvinger sykehus. Det har vært fire møter i prosjekt- og arbeidsgruppene, egne dialogmøter med ordførere og administrerende direktører i de to berørte helseforetakene og flere møter med ulike brukerorganisasjoner, ansatte ved sykehuset med flere. To grupper har sett på henholdsvis pasientstrømanalyser og økonomiske konsekvenser. Disse har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF og hatt representasjon fra Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus. Gruppens underlagsrapporter er vedlagt (vedlegg 2 og 3).

I utredningen er det også avholdt et møte med Oslo universitetssykehus som har ansvaret for prehospitaltjenester for Akershus sykehusområde.

Konkretiseringen av modeller for framtidens Kongsvinger sykehus ble utført i samarbeid mellom prosjektledelsen i Helse Sør-Øst og berørte fagansvarlige og ledere i Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus i to separate møter. Ledelsen på Akershus universitetssykehus har også vært på befaring på Kongsvinger sykehus.

Arbeidet ble ferdigstilt 24.03.2017 og rapporten sendes på høring.

Rapporten

I rapporten presenteres Sykehuset Innlandet, Kongsvinger (Kongsvinger sykehus) først, sammen med psykisk helsevern, prehospitaltjenester og øvrige funksjoner. Deretter følger en kartlegging av befolkningen, folkehelseprofil og samfunnsmedisinsk vurdering, avstander og reiseveier, pendlevei og pasientstrømmer, samt forventet befolkningsutvikling. Kommunene Nes i Akershus fylke og Åsnes i Hedmark fylke omtales spesielt fordi de benytter spesialisthelsetjenester både i Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus.

Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus presenteres slik de er i dag, og hvordan de hver for seg ser muligheter for en framtidig drift av sykehustjenestene i Kongsvinger sykehus.

3. Dette er sykehuset i Kongsvinger

I dette kapittelet gis en kortfattet oversikt. En mer detaljert beskrivelse finnes i vedlegg 4 "Oppgaver og funksjoner i Kongsvinger sykehus".

Historie

Den første offentlige sykehusseng i Hedmark ble opprettet i Kongsvinger 23. november i 1792 da et kongebrev ga garnisonskirurgen på Kongsvinger festning tillatelse til å ta syke i kur. Kongsvinger sykehus ble etablert i Kongsvinger som erstatning for sykehusene i Skarnes og på Skotterud i mars 1963.

I 1975/76 sto andre byggetrinn klart og sykehuset hadde da 220 senger. Det var fødeavdeling, gynekologisk sengepost, to kirurgiske sengeposter, to medisinske sengeposter og egen hjerteovervåkning med seks plasser. Sengepost for ortopedi og revmakirurgi kom i 1979 etter påtrykk fra revmatismesykehuset i Sør Odal. I 1988 ble også revmatologien flyttet til Kongsvinger sykehus. Psykiatrisk poliklinikk kom i drift høsten 1988 og dekket omlandet Åsnes, Grue, Eidskog, Kongsvinger, Sør-Odal og Nord-Odal. Dette var i første rekke en poliklinikk for voksne.

Hedmark fylkeskommune var eier av sykehuset fram til 2002, da sykehuset ble et eget helseforetak. I perioden 2003-2010 var Kongsvinger sykehus en autonom divisjon i Sykehuset Innlandet. Fra 2011 ble den somatiske virksomheten ved Kongsvinger sykehus værende i en egen divisjon, mens de øvrige funksjonene i sykehuset ble underlagt tverrgående divisjoner i Sykehuset Innlandet.

Samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet har vært et av sykehusets innsatsområder i mange år. Allerede i 1997 inngikk sykehuset en samarbeidsavtale om utskriving av pasienter.

Kongsvinger sykehus per i dag

Kongsvinger sykehus ivaretar i dag lokalsykehusfunksjoner for

- Indremedisin (generell)
- Kirurgi/ortopedi
- Akuttmedisin/traume
- Radiologi
- Føde- og barselavdeling og gynekologi
- Øyesykdommer
- Revmatologi med spesialisert rehabilitering
- Barnesykdommer
- Øre-nese-hals

Til sammen 10 spesialiteter er representert i sykehuset.

I tillegg til somatiske funksjoner er seksjoner av divisjon Medisinsk service (lab, blodbank, medisinsk-teknisk avdeling), divisjon Eiendom og internservice (teknisk, renhold/tekstil, servicetorg, forsyning, mat), divisjon Psykisk helsevern (distriktpsykiatrisk senter (DPS) Kongsvinger, barne- og ungdomspsykiatri (BUP) Hedmark) og divisjon Prehospitale tjenester plassert ved Kongsvinger sykehus. Stabsfunksjonene HR og økonomi/regnskap har også representanter lokalt.

Forbruk årsverk endres fra måned til måned og år til år, av den grunn gjengis forbruk årsverk med cirkatall. Sykehuset har per i dag ca. 77 legeårsverk, ca. 230 årsverk pleiepersonale og ca. 130 årsverk andre som ivaretar klinisk virksomhet. I tillegg benyttes ca. 26 årsverk i medisinske servicefunksjoner og ca. 64 årsverk til ikke-medisinske tjenester lokalt i Kongsvinger.

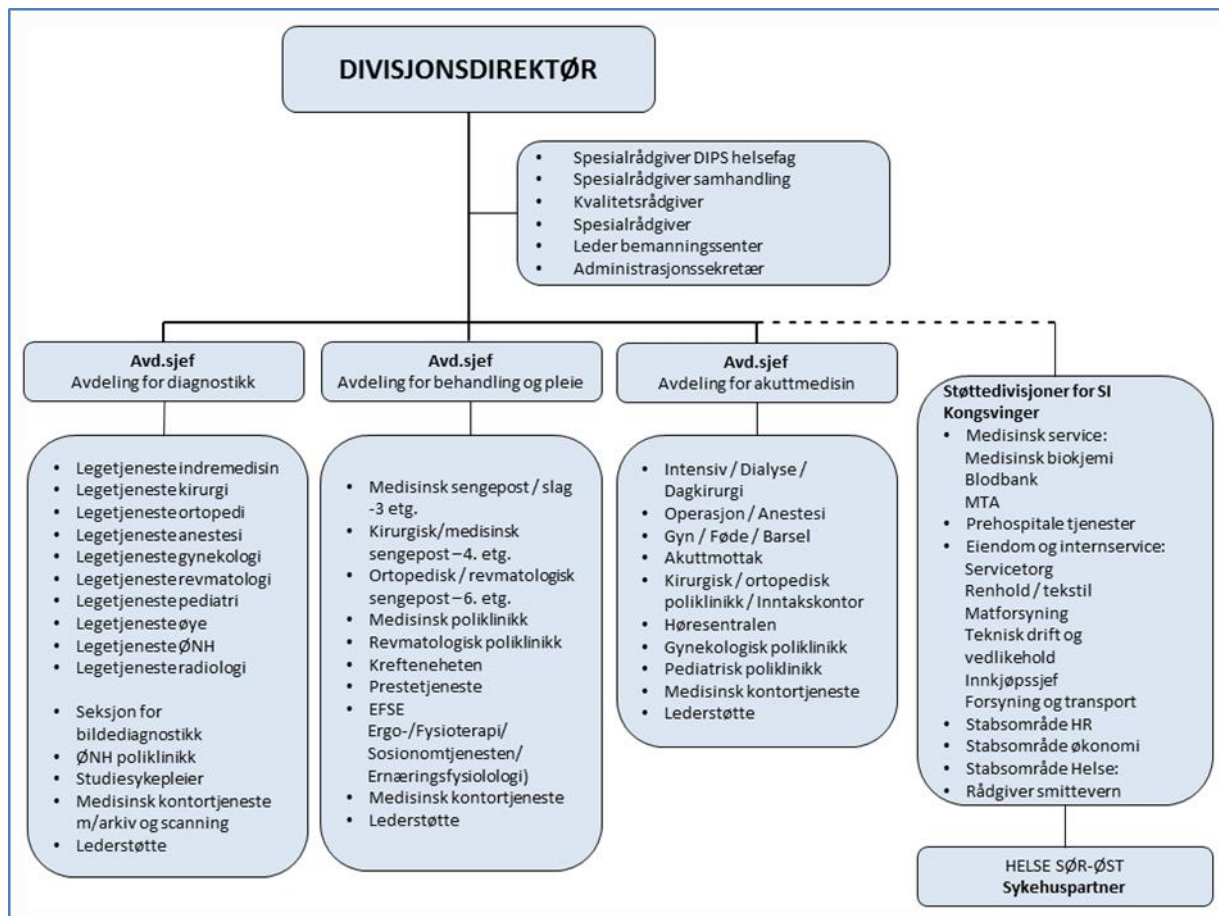
Distriktpsykiatrisk senter er budsjettet med 30 årsverk i poliklinikk, 31 årsverk i døgnenheten og 11 årsverk til tverrfaglig spesialisert rus- og avhengighetsbehandling (TSB), hvorav 9 legeårsverk. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk benytter 21 årsverk.

Ved ambulansestasjonene er det budsjettet med 39 årsverk.

I tillegg kommer de stillingene som er felles for alle spesialisthelsetjenestene i hele Sykehuset Innlandet, bl.a. servicestillinger og støttefunksjoner som er knyttet til hovedadministrasjonen (bl.a. ved administrasjonssenteret i Brumunddal).

Organisering og aktivitet somatikk

Kongsvinger sykehus er en del av Sykehuset Innlandet. På Kongsvinger ser organisasjonskartet slik ut:



Aktivitet Kongsvinger sykehus	2011	2012	2013	2014	2015
Dagbehandling	5 182	5 290	5 427	5 647	6 151
Pol.klin. kontakt somatikk	39 810	41 929	43 705	48 906	53 353
Døgnopphold	7 519	7 355	7 351	7 829	7 869
Liggetid (uten revmatologi)		4,0	3,7	3,6	3,71
Fødsler	480	449	419	399	404
DRG-poeng	10 081	10 551	10 211	11 105	11 372

Behandlingstilbudet er de senere årene dreid over fra døgn til dag og poliklinikk i tråd med ønsket utvikling.

I 2015 var det 404 fødsler i Kongsvinger. Av disse var 68 kvinner fra Nes og 64 fra øvrige Akershus fylke, totalt 32,7 %.

Se for øvrig vedlegg 4 «Oppgaver og funksjoner i Kongsvinger sykehus».

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Divisjon Psykisk helsevern er en tverrgående divisjon i Sykehuset Innlandet (og vises derfor ikke på organisasjonskartet for Kongsvinger sykehus over) som har følgende aktivitet i Kongsvinger:

Distriktpsikiatrisk senter, DPS:

Poliklinikken består av en voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og en TSB-poliklinikk. I VOP er det organisert et ambulant akutt team med psykologspesialist og psykiater. LAR (legemiddelstyrt rehabilitering) er organisert under TSB. 1766 pasienter fikk et behandlingstilbud i poliklinikken i 2015. Dette utgjorde 19833 kontakter.

Døgnetenheten har 14 sengeplasser og all behandling er frivillig. Dette inkluderer akuttsenger og brukerstyrt seng. Aktuelle lidelser som behandles er depresjon, ulike grader og former for angst, personlighetsproblematikk, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, tvangsproblematikk og psykoseproblematikk. 156 pasienter var innlagt i 2015, noe som utgjorde 4361 døgnopphold.

BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) gir utrednings- og behandlingstilbud til barn og unge i alderen 0-18 år, hvor det er påvist eller er mistanke om psykiske lidelser. Samarbeidspartnere er skoler, barnehager, PPT, barnevern, NAV og helsestasjoner.

Barn og unge benyttet samlet 7979 polikliniske konsultasjoner og til sammen 475 døgn i institusjon i 2015 innen psykisk helse.

Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester er også en tverrgående divisjon i Sykehuset Innlandet, og har tre ambulansestasjoner i Kongsvingers opptaksområde; Kongsvinger, Nord-Odal og Eidskog. Stasjonene har til sammen fire heldøgnsbiler og en deldøgnsbil.

Øvrige funksjoner tilknyttet sykehusets drift omtales i vedlegg 4 "Oppgaver og funksjoner i Kongsvinger sykehus».

Kvalitet

Kongsvinger sykehus har i årene 2010-2015 hvert år scoret dårligere enn landsgjennomsnittet på indikatoren "30 dagers total overlevelse", særlig hos eldre pasienter. Dette har vært og er gjenstand for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Samtidig scorer sykehuset tallmessig (men ikke statistisk signifikant) over landsgjennomsnittet på alle indikatorer for pasientopplevd kvalitet:

Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 4 av 5					
Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015	Endringer	
				2014-2015	2011-2015
Pleiepersonalet	192	80	77	↔	↔
Legene	189	78	76	↔	↔
Informasjon	192	77	73	↔	↔
Organisering	197	70	68	↔	↔
Pårørende	146	81	77	↔	↔
Standard	199	75	73	↔	↔
Utskriving	157	59	58	↔	↔
Samhandling	116	67	64	↔	↔
Ventetid	69	73	65	↔	↔

+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: . p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Kilde: Kunnskapssentret. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Tall fra januar 2016.

Døgnkapasitet ved Kongsvinger sykehus

Fagområde	Type/aktivitet	Antall senger	Lokalitet
Somatikk	Total antall senger	88	Kongsvinger
	Indremedisin	34	(Senger benyttes
	Generell kirurgi	24	fleksibelt
	Ortopedi	12	mellom
	Revmatologi	8	postene)
	Føde/barsel/gynekologi	8/2	
	Tekniske senger (po/intensiv)	9(6/7)	
Psykisk helsevern og rus	DPS	14	Kongsvinger
	Akuttpsykiatri, psykose	9	Sanderud
	Alderspsykiatri	3	Sanderud
	Sikkerhetspsykiatri	2	Reinsvoll
	BUP	<1	Kongsvinger
	Rus og avhengighet	2,5	Sanderud

Alle sengepostene i «høyblokka» er bygd like, med plass til 29 senger. I 6.etg benyttes 20 senger, fem dager per uke, hvilket gir en ledig kapasitet på ni senger. 7.etg er utleid til interkommunale akutte døgnplasser, det har vært ni senger i drift som vil reduseres til syv senger fra 2017.

I 5. etg er fødeavdeling og denne er ikke tatt med i vurderingen.

Etasje	Kapasitet	I bruk	Restkapasitet
3.etg	29	29	0
4.etg	29	29	0
6.etg	29	20	9
7.etg	29	7 (2017)	22(+7 hvis interkomm. ak. døgnplasser flytter)

En ekstra kapasitet på 31 (38) senger er altså lett tilgjengelig. I forbindelse med planene for bygging av helsehus i tilknytning til sykehuset, vil det dersom aktiviteten øker på Kongsvinger sykehus være mulig å ta i bruk ytterligere senger.

For ytterligere opplysninger, se vedlegg 4 «Oppgaver og funksjoner i Kongsvinger sykehus».

Bygninger, utstyr og teknisk tilstand

Kongsvinger sykehus består av en bygningsmasse som i hovedsak er fra perioden 1962-1975. Det er et tilbygg med apotek og tekniske funksjoner fra 1994 og kontor/møterom fra 2003. Terapibasseng finnes også i sykehuset.

DPS ligger like i nærheten av hovedhuset, i et nybygg fra 2009. BUP holder til i en eldre bygning på samme området.

Bygningsteknisk er sykehuset i relativt god stand, men med et klart vedlikeholdsbehov.

Norconsult gjorde en vurdering av tilstand og vedlikeholdsbehov i 2016. Der fremgår det at Kongsvinger sykehus har et funksjonsareal (BTA) på 20 182 kvm. Vektet alder er 43 år, og vektet tilstandsgrad er 1,5.

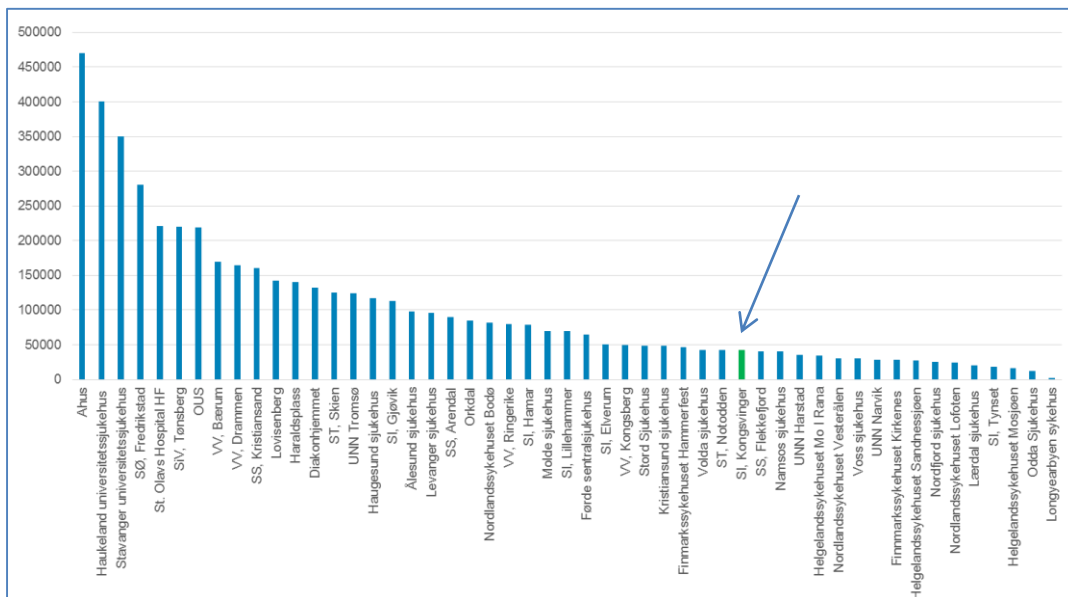
Det betyr at bygningenes alder og vedlikeholdstilstand er tilsvarende gjennomsnittet for sykehus i Helse Sør-Øst. Det tekniske oppgraderingsbehovet er beregnet til 71 millioner kroner i kortsiktige mål-tiltak (innen 0-5 år) og 71 millioner kroner i langsiktige bør-tiltak (6-10 år), noe som tilsier et investeringsbehov knyttet til vedlikehold på 14 millioner kroner per år.

Teknisk drift beskrives som relativt bra; medisinsk trykkluftanlegg er oppgradert nylig. Operasjonsstuene ble rehabilitert i 2008 og ny MR kom på plass i 2015.

Den største utfordringen er knyttet til ventilasjon og avløp hvor behovet for utbedring er stort. Intensivavdelingen har et relativt nytt og velfungerende ventilasjonsanlegg. Bygget er knyttet til fjernvarmeanlegg. Brannsikring er prioritert og i god stand.

Gjennomsnittlig alder på medisinsk-teknisk utstyr ved Kongsvinger sykehus er 10,3 år. Dette inkluderer anskaffet MR (1.5 T) i 2015. Gjennomsnittlig investering i perioden 2010-2015 har vært 7,3 millioner kroner årlig. Av umiddelbare fremtidige behov er det særskilt behov for ny CT, ultralyd og overvåkningsutstyr som estimert beløper seg til 18 millioner kroner.

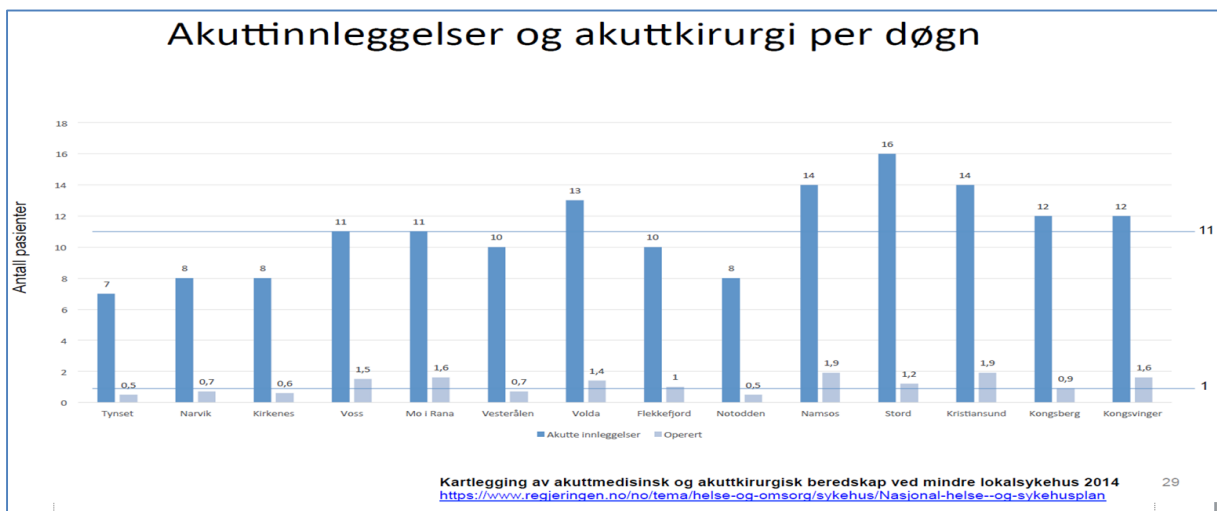
Kongsvinger sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan



Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan

Med et opptaksområde på i underkant av 50.000 mennesker er Kongsvinger noe mindre enn gjennomsnittet av norske sykehus.

Til sammen 68 % av de akutt syke pasientene fra opptaksområdet som har en medisinsk diagnose behandles på Kongsvinger. Tallene er lavere for kirurgiske pasienter, der 50 % behandles på Kongsvinger. Dette harmonerer godt med de tallene man ser ved andre norske sykehus av samme størrelse.



Kilde: Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk beredskap ved mindre lokalsykehus 2014.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/rapporter/id2464046/>

En undersøkelse av akuttinnleggelser i 2014 viste at det er 12 akuttinnleggelser i gjennomsnitt per døgn på Kongsvinger, og at 1,6 av øyeblikkelig-hjelp pasientene opereres mens de er innlagt. I 2015 var det i gjennomsnitt syv akuttinnleggelser på medisinsk avdeling, fem på kirurgisk og to på gynekologi/fødeavdeling per døgn (tall fra Sykehuset Innlandet).

4. Befolkning og folkehelse

Kommuner, innbyggere og opptaksområde

Kongsvinger sykehus leverer i hovedsak helsetjenester til de seks kommunene som er markert i tabellen nedenfor:

	2016	2018	2020	2025	2030	Δ2016-30	Andel SI		2016	2018	2020	2025	2030	Δ2016-30	Andel SI
Ringsaker	33 597	33 945	34 328	35 338	36 420	8 %	8,4 %	Øyer	5 072	5 138	5 193	5 325	5 477	8 %	1,3 %
Gjøvik	30 137	30 675	31 251	32 607	34 010	13 %	7,6 %	Åmot	4 429	4 476	4 530	4 656	4 791	8 %	1,1 %
Hamar	30 120	30 562	31 031	32 268	33 531	11 %	7,6 %	Ringebu	4 462	4 468	4 484	4 504	4 554	2 %	1,1 %
Lillehammer	27 476	28 012	28 521	29 698	30 939	13 %	6,9 %	Grue	4 763	4 679	4 625	4 536	4 491	-6 %	1,2 %
Elverum	21 030	21 516	21 999	23 138	24 329	16 %	5,3 %	Våler (Hedm.)	3 760	3 748	3 721	3 681	3 649	-3 %	0,9 %
Nes (Ak.)	20 783	21 402	21 973	23 207	24 372	17 %	5,2 %	Vågå	3 664	3 648	3 623	3 605	3 608	-2 %	0,9 %
Stange	20 119	20 419	20 747	21 548	22 359	11 %	5,0 %	Øystre Slidre	3 220	3 217	3 259	3 372	3 485	8 %	0,8 %
Kongsvinger	17 835	17 946	18 097	18 622	19 217	8 %	4,5 %	Sør-Fron	3 154	3 161	3 160	3 171	3 192	1 %	0,8 %
Østre Toten	14 906	15 007	15 109	15 350	15 643	5 %	3,7 %	Sør-Aurdal	3 058	2 999	2 980	2 953	2 967	-3 %	0,8 %
Gran	13 695	13 853	14 037	14 647	15 289	12 %	3,4 %	Dovre	2 701	2 669	2 657	2 644	2 635	-2 %	0,7 %
Vestre Toten	13 180	13 310	13 436	13 748	14 082	7 %	3,3 %	Alvdal	2 426	2 441	2 443	2 470	2 517	4 %	0,6 %
Lunner	9 044	9 191	9 379	9 864	10 324	14 %	2,3 %	Stor-Elvdal	2 600	2 583	2 566	2 528	2 484	-4 %	0,7 %
Sør-Odal	7 901	7 976	8 088	8 438	8 824	12 %	2,0 %	Lom	2 347	2 319	2 313	2 314	2 327	-1 %	0,6 %
Løten	7 588	7 668	7 760	7 980	8 189	8 %	1,9 %	Vestre Slidre	2 168	2 135	2 131	2 127	2 136	-1 %	0,5 %
Åsnes	7 456	7 425	7 416	7 466	7 553	1 %	1,9 %	Skjåk	2 204	2 175	2 143	2 101	2 064	-6 %	0,6 %
Nordre Land	6 751	6 786	6 822	6 908	7 023	4 %	1,7 %	Lesja	2 055	2 022	2 008	1 972	1 951	-5 %	0,5 %
Nord-Aurdal	6 458	6 441	6 434	6 542	6 664	3 %	1,6 %	Os (Hedm.)	1 956	1 925	1 919	1 886	1 881	-4 %	0,5 %
Trysil	6 525	6 486	6 447	6 356	6 304	-3 %	1,6 %	Rendalen	1 881	1 849	1 826	1 788	1 758	-7 %	0,5 %
Gausdal	6 227	6 239	6 252	6 243	6 257	0 %	1,6 %	Vang	1 590	1 582	1 584	1 614	1 650	4 %	0,4 %
Eidskog	6 142	6 091	6 080	6 099	6 170	0 %	1,5 %	Tolga	1 620	1 610	1 600	1 599	1 612	0 %	0,4 %
Tynset	5 580	5 654	5 744	5 904	6 114	10 %	1,4 %	Folldal	1 592	1 561	1 530	1 480	1 425	-10 %	0,4 %
Sel	5 935	5 896	5 873	5 815	5 812	-2 %	1,5 %	Etnedal	1 321	1 307	1 291	1 281	1 280	-3 %	0,3 %
Søndre Land	5 758	5 755	5 763	5 756	5 776	0 %	1,4 %	Engerdal	1 305	1 280	1 240	1 155	1 108	-15 %	0,3 %
Nord-Fron	5 741	5 724	5 740	5 706	5 721	0 %	1,4 %	N,K,SO,E,NO,G	62 555	63 252	64 062	66 240	68 577	8 %	
Nord-Odal	5 131	5 158	5 199	5 338	5 503	7 %	1,3 %	Innlandet SO	398 463	402 129	406 352	417 348	429 467	8 %	

Kilde: SSB. Folketall 2016 og fremskriving til 2030

Befolkningen i opptaksområdet er på ca. 42 000 innbyggere i Glåmdalskommunene Kongsvinger, Eidskog, Grue, Sør-Odal og Nord-Odal, samt ca. 10 000 innbyggere i Nes kommune (Akershus fylke). Behandlingstilbudet innen revmatologi dekker et større område, og omfatter 100 000 innbyggere i Hedmark.

Befolkningsgrunnet forventes å vokse til 68 000 i 2030 om man inkluderer Nes kommune, mens det uten Nes vil bli omlag 44 000.

Befolkningstallet kan ikke oversettes direkte til sykehusets opptaksområde. For eksempel bruker befolkningen i Nes kommune Akershus universitetssykehus og Kongsvinger sykehus omtrent like mye (se figur kapittel 8). I tillegg bruker Nes kommune Akershus universitetssykehus sitt tilbud innenfor psykisk helsevern. Befolkningen i Åsnes bruker Elverum sykehus innen somatikk og Kongsvinger DPS innen psykisk helsevern og rus.

Folkehelseprofil

Alle Hedmarks kommuner har en større andel eldre enn landsgjennomsnittet. For Glåmdalskommunene er andelen av barn og unge lavere enn landet for øvrig, Grue har færre enn 20 % barn og unge i befolkningen. Alle kommuner i Hedmark, med unntak av Sør-Odal, har en lavere andel personer i arbeidsdyktig alder (20-66 år) enn landsgjennomsnittet.

Gjennomgang av folkehelsebarometrene for kommunene i Glåmdalsregionen viser at de har noen felles utfordringer. Snittalderen i regionen har vært økende, mest i Grue og minst i Sør-Odal. Gjennomsnittsalderen i befolkningen per dato er 44,8 år mot landsgjennomsnitt på 39,5 år.

Forventet levealder er 1-2 år kortere enn i landet for øvrig. Arbeidsledigheten er omtrent som landsgjennomsnittet. Det er for øvrig mange unge uføre, flere lavinntektsfamilier og flere barn av enslige forsørgere.

Andel kvinner med høyere utdanning har økt, selv om det fortsatt er flest menn med høy utdanning. Frafall i videregående skole er litt høyere enn landsgjennomsnittet. Sammenhengen mellom helse og utdanning er godt dokumentert.

På helsesiden er det flere tilfeller av KOLS og diabetes type 2, mens hjerte- og karsykdommer behandlet i sykehus ikke er signifikant forskjellig fra landsgjennomsnittet.

Legemeldt sykefravær er på nivå med landet for øvrig. Hyppigst angitte sykmeldingsdiagnoser er muskel-/skjelettlidelser, psykiske problemstillinger og luftveissykdommer.

Folkehelseprofilen til Nes kommune ligner de øvrige kommunene i opptaksområdet, særlig med hensyn til frafall i videregående skole, KOLS, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser ligger høyere enn landsgjennomsnittet. Oversikten for flere av kommunene på Øvre Romerike viser lignende profiler.

Forbruket av liggedøgn og polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern voksne og TSB for Glåmdalkommunene er høyere enn for Øvre Romerike og Nes kommune, som får sitt tilbud ved Akershus universitetssykehus. Forskjeller er så betydelige at de trolig ikke kan tilskrives forskjeller i behov alene, og må sees i sammenheng med forskjeller i tilbudsprofil, organisering av tjenestetilbudet og eventuelt oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og sosialtjeneste. Samtidig har DPS Kongsvinger fått nasjonal anerkjennelse for sitt arbeid med å redusere ventetider og fristbrudd.

Samfunnsmedisinske betraktninger

Det viktigste for innbyggerne; pasienter og pårørende, og samarbeidspartnere rundt en sykehusinnleggelse eller konsultasjon, er at helsevesenet får til gode, helhetlige pasientforløp. For den enkelte er det viktigst at en kommer til et sykehus der en føler seg trygg og ivaretatt, og får den behandlingen som er nødvendig.

Det må vektlegges god faglig kvalitet på tjenestene, tilfredsstillende informasjon og kommunikasjon med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Inn- og utskrivingsrutiner skal være tydelige og avklarte, og dialogen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må være tilstrekkelig for samhandlingen mellom tjenestenivåene, med pasient og pårørende i fokus.

Elektronisk samhandling blir viktig, og alle parter er ansvarlig for at dette fungerer optimalt.

Det er viktig å ha avklart, både for innbyggere og fagfolk i den enkelte kommune, hva som er tilgjengelige lokalsykehusfunksjoner og områdefunksjoner, og at alle de ulike fagområdene ivaretas

innenfor ett helseforetak. Det gir mindre administrasjon, færre avtaler og bedre forutsetninger for samarbeid.

Kommuner som i dag har delt tjenestetilbud

Nes kommune i Akershus

Innbyggerne i Nes kommune hadde sitt sykehusstilbud i Sentralsykehuset i Akershus (SiA) fram til 2001. På grunn av utbygging av sykehuset ble det inngått en midlertidig avtale mellom Akershus fylkeskommune og Hedmark fylkeskommune om å benytte Kongsvinger sykehus som lokalsykehus for innbyggerne i Nes kommune i perioden 01.01.2001 – 31.12.2019. Avtalen er ikke reforhandlet i forbindelse med helseforetaksformen, men videreført i praksis.

Nes kommune i Akershus er en innlandskommune med Årnes som kommunesenter og det største tettstedet i kommunen. I folketall er kommunen den 55. største kommunen i landet og den tiende største i Akershus fylke.

Befolkning: 20 783 (2016).

Avstandene fra kommunesenteret Årnes til Akershus universitetssykehus og Kongsvinger sykehus er tilnærmet lik. Veinettet (E16) er utbygd med 4-felts motorvei fra Nybakk (kommunegrensa til Ullensaker) via Kløfta og videre til Akershus universitetssykehus. Tilsvarende veistandard er utbygd fra Slobrua til Kongsvinger sykehus. Siste del av veien, Nybakk – Skarnes, er under planlegging.

Det offentlige kommunikasjonstilbudet er bygd ut med buss- og togforbindelse med timesavganger til begge sykehuslokalisasjoner. Til Akershus universitetssykehus fordres en overgang (tog-buss eller buss-buss). Mange pasienter og pårørende opplever det mer tungvint å reise til Kongsvinger fordi Nes-befolkningen hovedsakelig orienterer seg i retning Romerike og Oslo i forbindelse med jobb, handel og kulturopplevelser.

Nes er en typisk pendlerkommune hvor flertallet av de sysselsatte innbyggerne jobber i en annen kommune. Pendlerstrømmen går inn mot Oslo og omegn, og i liten grad inn mot Glåmdalsregionen.

Nes har sammen med Kongsvinger kraftigere forventet vekst i folketall enn de øvrige kommunene i opptaksområdet til Kongsvinger sykehus.

Åsnes kommune i Hedmark

Åsnes kommune tilhører opptaksområdet til Sykehuset Innlandet, divisjon Elverum-Hamar innen somatikken, men er knyttet til DPS Kongsvinger og BUP Kongsvinger når det gjelder lokalbasert psykisk helsevern.

Befolkning: 7 456 (2016).

Kommunen har inngått samarbeid om interkommunal legevaktsentral og kommunale akutte døgnplasser med Elverum og Våler, med Elverum som vertskommune. Politisk er det tydelige signal om at samarbeidet nordover legges til grunn for videre utvikling.

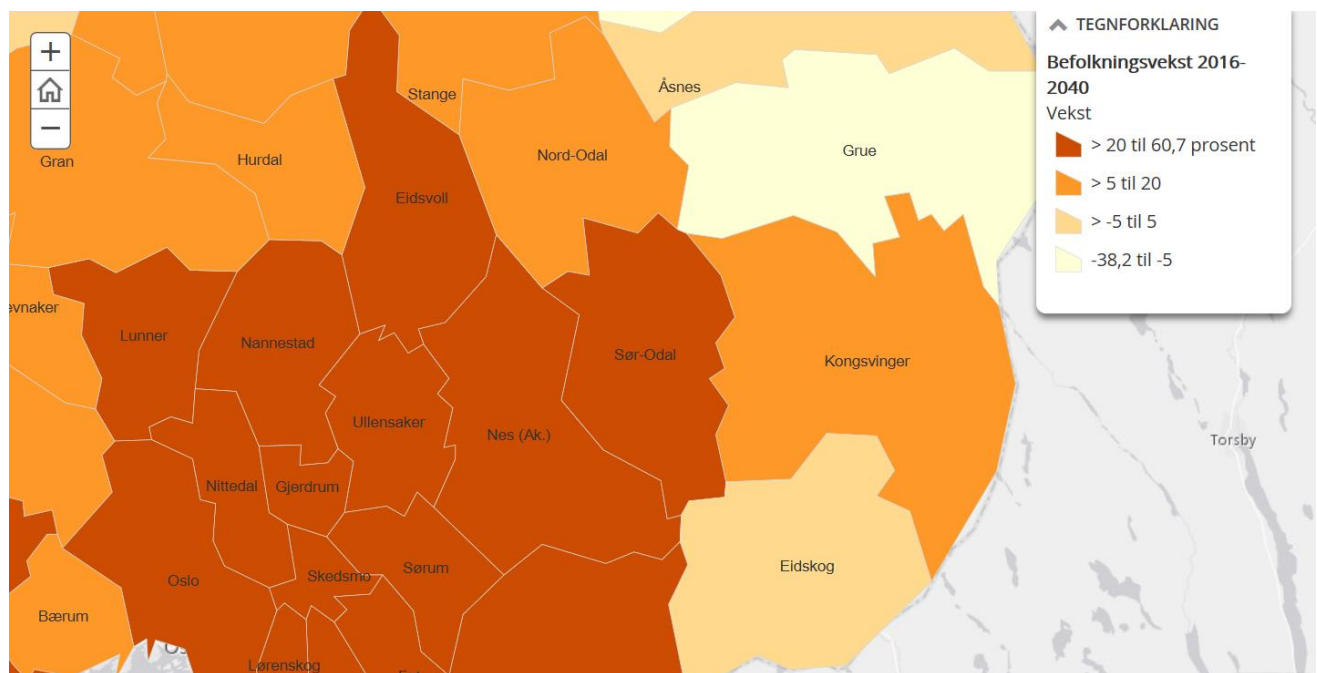
Åsnes kommune er svært fornøyd med samhandlingen med DPS Kongsvinger, og ønsker primært fortsatt en tilhørighet der. Samtidig blir det vanskelig å videreføre denne tilknytningen dersom

helseforetaksvirksomheten for Kongsvinger sykehus inkludert DPS Kongsvinger endres til Akershus universitetssykehus.

Problemstillingen er drøftet i utvalg for helse, pleie og omsorg i Åsnes kommune, og det er enighet om at dersom Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus, vil det være naturlig at Åsnes må høre til DPS Elverum-Hamar og BUP poliklinikk i Elverum. Dersom Sykehuset Innlandet samler sin virksomhet ved å bygge stort akuttsykehus ved Mjøsa, vil det antagelig medføre at Åsnes vil ønske å få spesialisthelsetjenester fra Kongsvinger sykehus.

På vei mot 2040 - hva skjer i og rundt Glåmdalen

- Befolkningsveksten er på vei nordover fra Oslo og Akershus og er størst sør og vest for Kongsvinger (figur under)
 - Eidsvoll vokser 41 % (en av kommunene rundt Oslo med størst prosentvis vekst)
 - Nes vokser 27 %
 - Sør-Odal vokser 21 %
 - Kongsvinger vokser 14 %
- Kommunikasjonene fortsetter å forbedres mot Oslo
- Pågangen knyttet til industrietablering er økende
 - Ledige industriarealer, infrastruktur og lavere etableringskostnad gjør regionen attraktiv



Kilde: SSB. Befolkningsfremskrivning.

5. Arbeidsplasser og kommunikasjon

Det er til dels stor arbeidspendling ut av Kongsvingerregionen (Glåmdalen). Tall fra SSB viser at de fleste arbeidstakere pendler mot Oslo og Akershus.

Totalt mot Elverum/Hamarregionen	
Kongsvinger	145
Nord-Odal	79
Sør-Odal	48
Eidskog	27
Grue	55
Sum	354

Totalt mot Oslo/Akershus	
Kongsvinger	998
Nord-Odal	471
Sør-Odal	1194
Eidskog	218
Grue	127
Sum	3008

Kilde: SSB

Som tabellene over viser går om lag 90 % av arbeidspendlingen til Oslo og Akershus.

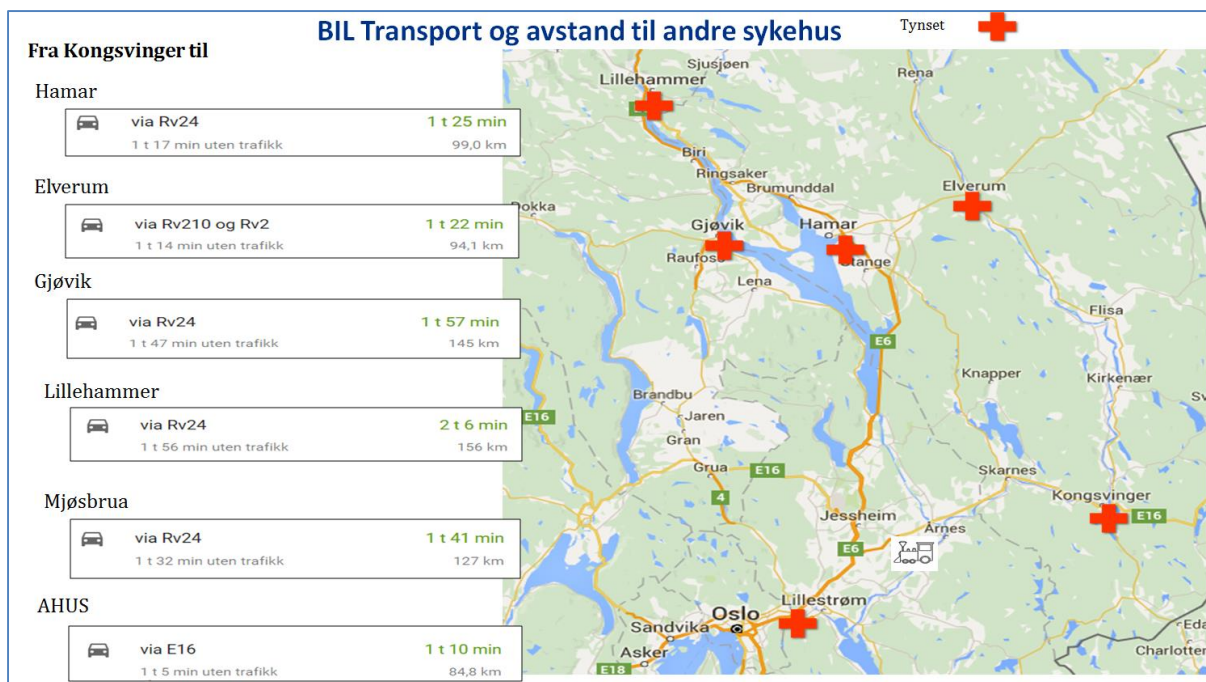
For Nes kommune er mønsteret enda tydeligere ved at bare 5 % av innbyggerne har arbeid utenfor Oslo og Akershus (tall fra utredning – Sykehistilørighet for befolkningen i Nes kommune, Akershus 2013).

Kommunikasjon og reisevei fra Kongsvinger sykehus

Utgangspunktet for beskrivelsen under er reisevei fra Kongsvinger sykehus til øvrige sykehus. Den reelle reiseveien for pasienten vil oftest være hjemmefra og til aktuelt sykehus. De fleste i regionen bor i eller sør for Kongsvinger og vil ha kortere reisevei til Akershus universitetssykehus enn det som framgår av analysen. For eksempel er kjøretiden fra Årnes, som er sentrum i Nes som største kommune, i underkant av 40 minutter til Akershus universitetssykehus. Fra Kongsvinger tar det i overkant av 80 minutter å kjøre til både Elverum og Hamar.

Reisevei med bil

Figuren på neste side beskriver avstand og forventet kjøretid i området. Reisetid fra Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus er noe kortere enn til de andre sykehusene i Innlandet.



Kilde: Google Maps.

Avstand og reisetid med kollektiv trafikk

Det går kollektivtransport både nordover og sørover fra Kongsvinger omtrent hver time, hver halvtime til/fra Oslo i rushtiden.

Det er bussforbindelse mellom Kongsvinger og Elverum hver time på hverdager, det tar ca. 2 timer med bussen en vei. Skal en videre til Hamar med buss må en legge til ca. 40 minutter i reisetid pluss noe venting på korresponderende buss slik at total reisetid fort blir 3 timer en vei.

Det er også en mulighet å reise med tog fra Kongsvinger til Hamar, via Lillestrøm – total reisetid her blir ca. 2,5 time.

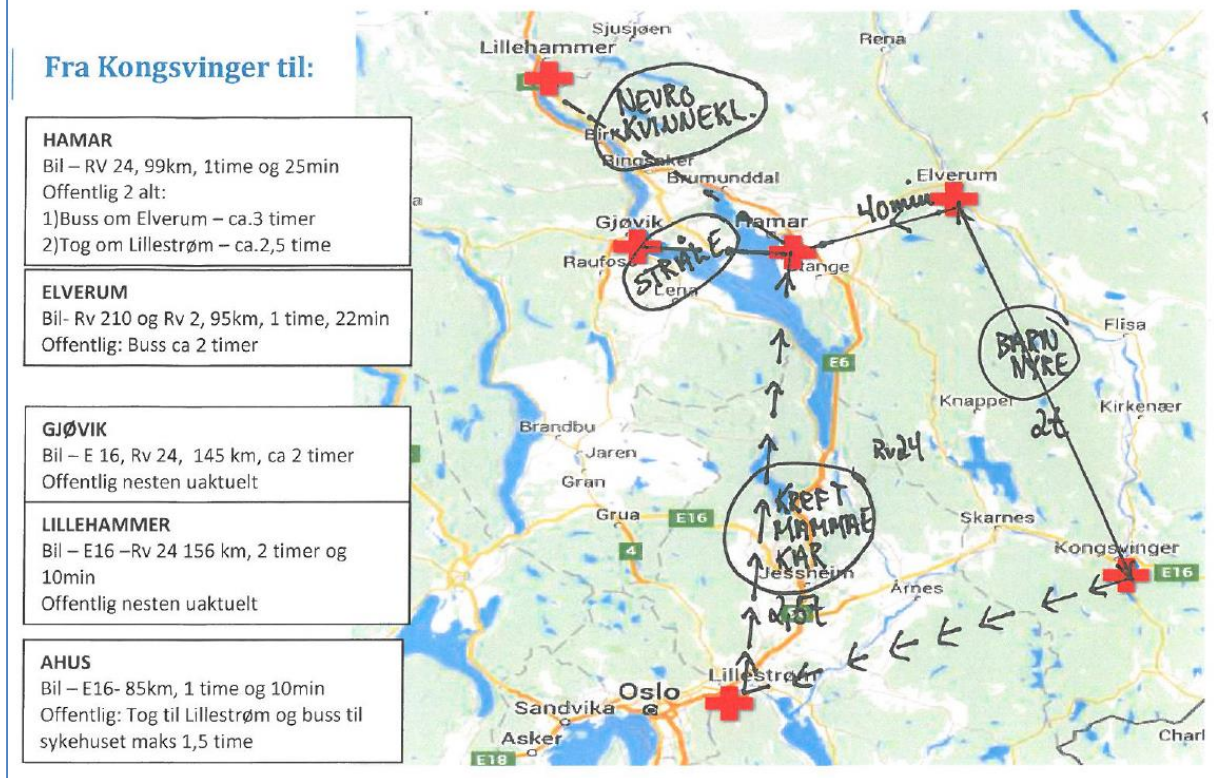
Det er ingen direkte offentlig transportmulighet fra Kongsvinger til de andre sykehusene i Innlandet slik at en i praksis er avhengig av privatbil hvis en skal til Gjøvik eller Lillehammer.

Hvis en pasient skal til mammografi på Hamar, er anbefalt reisevei med tog fra Kongsvinger via Lillestrøm til Hamar.

Hvis en pasient skal til strålebehandling på Gjøvik benyttes drosje, en pasient i hver drosje på grunn av pasientsikkerhet. Det er 145 km hver vei, noe som gir en betydelig kostnad for helseforetaket. Akershus universitetssykehus har ikke strålebehandling og Oslo universitetssykehus har ikke ledig strålekapasitet, slik at pasientene som har Kongsvinger sykehus som lokalsykehus, trolig fortsatt må benytte Sykehuset Innlandets tilbud på Gjøvik når det gjelder stråleterapi.

Til Akershus universitetssykehus må man bruke tog og buss og reisetid er ca. 1,5 time. Det går buss fra Lillestrøm til Akershus universitetssykehus hvert 8-10. minutt.

Avstander og reiseveier i Sykehuset Innlandet, knyttet opp mot ulike behandlingsbehov:



Kilde: Google Maps og funksjonsfordeling i Sykehuset Innlandet.

Hva gjelder reisevei er Akershus universitetssykehus således til dels betydelig lettere tilgjengelig enn sykehusene i Innlandet. Dette gjelder ved bruk av egen bil, men særlig er kollektivtilbudet vesentlig dårligere inn mot sykehusene i Innlandet. I praksis er det en dagstur å reise fra Kongsvinger til Gjøvik/Lillehammer tur/retur.

Det er lite trolig at kommunikasjon fra Kongsvinger til øvrige deler av Innlandet vil bedres vesentlig fordi det for øvrig er relativt lite offentlig transport langs disse aksene.

6. Dette er Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet ble etablert i 2003 og har ansvar for all spesialisthelsetjeneste i Hedmark og Oppland.

Området er større enn Danmark og strekker seg over 48 kommuner. Fra Trøndelag til Akershus er det 300 kilometer. Foretaket grenser mot fem fylker i Norge og 3 fylker (län) i Sverige. I tillegg til dette er det formalisert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst for Fjellregionen hvor pasienter får tilbud på tvers av dagens regionale helseforetaksgrenser.

Helseforetaket ivaretar også lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune i Akershus med omlag 20 800 innbyggere. Sykehuset Innlandet gir et bredt tilbud, samtidig sørger foretaket for å gi befolkningen spesialisert kompetanse innenfor avansert medisinsk behandling. Hvert år er det over 700 000 møter med pasienter.

Befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet er på 404 000 innbyggere.

Sykehuset Innlandet er ett helseforetak, men har virksomhet på over 40 steder i Hedmark og Oppland, blant annet seks somatiske sykehus, to psykiatriske sykehus, flere distriktpsykiatriske sentra (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), 29 ambulansestasjoner og habiliterings- og rehabiliteringsenheter.

Driftsbudsjett er på 8,8 milliarder kroner – tilsvarende 22 800 kroner per innbygger i Innlandet. Det er totalt 10 000 ansatte, 8350 ansatte med fast lønn og 1900 med timelønn.

Sykehuset Innlandet er Norges tredje mest effektive sykehus og har gode resultater innen en rekke områder. Det er kort ventetid og få fristbrudd.

Sykehuset Innlandet har en eiendomsmasse på 326 000 m² eide lokaler, 30 000 m² leide lokaler og 42 000 m² boliger, derav 890 tjenesteboliger. Helseforetakets administrasjonssenter er i Brumunddal i Ringsaker kommune.

Planer

Det pågår et utviklingsarbeid i Sykehuset Innlandet som omfatter alle spesialisthelsetjenester i hele opptaksområdet. Endringer vil skje på kort sikt og på lang sikt.

Lang sikt: Utvikling av fremtidig sykehusstruktur

Det langsiktige perspektivet handler om hvordan fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet skal være. Hvilke oppgaver skal dagens sykehus ha i fremtiden, hvordan skal de samarbeide og skal Sykehuset Innlandet ha et hovedsykehus eller flere sykehus med ulike akuttfunksjoner. Byggestart for et eventuelt nytt hovedsykehus vil tidligst være i 2022. Uansett hvilken framtidig sykehusstruktur det enes om, må dette skje gjennom trinnvis utbygging.

Valget av framtidig struktur vil gjøres på bakgrunn av en idéfaserapport som for tiden er ute på høring.

Analyse av samfunnsmessige konsekvenser ved de ulike modellene ble lagt frem i januar 2017. Høsten 2017 vil styret i Sykehuset Innlandet fatte sitt endelige vedtak om framtidens sykehusstruktur.

Omstilling på kort sikt: Oppgavefordeling

Sykehuset Innlandet arbeider parallelt med forslag til nødvendige endringer i oppgavefordelingen mellom sykehusene i påvente av ny sykehusstruktur. Omstillingen skal tilstrebe større grad av samling av faglige funksjoner og sørge for at det blir mindre behov for lokale, divisjonsvise økonomiske tiltak i årene som kommer. Disse omstillingstiltakene arbeides det med som del av utviklingsplanarbeidet i 2017 (alle helseforetak i regionen skal utarbeide utviklingsplaner i 2017 som del av oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan).

I det korte perspektivet skal alle sykehusene fortsatt være akuttsykehus slik det er definert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Videre skal forslagene til endringer ta utgangspunkt i den bygningsmassen sykehuset har, i hovedsak slik den er nå.

Tiltakene skal legge til rette for en hensiktsmessig oppgavefordeling i perioden før en fremtidig sykehusstruktur kan etableres og bidra til best mulig kvalitet innenfor de rammene Sykehuset Innlandet har.

I begge utredningene blir fremtidsbildet for Kongsvinger sykehus ivaretatt på lik linje med tilbudet til andre kommuner i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet.

7. Dette er Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus ble etablert i 2002. Samtidig fikk foretaket formell status som universitetssykehus med tilhørende utdannings- og forskningsoppgaver.

I 2008 flyttet store deler av virksomheten inn i moderne lokaler på Lørenskog. Helseforetaket har lokal- og områdesykehusfunksjoner for en befolkning på 500 000 innbyggere fra Romerike (13 kommuner), Follo (6 kommuner) og bydelene Alna, Grorud og Stovner i Oslo, samt Rømskog kommune i Østfold. I tillegg har foretaket ansvar for å yte helsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Nes kommune (ca. 20 000 innbyggere).

Befolkningen vokser hurtig, I 2030 forventes innbyggertallet i dagens opptaksområde å ha økt til 600 000 (580 000 uten Vestby). Dette har Helse Sør-Øst RHF tatt høyde for i kapasitetsplanleggingen for hovedstadsområdet. Det legges opp til en trinnvis utfasing av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune og bydelene i Groruddalen til henholdsvis Østfold og Oslo sykehusområder for å sikre at Akershus universitetssykehus skal ha tilstrekkelig kapasitet i årene som kommer, jfr. styresak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

Foretaket hadde i 2015 ca. 6600 årsverk, fordelt på 9000 medarbeidere. Det leverer tjenester innen de fleste medisinske spesialiteter og kjennetegnes ved å være landets største akuttsykehus. I 2015 var gjennomsnittlig antall ankomster i det somatiske akuttmottaket 120 per døgn og øyeblikkelig hjelp utgjorde hele 77 % av de somatiske innleggelsene. Sykehuset har også landets største akuttpsykiatriske avdeling.

Innenfor den somatiske delen av virksomheten er egendekningsgraden (andelen av pasientene i opptaksområdet som behandles ved Akershus universitetssykehus) lavere enn for sykehus i Helse Sør-Øst som det er naturlig å sammenlikne seg med. I 2014 fikk befolkningen i Akershus sykehusområde 71 % av somatiske døgnopphold og 54 % av somatiske dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner i sykehuset. Pasientstrømmen ut av sykehusområdet er atskillig større enn det som kan tilskrives regionale og nasjonale funksjoner. Størst er "lekkasjen" innen elektive tilbud, og da særlig innen kirurgi.

En økning innen spesialisert, elektiv virksomhet ville være gunstig for så vel behandlingmessig kvalitet og universitetsfunksjoner som for omdømme og rekruttering.

Kapasitet

Akershus universitetssykehus har totalt 706 somatiske senger og 254 senger for psykisk helsevern og rus (hvorav 108 i lokalbaserte tjenester). Den somatiske virksomheten er hovedsakelig lokalisert på Nordbyhagen i Lørenskog kommune. I tillegg er det virksomhet ved Ski sykehus. Divisjon psykisk helsevern og rus er den største divisjonen og har virksomhet både på Nordbyhagen og ved en rekke andre lokaliteter.

Det kjøpes et betydelig antall gjestepasientdøgn og polikliniske konsultasjoner fra andre foretak, hovedsakelig internt i helseregionen.

Helseforetaket har inngått avlastningsavtaler med Diakonhjemmet sykehus og Kongsvinger sykehus om øyeblikkelig hjelp-pasienter.

I tillegg leier foretaket midlertidig kapasitet av Oslo universitetssykehus til psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri. Det benyttes også senger hos private institusjoner som er avtalepartnere med Helse Sør-Øst innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Det har vært økende aktivitet ved Akershus universitetssykehus de siste årene.

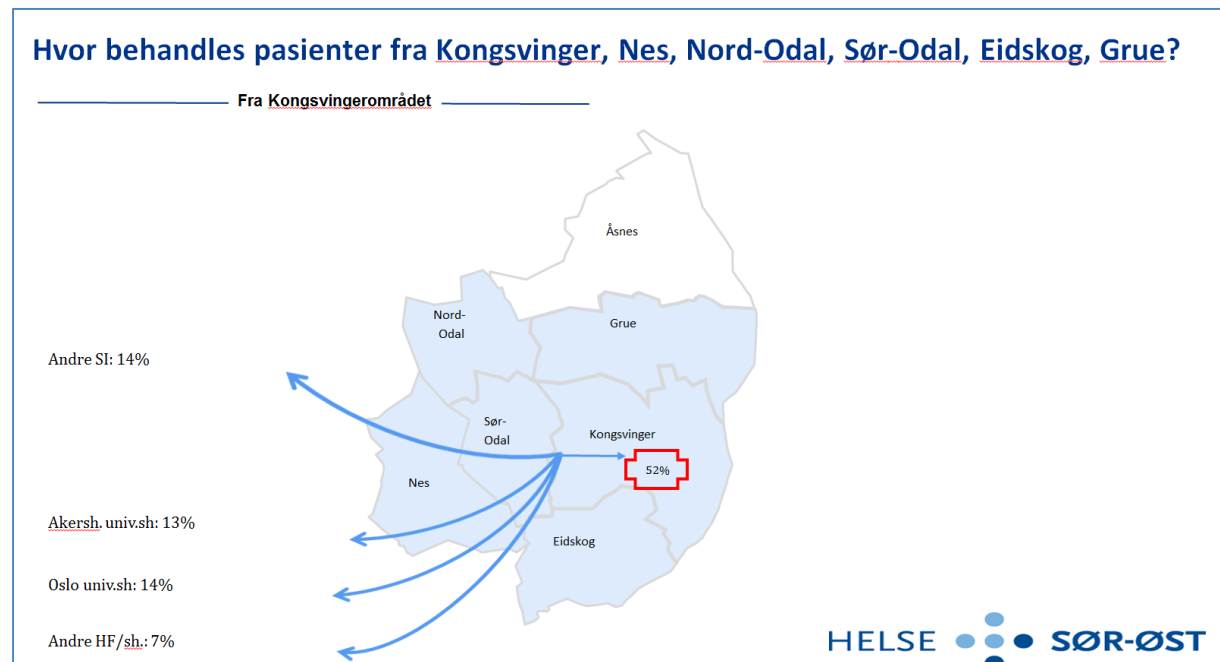
Aktivitet	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dagbehandlinger	41 171	47 282	25 488	27 516	28 300	30 515
Polikliniske konsultasjoner*	393 236	407 035	430 845	455 885	503 476	532 148
Døgnopphold somatikk	53 536	56 431	62 640	62 192	62 489	62 637
Antall fødsler	5 130	5 260	4 655	5 088	5 053	4 969
DRG-poeng	73 564	80 680	80 857	82 074	85 345	89 165

*somatikk og psykisk helsevern

Kilde: Årsrapport Akershus universitetssykehus HF

Etter en driftsmessig krevende periode i kjølvannet av en utvidelse av opptaksområdet i 2011, er kapasitetsutfordringene nå betydelig redusert, med reduserte ventetider, fristbrudd og liggetider.

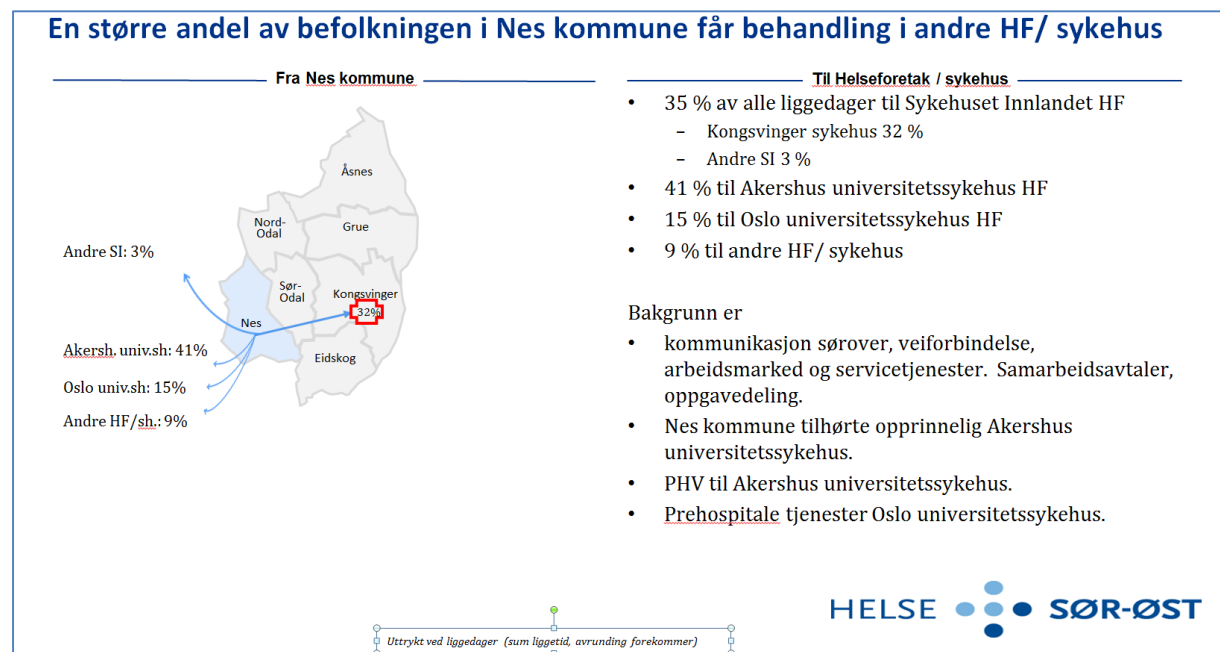
8. Dagens pasientstrømmer somatikk – hvor behandles pasientene



Kilde: Norsk Pasientregister 2015

Halvparten av pasientene i opptaksområdet til Kongsvinger sykehus (52 %) behandles ved Kongsvinger sykehus, og om lag 70 % behandles innenfor Sykehuset Innlandet. Oslo universitetssykehus har regionfunksjonene for Sykehuset Innlandet og behandler 14 % av pasientene, mens 13 % får sin behandling ved Akershus universitetssykehus.

Ser vi på Nes kommune er situasjonen annerledes. Der behandles 41 % av pasientene ved Akershus universitetssykehus, 32 % ved Kongsvinger sykehus og 3 % i andre sykehus i Sykehuset Innlandet.



Kilde: Norsk Pasientregister 2015

Figuren under illustrerer hvor pasienter som behandles ved Kongsvinger sykehus har sitt bosted.

Pasientenes bostedskommune	
Kongsvinger 33 %	Sør Odal 12%
	Eidskog 10%
	Nord Odal 9 %
Nes kommune 15 %	Grue 9 %
	Øvrige kommuner 12 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Figuren illustrerer hvorfor det er problematisk å vurdere flytting av enkeltkommuner. Flytting av Nes vil medføre en 15 % nedgang i antall pasienter for Kongsvinger sykehus.

9. Endring av pasientstrømmer ved endret foretakstilhørighet

Ved en endret foretakstilhørighet vil pasienter fra Kongsvinger sykehus' opptaksområde, som i dag får sine tjenester ved andre sykehuslokalteter innen Sykehuset Innlandet både for somatikk og psykisk helse, i hovedsak få disse på Nordbyhagen.

Innenfor somatikk betjener Kongsvinger sykehus i dag 52 % av pasientene i opptaksområdet, mens 14 % behandles ved andre lokaliteter innen Sykehuset Innlandet. Det er i prinsippet disse 14 % Akershus universitetssykehus må finne plass til ved en endret foretakstilhørighet.

Tabellen nedenfor viser aktivitet fra kommuner omregnet fra liggedager til døgnsenger fordelt på behandlersteder.

Estimerte senger omregnet fra sum liggetid

	Innb. (2016)	Kongsvinger	Tynset	Lillehammer	Elverum	Hamar	Gjøvik	Andre SI	Øvrige HF	Akershus univ.sh.	Oslo univ.sh	Sum
Nes	20 783	14	0	0	0	0	0	1	4	18	7	45
Kongsvinger	17 835	32	0	1	3	3	1	3	3	1	6	51
Nord-Odal	5 131	9	0	0	1	0	0	1	1	0	2	15
Sør-Odal	7 901	11	0	0	2	1	0	1	1	0	3	21
Eidskog	6 142	10	0	0	1	1	0	1	1	0	3	18
Grue	4 763	8	0	0	1	1	0	1	1	0	2	13
Total	62 555	85	0	1	7	6	2	7	11	20	22	163

Kilde: HSØ RHF, 2015.

Befolkningen i de seks kommunene bruker til sammen 23 senger ved andre sykehus innen Sykehuset Innlandet enn Kongsvinger sykehus (Lillehammer, Elverum, Hamar, Gjøvik og andre lokaliteter). Selv om det er vanskelig å definere helt presist hva som er områdefunksjoner, viser tabellen over at

Akershus universitetssykehus må etablere inntil 23 senger ved en endret foretakstilhørighet. Mer informasjon finnes i vedlegg 2 «Pasientstrømmer».

Tabellen under viser hvor innbyggerne fra aktuelle kommuner får sin behandling innen somatikk (døgn, dag, poliklinikk ¹)

	Kongsvinger			Øvrige Sykehuset Innlandet			Akershus universitetssykehus			Oslo universitetssykehus			Øvrige			Sum		
	Døgn	Dag	Pol.	Døgn	Dag	Pol.	Døgn	Dag	Pol.	Døgn	Dag	Pol.	Døgn	Dag	Pol.	Døgn	Dag	Pol.
Nes (Akershus)	1 091	357	5 978	84	26	459	1 365	501	8 235	388	215	4 489	211	159	1 196	3 139	1 258	20 357
Kongsvinger	2 319	1 007	18 990	569	283	4 422	52	19	306	369	219	2 487	164	43	436	3 473	1 571	26 641
Nord-Odal	752	232	4 734	171	97	2 014	22	7	106	116	30	722	51	16	146	1 112	382	7 722
Sør-Odal	898	378	7 817	248	96	1 934	41	19	281	186	99	1 201	73	17	274	1 446	609	11 507
Eidskog	912	307	6 886	228	95	1 575	24	8	132	164	42	1 182	56	11	190	1 384	463	9 965
Grue	702	142	4 178	158	89	2 127	10	2	44	98	77	586	58	23	154	1 026	333	7 089
Sum	6 674	2 423	48 583	1 458	686	12 531	1 514	556	9 104	1 321	682	10 667	613	269	2 396	11 580	4 616	83 281

Kilde: Helse Sør-Øst RHF, 2015.

Tabellen viser at det er om lag 1 500 døgnopphold og 13 000 dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner for pasienter fra Kongsvinger sykehus' opptaksområde som i dag finner sted ved andre sykehus i Sykehuset Innlandet. Forenklet kan man si at ved en endret foretakstilhørighet, må Akershus universitetssykehus ha eller finne kapasitet til dette volumet.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Befolkningen tilhørende Kongsvinger sykehus' opptaksområde benytter i dag sykehusbasert psykisk helsevern ved Sanderud og Reinsvoll, og det er også noe pasientflyt til øvrige distriktpsykiatriske sentre (DPS) i Innlandet sykehusområde. Med dagens aktivitet bruker Kongsvingerregionen 14 døgnplasser innen sykehusbasert psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Kommunene i Glåmdalen har et vesentlig større forbruk av liggedøgn i sykehusbasert psykisk helsevern enn kommunene i Akershus sykehusområde, og Akershus universitetssykehus har ikke kapasitet til å overta hele dette volumet.

I utgangspunktet dreier det seg om et behov for 6000 liggedøgn i sykehusavdelinger ved en eventuell endret foretakstilhørighet. Ved overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold, vil det frigjøres en kapasitet på 2000 liggedøgn på Akershus universitetssykehus

Dersom man gradvis klarer å redusere forbruket av liggedøgn i sykehusbasert psykisk helsevern for befolkningen i Kongsvinger sykehus' opptaksområdet, slik at forbruket blir tilsvarende Akershus sykehusområde, vil behovet kunne reduseres med ytterligere 2000 liggedøgn. Fortsatt vil det være

^{1 1} NPR. Aktivitetskategori 3 benyttes

en manglende kapasitet ved Akershus universitetssykehus på 2000 liggedøgn (om lag 5-6 døgnplasser). Manglende kapasitet er blant annet knyttet til sikkerhetspsykiatri (2 døgnplasser).

Hva som vil være mulig med ytterligere omstilling er vanskelig å vurdere, og dette vil blant annet henge sammen med videre justering av oppgavedeling mellom sykehusavdelinger og DPS døgn, samt oppgavedeling mellom DPS og kommune. Kongsvinger DPS representerer en ressurs i så måte i og med at denne har et relativt stort antall døgnplasser sett i forhold til befolkningsgrunnlaget.

Ved en endret foretakstilhørighet må det lages en overgangsordning som er forutsigbar for begge helseforetak slik at kapasiteten ikke bygges ned før behovet kan dekkes andre steder. En mulig overgangsordning er å overføre enkeltkommuner etappevis, og/eller inngå en gjestepasientordning med Sykehuset Innlandet om døgnkapasitet innen psykisk helsevern frem til kapasiteten innen psykisk helsevern er økt i Akershus universitetssykehus. Det vil ta lang tid før kapasiteten ved Akershus universitetssykehus innen psykisk helsevern er økt og dette forutsetter nybygg eller leie av lokaler.

En endret foretakstilhørighet vil således bety at noen pasienter vil oppleve at behandlingstilbudet ikke henger sammen innen psykisk helsevern og somatikk, ved at man får spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern ved et helseforetak og somatiske tjenester ved et annet helseforetak. Dette er ugunstig for pasientene, blant annet fordi de da ikke har samme journal for psykisk helsevern og somatikk. Befolkningen fra Nes kommune opplever dette i en viss utstrekning i dag, i og med at spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern dekkes av Akershus universitetssykehus, mens somatiske tjenester er delt mellom dette sykehuset og Kongsvinger sykehus.

10. Økonomiske effekter ved endret foretakstilhørighet

De økonomiske beregningene er foretatt av en arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst, med representanter fra Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus og Helse Sør-Øst. Økonomiavdelingen i Helse Sør-Øst har vært overordnet ansvarlig for de prinsipper som ligger til grunn for arbeidet og de foreløpige økonomiske beregninger som er utført knyttet til endring i inntekter ved en endret foretakstilhørighet. Sykehusene har bidratt med egne beregninger for å anslå den totale økonomiske effekten ved endring av foretakstilhørighet. Overføringen forutsettes å bli gjennomført som en virksomhetsoverdragelse hvor Akershus universitetssykehus overtar totaløkonomi inklusive bygg og medisinsk-teknisk utstyr.

Endringer i helseforetakenes opptaksområder gir en økonomisk effekt i de faste inntektene til sykehusområdene gjennom Helse Sør-Øst sin inntektsmodell. I tillegg gir det en endring i variable inntekter og kostnader ved endret pasientgrunnlag, og endrede pasientstrømmer gir blant annet økonomiske effekter i innsatsstyrt finansiering og gjestepasientoppgjør. Beregningene er utført med et gitt sett av forutsetninger og er ment å gi et overordnet og foreløpig bilde av de mulige økonomiske effektene for de involverte helseforetakene/sykehusene.

Foreløpige beregninger av endringer i faste og variable inntekter er oppsummert i tabellen nedenfor.

Endring faste og variable inntekter (2016-kroner, i 1000)	Sykehuset Innlandet	Akershus universitets - sykehus	Oslo universitets - sykehus
Endring inntektsmodell	-683 000	620 000	63 200
Endring ISF	-284 000	284 000	-
Endring gjestepasientoppgjør	19 000	-41 000	-
Andre inntekter	-75 000	75 000	-
SUM estimert endring inntekter	-1 023 000	938 000	63 200

Beregning av gjestepasientendringer er basert på NPR-data fra 2015.

Det er foreløpig antatt at kostnadsbasen som er anslått å tilhøre divisjon Kongsvinger og DPS Kongsvinger gir det beste estimat på kostnadsnivået som videreføres i Akershus universitetssykehus etter en eventuell endret foretakstilhørighet. En vurdering av eventuelle endringer i kostnadsbasen ved Kongsvinger sykehus som følge av endret driftsmodell, vil være en del av arbeidet med å konkretisere innholdet i en driftsmodell for helseforetaket som skal drifte Kongsvinger sykehus videre.

Kostnader er i hovedsak (med unntak av gjestepasientendringer og H-resepter) hentet ut fra Sykehuset Innlandet sitt regnskap for 2015, og prisjustert til 2016-kroner. I anslaget for kostnader knyttet til H-resepter er det benyttet estimat fra 2016 for å ta hensyn til overføring av nye legemidler til ordningen fra 2016. Endring i IKT-kostnader er foreløpig anslått til å være en andel av totale IKT-kostnader ved Sykehuset Innlandet. Faktisk nivå må utredes ved overføringstidspunkt. Engangskostnad som følge av systemkonvertering er ikke beregnet.

Estimert restutfordring for Sykehuset Innlandet ved en eventuell overføring av opptaksområde er beregnet til om lag 110 millioner kroner. Sykehuset Innlandet må gjennomføre nødvendige omstillingstiltak i alle deler av driften for å sikre økonomisk bærekraft. Det er anslått at en tilpasning av driften til nye inntektsrammer vil ta minimum 3-4 år.

For Akershus universitetssykehus er det beregnet en tilnærmet uendret driftsøkonomi ved en eventuell endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus. Den økonomiske effekten er beregnet under forutsetning av en samtidighet i overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for befolkningen i Glåmdalsregionen og Vestby kommune og må sees i sammenheng med de økonomiske effektene som er beregnet i forbindelse med øvrige utredninger om endring i Akershus opptaksområde, jfr. styresak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

I tillegg til økonomiske effekter fra drift vil en eventuell overføring medføre en reduksjon i regionale investeringsmidler ved Sykehuset Innlandet på 6,4 millioner kroner, hvorav 6 millioner kroner overføres til Akershus universitetssykehus og 0,4 millioner kroner overføres til Oslo universitetssykehus. Det tas forbehold om mulige endringer i modell for likviditetsfordeling i foretaksgruppen.

Ved en endring av foretakstilhørighet kan det være behov for økonomiske overgangsordninger eller etappevis tilpasning av inntektsrammene for de aktuelle sykehusområdene. Dette avhenger av forventninger knyttet til faktisk flytting av aktivitet og tilpasning av kapasitet og kostnader. Den

samlede overføringen av pasientstrømmene vil erfaringsmessig ta 1-2 år som følge av at pågående pasientforløp avsluttes der de er startet opp og med tanke på behandling av kronikergrupper. Denne "haleaktiviteten" vil kunne finansieres gjennom eksisterende ordninger for gjestepasientoppgjør eller gradvis overføring av tilhørende inntekter. Dette vil gi både avgivende og mottakende helseforetak noe tid til å gjennomføre nødvendige justering av kapasitet. Eventuelle overgangsordninger vil bli besluttet i det enkelte års budsjett, på grunnlag av relevant dokumentasjon av effekter og overgangsutfordringer for helseforetakene.

Det vises for øvrig til vedlegg 3 «Økonomiske beregninger av endret sykehusområdetilhørighet for Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde».

11. IKT -konsekvenser ved endret foretakstilhørighet

Det er store ulikheter mellom Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus både når det gjelder IKT-infrastruktur, programvareportefølje og annen teknologiportefølje. Begge helseforetak deltar for tiden i store regionale prosjekter. Ulike tidspunkter for en eventuell endring av foretakstilhørighet vil derfor ha ulike kostnadsbilder.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med Sykehuspartner HF beskrevet flytting av IKT-systemer på et overordnet nivå. De viktigste elementene som vil redusere risiko, kompleksitet og kostnadsbilde er følgende:

- Ferdigstille omlegging av IKT-infrastruktur ved Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus
- Ferdigstille implementering av regionale kliniske løsninger

Dette betyr at en eventuell endring av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus, sett fra et IKT-perspektiv, vil være enklere, rimeligere og mindre risikabelt dersom den først skjer i 2019 eller senere.

Kostnadsoverslaget knyttet til omlegging av IKT-systemer som følge av en endret foretakstilhørighet summerer seg til minimum 50 millioner kroner uten risikopåslag. Dette tallet er svært usikkert, og det bør tas høyde for en risikoavsetning som ikke er spesifisert nærmere. Behovet for risikoavsetning vil være større desto kortere tidsperspektiv man har på en eventuell omlegging av IKT-systemer.

Tallene inkluderer kun kostnader knyttet til innsats fra leverandører og Sykehuspartner. Interne kostnader i helseforetakene kommer i tillegg.

Hovedaktiviteter og arbeidsområder for en eventuell IKT-omlegging er punktvis beskrevet i rammen under.

Arbeid på EPJ-området (16-22 MNOK)

- A. Regional EPJ. Alle aktuelle elektroniske pasientjournaler må hentes ut av eksisterende EPJ i Sykehuset Innlandet ved hjelp av datauttrekk. Deretter må pasientjournalene konverteres og migreres inn i Akershus universitetssykehus' EPJ. Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus har samme type EPJ (DIPS), men med noe ulik versjon og oppsett. Videre må oppsett av nasjonale meldingsløsninger for kommunikasjon med kommunehelsesektoren ved Akershus universitetssykehus utvides til å omfatte kommunene som sogner til Kongsvinger sykehus. Innen sommeren 2018 vil begge foretak være på samme versjon av DIPS. Begge helseforetak har samme versjon av fødejournal.
- B. Regional RIS/PACS-løsning (radiologi). Sykehuset Innlandet har regional RIS/PACS (CSH). Akershus universitetssykehus skal etter planen opp på regional PACS i løpet av året, men ikke RIS. Dette innebærer at det ligger til rette for en enkel overføring av bildearkiv fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus. Imidlertid må en vurdere metode for overføring av pasientadministrative data innen radiologiområdet siden Sykehuset Innlandet (CSH) har et annet RIS enn Akershus universitetssykehus (Siemens).
- C. Regional laboratoriedataløsning. Verken Sykehuset Innlandet eller Akershus universitetssykehus har regional laboratoriedataløsning. Det er planlagt å starte innføring av regional laboratoriedataløsning for patologi på Akershus universitetssykehus i 2017. Konsekvenser av dette er at en må gjøre en gjennomgang av laboratoriedatasystemer innenfor de relevante fagområdene ved Kongsvinger sykehus (medisinsk biokjemi, mikrobiologi, patologi og blodbank) og vurdere metode for informasjonsoverføring til Akershus universitetssykehus. Det må videre gjøres en vurdering av Kongsvinger sykehus' MTU-portefølje innen laboratorievirksomheten og behov for nye integrasjoner mellom laboratorie-IKT og -MTU eller utskifting av laboratorie-MTU ved overgang til Akershus universitetssykehus' laboratorie-portefølje.
- D. Regional kurve- og medikasjonsløsning. Kongsvinger sykehus har papirkurve, mens Akershus universitetssykehus starter innføring av elektronisk kurve- og medikasjonsløsning høsten 2017. Dette innebærer at Kongsvinger sykehus eventuelt må innføre elektronisk kurve tidligere enn planlagt med de kostnadsforskyvinger det innebærer.
- E. Regional løsning for medikamentell kreftbehandling. Sykehuset Innlandet har en versjon av Cytodose. Akershus universitetssykehus har en noe annen versjon av Cytodose/ELAS. Begge helseforetakene skal over på regional tjeneste i løpet av 2018 og 2019. Ved en endring av foretakstilhørighet før den regionale tjenesten er innført, må enten data fra Sykehuset Innlandet tilgjengeliggjøres for Akershus universitetssykehus eller så må data migreres inn i Akershus universitetssykehus' Cytodose-installasjon.
- F. Unike EPJ-løsninger ved Kongsvinger sykehus knyttet til øye og revmatologi. Revmatologi og øye har vanligvis egne EPJ-løsninger knyttet til administrasjon av dyre legemidler og for lagring av informasjon knyttet til bruk av øyebunnskamera. Slike løsninger har ikke Akershus universitetssykehus og disse må følgelig flyttes over til Akershus universitetssykehus' IKT-plattform ved en endring av foretakstilhørighet.
- G. Lokale EPJ-løsninger. Porteføljen av andre lokale EPJ-løsninger for Kongsvinger sykehus må gjennomgås, sammenliknes med Akershus universitetssykehus' portefølje og eventuell metode for informasjonsoverføring eller tilgjengeliggjøring av EPJ-informasjon må velges. Eksempler på områder som dekkes av lokale EPJ-løsninger i Helse Sør-Øst er blant andre voksenpsykiatri og skåringskjema, dialyse, endoskopijournal og diabetesjournal.

Arbeid med IKT-systemer til økonomi, administrasjon og andre støttefunksjoner (5 MNOK)

- A. HR-lønn. Både Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus er på regionale løsninger for HR og lønn (Personalportalen, GAT, Public360).
- B. Økonomi, innkjøp og logistikk. Akershus universitetssykehus benytter regional ERP-løsning, det gjør foreløpig ikke Sykehuset Innlandet.
- C. Andre støttefunksjoner. En sammenligning av portefølje med beslutning om tilnærming til flytting må gjennomføres for minimum følgende områder: portørtjeneste, renholdstjeneste, sterilsentral, telefoni/samband og byggovervåkning og – vedlikehold.

Arbeid og anskaffelse basis IKT-infrastruktur (15 MNOK)

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst er i dag på SIKT-plattformen, bortsett fra Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. Akershus universitetssykehus er på vei bort fra sin eksisterende plattform og vil bli lagt om til SIKT som en del av infrastrukturmoderniseringsprogrammet. Eksisterende plattform ved Akershus universitetssykehus er utdatert og er allerede under avvikling. En eventuell omlegging IKT-systemer fra Sykehuset Innlandet til den eksisterende plattformen ved Akershus universitetssykehus vil innebære en omlegging fra moderne til gammel infrastruktur.

Konsekvenser for øvrige prosjekter og programmer i Digital fornying

Risiko for forsinkelser, ressurskonflikt osv. er ikke estimert, da dette kan inkludere både timer brukt til replanlegging osv., men også kostnader knyttet til mulige forsinkelser i leveranser.

Avtalemessige konsekvenser mot eksterne IKT-leverandører

Mulig økte lisenskostnader (kjøp og vedlikehold) som følge av flere brukere ved Akershus universitetssykehus knyttet til ovennevnte IKT-løsninger medfører ikke automatisk reduserte lisenskostnader ved Sykehuset Innlandet. Denne effekten er ikke estimert, potensielt er dette snakk om flere MNOK.

Medisinsk teknisk utstyr (5 MNOK)

Eventuell endring av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus kan få konsekvenser for koblinger mellom MTU og EPJ-løsninger. Hovedområdene innen MTU er laboratorier (laboratedatasystemer), radiologi (RIS/PACS) og IOA-avdelinger (intensiv, overvåkning, akuttmottak med kurve- og medikasjonsløsninger etc.).

I tillegg til tilgjengeliggjøring eller overføring av systeminformasjon kommer aktiviteter som endringer av konfigurasjon, arbeidsflyt, maler etc. I den grad løsninger ved Akershus universitetssykehus skal benyttes på Kongsvinger sykehus, må en også inkludere opplæring. Utover dette er det flere uklarheter knyttet til kostnader for eventuelt bytte av lokale løsninger og igangsetting av regionale løsninger, for eksempel for prehospitaltjenester, regional mediearkiv og regional forskningsstøtte.

12. Gjennomgang av det samlede tilbudet ved Kongsvinger sykehus

Gjennomgang av dagens tilbud ved Kongsvinger sykehus og mulige framtidige modeller, er utarbeidet av prosjektledelsen sammen med berørte fagansvarlige og ledere i Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus.

Pasienttilbudet på Kongsvinger sykehus skal være like trygt og holde samme høye medisinske kvalitet som det som gis ved en større og mer spesialisert sykehuslokalitet. Tilsvarende krav gjelder for logistikk og driftseffektivitet.

Medisinsk kvalitet er avhengig av faktorer som beredskap, bemanning gjennom døgnet og tilgang på spesialkompetanse og utstyr. Det er viktig at de funksjoner som skal foregå på Kongsvinger sykehus har tilstrekkelig volum til at medarbeiderne opprettholder nødvendig erfaring og kompetanse. Videre må de medisinske prosedyrene utføres ofte nok til å være trygge og velfungerende.

Ved Kongsvinger sykehus er det 12-15 øyeblikkelig hjelp-innleggelser i gjennomsnitt per døgn, og kun 1,6 av disse fører til øyeblikkelig hjelp-kirurgi. I gjennomsnitt fødes det 1,1 barn i døgnet ved

sykehuset. De lave volumene gjør det kvalitetsmessig, pasientsikkerhetsmessig og ressursmessig utfordrende å opprettholde dagens akutt- og fødetilbud.

Kongsvinger har en høy andel turnuskandidater og leger i utdanningsstillinger i forhold til antall ferdigutdannede legespesialister. Dette begrenser muligheten for faglig veiledning av de yngre legene. Dessuten reduserer det nivået på kompetansen pasientene møter i sykehuset. Medikamentell kreftbehandling drives uten at det er onkolog til stede, dialyse uten nefrolog. Den medisinske kompetansen bør styrkes.

Med dette som utgangspunkt ser begge helseforetak behov for en gjennomgang av det samlede tilbudet ved Kongsvinger sykehus. Hvilke funksjoner blir minst like gode, eller helst bedre, dersom de blir lagt til lokalsykehuset på Kongsvinger?

Kongsvinger sykehus har sin styrke i lokalkunnskap om befolkning, primærhelsetjeneste og kommunalt omsorgstilbud. Dette gjør lokalsykehuset spesielt godt egnet til å ta vare på pasienter med alminnelige, kroniske og ofte sammensatte tilstander som har behov for tett oppfølging av både spesialist- og primærhelsetjeneste. Gode tilbakemeldinger fra representanter i prosjektgruppen og gjennom den nasjonale pasienttilfredshetsundersøkelsen, PasOpp, viser at innbyggerne i Glåmdalskommunene verdsetter denne delen av dagens tilbud.

Ved foretakstilhørighet i Akershus universitetssykehus kunne Kongsvingers opptaksområde for denne typen lokalsykehus tjenester utvides til å gjelde Eidsvoll og gjenstående deler av Nes kommune. Dette vil kreve ytterligere dialog med de berørte kommunene.

Både Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus kan se for seg en styrking av tilbudet innen poliklinikk, dagbehandling, generell indremedisin, planlagt kirurgi, rehabilitering og geriatri. Begge helseforetak ønsker å videreutvikle det distriktpsikiatriske tilbudet, slik at forbruket av liggedøgn innen psykisk helsevern reduseres.

Vedlikeholdsbehovet ved Kongsvinger sykehus er anslått til omtrent 14 millioner kroner pr år. Til sammenligning er det samlede budsjettet som er avsatt til vedlikehold ved Akershus universitetssykehus på 18 millioner kroner.

Den økonomiske situasjonen ved Akershus universitetssykehus tilsier at det ikke er mulig å dekke kostnader knyttet til Kongsvinger sykehus gjennom driften på Nordbyhagen. I praksis innebærer dette at det må genereres tilstrekkelig overskudd fra driften ved Kongsvinger sykehus til å finansiere nødvendige investeringer lokalt. Dette vil kreve en ikke ubetydelig omstilling.

Spesielt om fødetilbudet

Om lag 25 % av de fødende på Kongsvinger sykehus kommer fra Akershus, og 15 % kommer fra Nes kommune. Sykehuset Innlandet vurderer det slik at det er nødvendig å følge opp kvaliteten ved fødetilbudet kontinuerlig og særskilt. Antall fødsler ved fødeavdelingen i Kongsvinger har i perioden 2011-2016 vist en gradvis nedgang. De 3 siste årene har antall fødsler ligget på rundt 400.

Helsedirektoratet beskriver i «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen», 2010, hvilke kvalitetskrav som må oppfylle i en fødeavdeling.

De som føder på Kongsvinger sykehus i dag selekteres slik at kvinner med risikosvangerskap eller med svangerskapskomplikasjoner følges på annet sykehus (Lillehammer, Akershus universitetssykehus eller Oslo universitetssykehus).

Kvalitetskriteriene stiller også krav til at det på fødeavdeling skal det være etablert forsvarlig vaktordning, og vakthavende gynekologspesialist skal være til stede i avdelingen når det foreligger kjente risikofaktorer før og under fødsel.

Føde-/gynekologisk seksjon ved Kongsvinger sykehus har 5 overlegehjemler inkludert avdelingsoverlege, men for tiden er 4 stillinger besatt og disse dekker en vaktordning. Sykehuset har operasjons- og anestesiteam i aktiv vakt slik at keisersnitt kan utføres innen 15 minutter. Sykehuset har ansatt 1 overlege i pediatri. Barnelegen har ansvar for undersøkelse av nyfødte. Dette ansvaret ivaretas av anestesioverlegene i barnelegens fravær.

Selv om fødeavdelingen følger seleksjonskriteriene og kvalitetskravene som er stilt til en fødeavdeling, er det en utfordring å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kvalitet framover når antall fødsler nærmer seg en per døgn. For den enkelte overlege representerer dette i snitt en fødsel hvert 4. døgn. Et uttrykk for dette kan være at ca. 20 % av de fødende blir forløst ved keisersnitt. Dette er en relativt høy andel av de fødende når det på forhånd er foretatt en seleksjon.

Det har vært en utfordring å rekruttere til vakante overlegestillinger i flere år. Når det gjelder jordmødre er situasjonen annerledes med god dekning og rekruttering.

13. Kapasitet, fleksibilitet og vekst i Oslo og Akershus

En viktig utfordring i Helse Sør-Øst er å sørge for riktig kapasitet til riktig tid i hovedstadsområdet. Veksten i Akershus er særlig stor, samtidig som Akershus universitetssykehus allerede i dag er Norges største akuttisykehus med et opptaksområde på rundt 500 000 innbyggere.

Framtidig vekst og hvordan den skal håndteres er beskrevet i styresak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*. Det planlegges gradvis utfasing av befolkningsgrunnlag fra Akershus sykehusområde for å opprettholde tilstrekkelig kapasitet. Dette skal gjennomføres først ved overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune til Sykehuset Østfold (17 000 innbyggere), og så ved tilbakeføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for bydelene Alna (50 000 innbyggere), Stovner og Grorud (henholdsvis 33 000 og 28 000 innbyggere) til Oslo sykehusområde.

Utfordringen blir å bygge opp tilstrekkelig kapasitet i Oslo sykehusområde til det tidspunkt Akershus universitetssykehus behøver avlastning, noe som blant annet betinger nybygg ved Oslo universitetssykehus' lokaliteter på Aker og utnyttelse av øvrige sykehus i Oslo sykehusområde.

Et mulig bidrag til ytterligere kapasitet for Akershus sykehusområde er å overføre Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus. Det er per i dag ledig kapasitet på Kongsvinger sykehus, både bygningsmessig og funksjonelt, antagelig også (i mindre grad) når det gjelder personale. Uten ombygning kan man ta i bruk 38 senger, noe som tilsvarer lokalsykehusfunksjoner for omlag 40 000 mennesker. Det er ikke analysert i detalj i hvilken grad dette medfører behov for utvidelser innen poliklinikk, radiologi, mottakskapasitet med mere. Prosjektets inntrykk er et det foreligger noe

ekstrakapasitet som per i dag ikke er utnyttet, men dette må beskrives videre ved en eventuell endring av opptaksområde.

Gjennom et interkommunalt samarbeid utredes bygging av helsehus i tilknytning til sykehuset, og dette prosjektet har åpnet for ytterligere kapasitetsutvidelse for sykehuset om ønskelig (i så fall i leide lokaler).

Kapasiteten ved Kongsvinger sykehus er dels bygget opp basert på intensjonsavtaler mellom Kongsvinger sykehus og Akershus universitetssykehus om at en del av Akershus universitetssykehus sin pasientbehandling skulle foregå på Kongsvinger sykehus. I praksis er avtalene lite brukt, noe både skyldes at det er økonomisk ugunstig for avgivende foretak å bruke slike avtaler og som henger sammen med oppdelte pasientforløp og at innleggelser og polikliniske kontroller blir utført på forskjellige sykehus.

Dagens ledige kapasitet ved Kongsvinger sykehus kan brukes til å skape litt rom på Akershus universitetssykehus ved at man for eksempel flytter lokalsykehusfunksjonene for en eller flere kommuner til Kongsvinger sykehus. Det frigir plass og ressurser for områdefunksjoner på Akershus universitetssykehus.

En overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus ville også gi fleksibilitet dersom kapasitetsoppbyggingen i Oslo sykehusområde ikke faller tidsmessig sammen med Akershus universitetssykehus sitt behov for avlastning. Dette vil imidlertid representere en overgangsløsning da foretaks møte i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at Oslo-bydelene som i dag tilhører Akershus sykehusområde skal tilbakeføres til Oslo sykehusområde.

Det ligger i mandatet for dette prosjektet at endringer ikke skal utfordre kapasiteten ved Akershus universitetssykehus ytterligere. Det er altså mulig å oppnå det motsatte. Det skal imidlertid legges til at kapasitetsutfordringen i perioden fram til utbygging ved Aker sykehus står ferdig også vil kunne håndteres gjennom andre tiltak.

Det er også slik at kapasiteten på Kongsvinger sykehus kan komme til å bli nyttig for Sykehuset Innlandet i framtiden.

14. Mulige modeller for framtidens Kongsvinger sykehus

Mandatet for arbeidet ble utvidet til å omfatte framtidige modeller for Kongsvinger sykehus i de ulike helseforetakene.

Nasjonal helse- og sykehusplan definerer ulike typer sykehus:

- Betegnelsen *stort akutt sykehus* brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.
- Betegnelsen *akutt sykehus* brukes om sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset *kan* ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen *sykehus uten akutfunksjoner* brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akutfunksjoner.

Ut fra dette bør Kongsvinger sykehus med et opptaksområde mellom 40 og 50 000 vurderes med tanke på hva slags klinisk profil sykehuset skal ha og hvordan ulike funksjoner og akutfunksjoner best løses. Sykehuset er av en størrelse som gjør det kvalitetsmessig, pasientsikkerhetsmessig og ressursmessig utfordrende å opprettholde dagens brede tilbud.

For å klarlegge hvilke modeller som er aktuelle for framtidens Kongsvinger sykehus, og for å forstå om det er prinsipielle forskjeller i tenkningen i Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus, ble prosjektgruppen supplert med ledere ved berørte klinikker (enheter) i de to foretakene. Denne faggruppen har hatt to møter for å vurdere fremtidige modeller for Kongsvinger sykehus.

Modellene beskrives samlet der de er like for de to foretakene, og ulikheter kommenteres spesielt.

Modell 1 – Kongsvinger sykehus uten akutfunksjoner

I en slik modell vil Kongsvinger sykehus være et sykehus med kun dagaktivitet og uten akutfunksjoner. Det betyr at alle akutt syke pasienter innlegges enten i andre sykehus i Sykehuset Innlandet eller på Akershus universitetssykehus. Tilbudet på Kongsvinger sykehus vil i en slik modell typisk være bred poliklinisk aktivitet innen mange ulike fagområder (generell indremedisin, hjertemedisin, fordøyelse inkludert gastroskopi og koloskopi, nyre inkludert dialyse, infusjonspoliklinikk for legemidler som skal gis intravenøst, gynekologi, øye, øre-nese-hals, laboratorievirksomhet og radiologi) og dagkirurgisk aktivitet.

I en slik modell kan man ikke drive fødeavdeling, ettersom dette krever beredskap for keisersnitt.

Moss sykehus er et eksempel på et sykehus som drives på denne måten.

Vurdering og eventuelle ulike syn blant foretakene

Modellen vurderes ikke som egnet i noen av helseforetakene. Mellom 10 og 15 pasienter innlegges akutt hvert døgn. Akuttmottaket støtter også skadepoliklinikken på legevakten. Det vil antagelig ikke være hensiktsmessig å håndtere disse pasientene i andre sykehus i Sykehuset Innlandet eller på Akershus universitetssykehus.

Modellen anbefales ikke.

Modell 2- Kongsvinger som akutt sykehus med tilpassede funksjoner

I denne modellen vil Kongsvinger sykehus som minimum ha akuttfunksjoner i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Modellen anbefales i begge helseforetak. Kjøretiden til nærmeste store akutt sykehus vil være akseptabel enten sykehuset er en del av Sykehuset Innlandet eller Akershus universitetssykehus. Fra Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus er det mindre enn en time om det haster, og så tar det om lag 50 % lenger tid til Mjøsbrua om dette blir lokalisering av framtidens store akutt sykehus i Sykehuset Innlandet. Det er derfor ikke gitt at man trenger opprettholde et tilbud om akutt kirurgi ved Kongsvinger sykehus.

Antall pasienter som innlegges akutt og opereres under oppholdet ved Kongsvinger sykehus har ligget noenlunde stabilt mellom en og to per døgn de siste årene. Dette er lite også i nasjonal sammenheng. Det vil være utfordrende å opprettholde både kirurgenes kompetanse og den tverrfaglige kompetansen i teamene som skal vurdere om pasientene skal opereres, hvordan de opereres og hvordan de overvåkes etter operasjon. Begge fagmiljøene vurderer det slik at den akutt kirurgiske aktiviteten er så lav at det er utfordrende å opprettholde kvalitet for kirurger og for team, samt at det vil bli tiltagende vanskelig å rekruttere kirurger til sykehuset.

En endring i akutt kirurgi må ledsages av styrking av den medisinske kompetansen innen andre områder ved sykehuset, og det er dermed ikke gitt at modellen krever mindre ressursinnsats eller gir færre arbeidsplasser.

Framtidens Kongsvinger som akutt sykehus kan for eksempel se omtrent slik ut:

- Akutt indremedisin styrkes
 - Øke antall overleger
 - Styrke LIS gir bedre kompetanse i mottak
 - Styrke vurderingskompetanse
- Økt poliklinisk tilbud: skopier og dialyse, infusjonspoliklinikk (cellegift og biologiske legemidler)
- Spesialisering innen planlagt kirurgi med klar faglig profil
- Styrket faglig samarbeid med de andre sykehus(ene) i helseforetak gjennom ambulerings og bruk av telekommunikasjon
- Kirurg tilgjengelig på dagtid og for konferering kveld og natt
- Laboratorietjenester og bildediagnostikk
- Felles utvikling av akutt mottak og legevakt - nye løsninger, felles journalsystem, kommunale akutt plassen etc?
- Videreutvikling av lokalsykehus oppgaver og nye samarbeidsformer med kommunene gjennom blant annet helsehus
- Videreutvikling av tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling

LIS: Leger i spesialisering

Drift av en fødeavdeling krever døgnkontinuerlig beredskap, operasjonsstuer i daglig bruk, tilgang på anestesileger og gynekologer som kan gjøre keisersnitt. Forsvarlig drift er også avhengig av at det er tilstrekkelig volum på tilstrømmingen av fødende for å opprettholde kompetansen hos helsepersonell. Det vil være rimelig å opprettholde støtte for legevakt/skadepoliklinikk.

Vurdering og eventuelle ulike syn blant foretakene

Denne modellen er den foretrukne i begge helseforetak. Det vil i praksis variere noe hva slags tilbud som vil bli utviklet. Dette dreier seg mer om nyanser enn prinsipielle forskjeller og har ikke blitt utredet nærmere.

Begge helseforetak peker på at man bør gjennomgå og vurdere alternative løsninger for fødetilbudet. Gynekologimiljøet ved Akershus universitetssykehus vurderer det som krevende å opprettholde et faglig godt fødetilbud på Kongsvinger sykehus.

Både endelig avklaring av akutt-tilbud og framtidig utvikling av fødetilbud må ferdigstilles av det aktuelle helseforetaket etter at foretakstilhørighet er avklart.

Modell 3- Kongsvinger som stort akuttisykehus

Denne modellen innebærer at man beholder full kirurgisk og medisinsk akuttberedskap. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at det brede tjenestetilbudet i et stort akuttisykehus normalt betinger et befolkningsgrunnlag på 60-80 000 mennesker, men at denne regelen kan fravikes når det er spesielt lang avstand til neste sykehus eller klimatiske forhold som gjør transport usikker (hyppig stenging av vei eller lav regularitet for luftambulanse).

Kongsvinger har i nasjonal sammenheng ikke spesielt lang vei til neste sykehus og god regularitet for kommunikasjon på vei og i luft.

Dersom en slik modell skal være bærekraftig må Kongsvinger sykehus enten tilføres større befolkningsgrunnlag (flere kommuner) eller en må overføre flere funksjoner til sykehuset. Overføre kan i denne sammenheng bety å flytte aktiviteter som i dag kjøpes fra andre, som drives ved andre lokalisasjoner eller også aktiviteter en mangler.

Her er mulighetsrommet forskjellig i de to foretakene, fordi Kongsvinger sykehus som del av Akershus universitetssykehus åpner for flere ulike fordelinger av kommunene i opptaksområdet som illustrert i tabellen under.

Kongsvinger sykehus med ulike kommuner

Befolkningsgrunnlag	I dag	2030
I Sykehuset Innlandet	52.000 (med halve Nes)	44.000 (uten Nes)
		68.000 (med Nes)
Som del av AHUS	63.000 (med Nes)	68.000 (med Nes)
	87.000 (med Nes og Eidsvoll)	98.000 (med Nes og Eidsvoll)

Kilde: SSB. Folketall 2016 og framskrivning til 2030.

Kongsvinger som stort akuttisykehus i Sykehuset Innlandet

Det vurderes ikke som aktuelt å la Kongsvinger sykehus utvide sitt befolkningsgrunnlag (flere kommuner) innenfor Sykehuset Innlandets opptaksområde. Det er heller ikke kapasitetsmessige utfordringer innenfor Sykehuset Innlandet som tilsier at funksjoner bør overføres fra de andre Innlands-sykehusene til Kongsvinger.

Det har også vært vurdert om Kongsvinger sykehus kan tilføres befolkningsgrunnlag på annen måte. Det mest logiske alternativet ville være at Kongsvinger sykehus overtok hele Nes kommune. Dette kan imidlertid være utfordrende med tanke på Nes kommunes ønske om foretakstilhørighet.

Modellen anbefales ikke.

Kongsvinger som stort akuttisykehus i Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttisykehus med et befolkningsgrunnlag på om lag 500 000 mennesker og en hurtig voksende befolkning. Helseforetaket har hatt betydelige utfordringer med kapasitet, men har gjennom effektivisering og bedre driftsformer langt på vei kommet i kapasitetsmessig balanse.

Helse Sør-Øst har fattet vedtak om suksessiv utfasing av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune og de tre bydelene i Groruddalen mot 2030, for å holde opptaksområdet til Akershus sykehusområde noenlunde stabilt til tross for befolkningsveksten. Det er ønskelig å frigjøre kapasitet for å styrke elektiv og spesialisert virksomhet i universitetssykehuset, slik at en får en riktigere balanse mellom akutte og elektive funksjoner og mellom lokalsykehus- og områdepsykehusfunksjoner.

Akershus universitetssykehus vil vurdere å utvide Kongsvinger sykehus' opptaksområde for lokalsykehusfunksjoner til å omfatte Eidsvoll (24 000 innbyggere) og gjenstående deler av Nes kommune (11 000 innbyggere). Opptaksområdet blir da inntil 87.000 mennesker i dag og nærmere 100.000 i 2030, og i et slikt scenario er det også mulig å opprettholde akuttkirurgi. Det vil også gi et større innslag av områdefunksjoner på Nordbyhagen.

Selv om det ligger positive muligheter i dette, skal en ikke undervurdere den omstillingsutfordringen det ville innebære for Akershus universitetssykehus. Det vil bli ressursmessig og ledelsesmessig krevende å drive akuttisykehus ved mer enn en lokalitet og det kan bli utfordrende å utnytte kapasiteten ved Kongsvinger sykehus på en faglig og driftsmessig god måte.

Akershus universitetssykehus mener at de i dag har kapasitet til å ta seg av så vel akutte innleggelser som planlagt kirurgisk virksomhet og anbefaler ikke modellen nå, men vil vurdere ulike løsninger for akutt-tilbudet ved en eventuell endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus.

Oppsummering

Kongsvinger sykehus har sin styrke i lokalkunnskap om befolkning, primærhelsetjeneste og kommunalt omsorgstilbud. Dette gjør lokalsykehuset spesielt godt egnet til å ta vare på pasienter med alminnelige, kroniske og ofte sammensatte tilstander som har behov for tett oppfølging av både spesialist- og primærhelsetjeneste.

Et framtidig Kongsvinger sykehus vil utvikles videre som akuttsykehus, sannsynligvis med tilpasning av akuttfunksjoner, uavhengig av foretakstilhørighet.

15. Personneltmessige konsekvenser ved endret foretakstilhørighet

Foretakene i Helse Sør-Øst gjennomgår stadige endringer i opptaksområder, funksjonsfordeling og organisering med videre. Det har ved flere anledninger blitt drøftet hvordan slike endringer skal håndteres personneltmessig. Løsningene avhenger i utgangspunktet av hva som reelt skjer- om det bygges opp noe nytt eller om det i hovedsak foretas en teknisk overføring av funksjoner med tilhørende aktiva og personell. Videre vil prosedyrene måtte tilpasses til den konkrete prosessen som gjennomføres, dvs. om de aktuelle funksjoner håndteres samlet eller stykkevis og delt.

Det sentrale spørsmål i denne forbindelse er hvorvidt endringene oppfyller kravene til "virksomhetsoverdragelse" i arbeidsmiljølovens forstand, se AML kap.16. Loven forutsetter at det foreligger en "overdragelse av en virksomhet eller del av virksomhet til en annen arbeidsgiver". Overdragelse er her definert som "overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen" (AML kap. 16-1.)

Ved en eventuell endring i foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus vil derfor Helse Sør-Øst RHF ta utgangspunkt i reglene for virksomhetsoverdragelse.

Dette innebærer blant annet at:

- Arbeidsgivers rettigheter og plikter overføres til den nye arbeidsgiver
- Arbeidstakerne fortsetter sitt ansettelsesforhold med samme individuelle betingelser som før - jf. arbeidsavtale
- Ny arbeidsgiver blir bundet av tariffavtale fra tidligere arbeidsgiver (med forbehold om arbeidsgivers skriftlige erklæring om det motsatte innen 3 uker)
- Kollektive rettigheter og plikter videreføres med mindre ny arbeidsgiver aktivt reserverer seg overfor aktuelle fagforeninger
- Arbeidstakernes rett til videre opptjening av alders-, etterlatte- og uførepensjon i henhold til kollektiv tjenestepensjon overføres til ny arbeidsgiver
- Ny arbeidsgiver kan likevel velge å gjøre sin eksisterende pensjonsordning gjeldende for de overførte ansatte

Videre gjelder at:

- Virksomhetsoverdragelse gir i seg selv ikke saklig grunn til oppsigelse/ avskjed av arbeidstakere. Oppgavene fortsetter
- Oppsigelse på annet grunnlag kan gjennomføres fra arbeidsgivers side. Dette må imidlertid begrunnes etter de vanlige reglene i AML kap. 15 (se spesielt § 15-7) som setter strenge krav til saklig grunn og formell prosedyre

Oppsigelsesvernet ved virksomhetsoverdragelse gjelder ikke ved senere omstilling. Ved eventuell nedbemanning på slikt grunnlag kreves likevel formell dokumentasjon og involvering av tillitsvalgte etter bestemmelsene i AML, hovedavtalene og eventuelle omstillingsavtaler.

Det er videre fastsatt omfattende krav til informasjon og drøfting med tillitsvalgte. Utover dette gir reglene om virksomhetsoverdragelse den enkelte ansatte både rett til individuell informasjon og visse rettigheter knyttet til reservasjonsrett. Til sammen gir dette trygghet for at både grupper og individer ivaretas på en god måte.

16. Tidspunkt for en eventuell overføring

Dersom endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus besluttes bør denne skje så raskt som praktisk mulig av hensyn til pasienter og ansatte, og ikke minst for å sikre at arbeidet med utvikling og kvalitet ikke stopper opp. Samtidig vil det være gunstig å koordinere tidspunktet med overføring av spesialisthelsetjenestansvaret for Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold. Koordinere betyr enten at man gjør det samtidig, men kanskje fortrinnsvis at man først overfører spesialisthelsetjenestansvaret fra Vestby kommune fra Akershus universitetssykehus før Kongsvinger sykehus eventuelt overføres til Akershus universitetssykehus. Denne problemstillingen må vurderes samlet av Helse Sør-Øst RHF fordi overføringstidspunktet for spesialisthelsetjenestansvaret for Vestby kommune også er av stor betydning for Sykehuset Østfold.

En eventuell overføring er en kompleks prosess som må planlegges godt. Erfaringer fra andre og tilsvarende prosesser tilsier at et halvt år er for lite og typisk tidsbehov er 1-1,5 år. Det skyldes avtaler og regelverk rundt virksomhetsoverføringer, vurdering av avtaler rundt ansatte og ikke minst harmonisering av kliniske og administrative systemer. Eventuell samkjøring av IKT-systemer vil kreve betydelige ressurser og tid for gjennomføring. Videre må det beregnes tid til harmonisering av IKT-infrastruktur. En beslutning om eventuell overføring rundt sommeren 2017 vil dermed i praksis ikke være gjennomførbar før 01.01.2019.

17. Oppsummering

Foretakstilhørighet i pasient- og pårørendeperspektiv

Spørsmålet om foretakstilhørighet kom fram gjennom en politisk prosess. Prosjektet har i sitt arbeid ikke støtt på stemmer hverken blant brukere, sykehusaksjoner eller politikere som har ytret ønske om at Kongsvinger sykehus utvikles videre i Sykehuset Innlandet.

Noe av dette kan skyldes troen på at Sykehuset Innlandet stadig trekker ut ressurser fra Kongsvinger sykehus og at dette vil være annerledes om man tilhører Akershus universitetssykehus. Denne opplevelsen deles nok av de fleste mindre sykehus i Norge og vil ikke bli annerledes om man skifter foretakstilhørighet. Begge helseforetak har ansvar for å gi befolkningen gode helsetjenester. utfordringer knyttet til kvalitet, kompetanse og beredskap ved Kongsvinger sykehus må tas på alvor uansett foretakstilhørighet.

Reisevei og oppstykkede pasientforløp har betydning for pasientopplevd kvalitet. Så lenge Kongsvinger sykehus ikke kan romme alle behandlingstilbud, vil noen pasienter oppleve dette. Pasientforløpene i Sykehuset Innlandet preges av at ulike funksjoner finnes ved ulike lokaliteter, noe

som gir et mindre sammenhengende spesialisthelsetjenestetilbud. Dette vil ikke bortfalle helt ved en eventuell overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus, ettersom områdefunksjonene fortsatt vil ivaretas ved en annen lokalitet, men reiseveien blir kortere og tilbudet av områdefunksjoner samlet. Dersom Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus bør kapasiteten på Kongsvinger sykehus utnyttes, mest sannsynlig ved at Kongsvinger sykehus overtar lokalsykehusfunksjonen for Nes kommune og eventuelt Eidsvoll kommune. I praksis vil dette bety at man utformer klare regler for hvilke pasienter som skal tas hånd om i hvilket sykehus slik det gjøres i de fleste andre av landets helseforetak. Prosedyrene tar hensyn både til diagnose og til alvorlighetsgrad slik at fastlege eller legevaktslege sørger for at rett pasient kommer til rett sykehus.

Foretakstilhørighet, faglig samarbeid og kvalitet

Per i dag synes ikke det faglige samarbeidet mellom Kongsvinger sykehus og resten av Sykehuset Innlandet å fungere godt nok, selv om det varierer mellom ulike fagområder. Det bærer generelt preg av for liten sirkulasjon av fagfolk, enten det være seg som ambulering eller hospitering. Prosjektet har ikke funnet formalisert utveksling av fagfolk innen noe område. Det er behov for å endre rutiner for dette og innføre felles prosedyrer for hele helseforetaket. Dette er arbeid som må gjøres uansett foretakstilhørighet.

Sykehuset Innlandet har mens prosjektet har pågått startet på dette arbeidet, blant annet ved at:

- Sykehuset Innlandet, Lillehammer, som har et områdeansvar innenfor gynekologi/fødselsomsorg, vil i en periode bistå med en erfaren overlege som skal dekke opp vaktberedskap og støtte opp under faglig utvikling av tjenesteområdet
- Sykehuset Innlandet, Elverum-Hamar, etablerer utveksling av leger innenfor indremedisin
- Sykehuset Innlandet skal vurdere å slå sammen divisjonene Tynset og Kongsvinger med divisjon Elverum-Hamar for å sikre bedre samarbeid på tvers. Utredningen er igangsatt og konklusjonen vil foreligge i løpet av 2017
- Det er igangsatt et arbeid på tvers av alle somatiske divisjoner for å hindre uønsket variasjon, blant annet innen ventetider. Foreløpige analyser har avdekket at det er store variasjoner i liggetid mellom sykehusene i Innlandet og målet med arbeidet er å sikre en felles praksis på tvers av sykehusene
- Divisjonene i Sykehuset Innlandet har etablert velfungerende videokonferanseløsninger og utnytter i økende grad dette til samarbeid om veiledning, undervisning og utdanning – og til videokonferanse i pasientbehandlingen

Videre viser nasjonale data at kvaliteten ved den behandling som gis ved Kongsvinger sykehus kan og bør forbedres. Det har vært et stabilt funn over flere år at dødeligheten ved sykehuset ligger over landsgjennomsnittet. Det kan være gode grunner til dette, og selv om det har vært arbeidet mye med dette er det likevel slik at kvalitet og faglige samarbeid framstår som klare forbedringsområder innen dagens foretakstilknytning.

Høsten 2016 har Sykehuset Innlandet iverksatt en rekke tiltak som skal bidra til utvikling av bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det har vært oppfølging ukentlig knyttet til bl.a. følgende områder:

- Krav til dokumentasjon (tilkalling og tilsyn, rutiner for skriftliggjøring av dokumentasjon i helger uten medisinsk skrivertjeneste til stede)

- Øket medisinsk kompetanse i akuttmottaket (08.00-18.00)
- Systematisk bruk av verktøy i klinisk vurdering og oppfølging, Modified Early Warning Score (MEWS) og Mobile Akutt Team (MAT)
- Nye rutiner for visittgang
- Rutine for konsultasjon ved radiologiske undersøkelser
- Oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammet med økt fokus på bruk av tverrfaglige tavlemøter
- Implementert ny prosedyre for SEPSIS-behandling
- Krav til responstid for overleger i vakt
- Pågående prosess med omlegging av tjenesteplaner med leger i spesialisering i primærvakt (2-sjiktet vaktordning med økt kompetanse i front)
- Økning i antall leger i spesialisering og overleger

Foretakstilhørighet, kapasitet, fleksibilitet og konsekvenser for Kongsvinger sykehus

Kongsvinger sykehus vil som "lillebror" i et helseforetak, kunne oppleve en endring i pasienttilbudet og en gradvis nedbygging uansett om det tilhører Sykehuset Innlandet eller Akershus universitetssykehus. Dette er først og fremst betinget i befolkningsutviklingen i området.

Det er derfor avgjørende for sykehusets framtid om det er reelt behov for den kapasiteten for pasientbehandling som sykehuset har.

Sykehuset Innlandet har ikke behov for å øke aktiviteten på Kongsvinger sykehus slik det er i dag, og planene for framtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet peker ikke i denne retningen nå. I en framtidig sykehusstruktur kan man likevel ikke utelukke at det kan bli økt behov for Kongsvingers kapasitet også i Sykehuset Innlandet. Imidlertid kan fylkestilhørigheten påvirke framtiden her. De angjeldende kommuner har varslet at de ønsker å tilhøre Akershus universitetssykehus, dersom Hedmark og Oppland slår seg sammen.

Helse Sør-Øst har fattet vedtak om suksessiv utfasing av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune og de tre bydelene i Groruddalen mot 2030, for å holde opptaksområdet i Akershus sykehusområde noenlunde stabilt til tross for befolkningsveksten. Sykehuset på Nordbyhagen kan likevel få behov for avlastning, dersom utfasingen av opptaksområde lar vente på seg eller for å frigjøre kapasitet til mer elektiv og spesialisert virksomhet. En overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus ville kunne avlaste Nordbyhagen for akutte lokalsykehusfunksjoner til befolkningen i Eidsvoll kommune og Nes kommune, samtidig som pasientgrunnlaget for områdefunksjonene på Nordbyhagen ville øke.

Selv om det ligger positive muligheter i dette, skal en ikke undervurdere den omstillingsutfordringen det vil innebære for Akershus universitetssykehus. Det er mer ressursmessig og ledelsesmessig krevende å drive akutt sykehus ved mer enn en lokalitet, en utfordring som Sykehuset Innlandet, men ikke Akershus universitetssykehus, har i dag.

18. Alternative løsninger

Her pekes på to alternative løsninger som vurderes i påfølgende kapittel.

A: Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus.

Ledig kapasitet utnyttes for å skape fleksibilitet rundt Akershus universitetssykehus

Alternativet innebærer å overføre lokalsykehusfunksjoner fra Akershus universitetssykehus til Kongsvinger sykehus for en eller flere kommuner, eller å overføre oppgaver, for å skape rom på Akershus universitetssykehus. Det vil i første omgang kunne gjelde Nes kommune og ved behov andre kommuner på Øvre Romerike. Alternativt kan man foreta oppgavedeling mellom sykehusene. Det vil gi både bedre kapasitet på Akershus universitetssykehus og en utvikling mot bedre oppgavedeling og faglig utvikling i begge sykehus, samt et mer robust Kongsvinger sykehus. Dette er ikke til hinder for at Kongsvinger sykehus kan tilpasses med tanke på akutfunksjoner, fødetilbud og lignende.

Kongsvinger sykehus med ulike kommuner vises i tabellen under.

Befolkningsgrunnlag	I dag	2030
I Sykehuset Innlandet	52.000 (med halve Nes)	44.000 (uten Nes)
		68.000 (med Nes)
Som del av AHUS	63.000 (med Nes)	68.000 (med Nes)
	87.000 (med Nes og Eidsvoll)	98.000 (med Nes og Eidsvoll)

Kilde: SSB. Folketall 2016 og framskrivning til 2030.

B: Kongsvinger sykehus forblir i Sykehuset Innlandet.

Dersom Kongsvinger sykehus sin kapasitet ikke utnyttes til å skape fleksibilitet rundt Akershus universitetssykehus, anbefales det ikke å endre foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus. I et slikt scenario vil framtidens Kongsvinger sykehus faglig bli omtrent identisk uansett foretakstilhørighet. Imidlertid vil Nes kommune fortsette å ønske seg tilbake til Akershus universitetssykehus, noe som vil kunne svekke driftsgrunnlaget for Kongsvinger sykehus. Med uendret befolkningsgrunnlag vil overføringskostnadene (faglig, ledelsesmessig og økonomisk) bli for store. Videre utvikling og sannsynlig omlegging til akuttsykehus med tilpassede akutfunksjoner vil trolig kunne skje like godt i Sykehuset Innlandet (med forbehold om mulig reduksjon i befolkningsgrunnlag knyttet til Nes kommune). Det krever noen forutsetninger:

- Det faglige samarbeidet må utvides gjennom hospitering, ambulerende og felles fagprosedyrer
- Det vil være sentralt med tettere ledelsesmessig integrering med resten av Sykehuset Innlandet
- Samarbeidet med kommunene må styrkes for å reetablere et godt samarbeidsklima med gjensidig tillit

19. Vurderinger fra prosjektgruppen

Det er prosjektgruppens oppfatning at dens arbeid har bidratt til større grad av åpenhet og en tydeliggjøring av behovet for faglig utvikling ved Kongsvinger sykehus. Dette behovet er erkjent i begge helseforetak, og det er i stor grad enighet om hvilke tiltak som bør treffes.

Sammensetningen av denne prosjektgruppen er litt uvanlig i det kommunesiden (sammen med lokal sykehusaksjon) er så bredt representert. Det var et sterkt politisk ønske som la grunnlag for hele denne prosessen, og dette ønsket er like sterkt og like legitimt når prosjektarbeidet nå sluttføres. Prosjektgruppen har derfor valgt å dele vurderingen av alternativene i to, der del 1 representerer synspunkter fra kommunesiden og sykehusaksjonen og del 2 i større grad er en helseforetakenes vurdering. Det er ikke uttrykk for en delt innstilling eller for uenighet, men heller at man helt naturlig har litt ulik innfallsvinkel. For eksempel kan det faktum at en overføring vil ha økonomiske konsekvenser, vektas helt ulikt utfra ståsted.

Vurdering fra kommuneside og sykehusaksjon

Det vises til kronikk fra Glåmdalen 16. desember 2016 gjengitt under.

Glåmdalen TORS DAG
15. desember 2016
Uke 50 - Nr. 292
132. årgang
Løssalg kr 30,-
www.glamdalen.no

TIPS OSS: 62 88 25 00 SMS: GLTIPS til 2005 E-POST: tips@glamdalen.no

Krever Ahus-tilknytning nå

PRESSER PÅ: I en kronikk i dagens avis og i et brev til Helse Sør-Øst krever ordførerne i Kongsvinger-regionen og Nes at Kongsvinger sjukehus innlemmes i Ahus, og at det skjer nå. Fra venstre Lise Seihnes, Nord-Øst, Wenche Hoser Sand, Grue, Knut Hjeltnes, Sør-Øst, Sjur Strand, Kongsvinger, Kamilla Thue, Ellik og Bjørn Bus, Ahus. FOTO: PER HÅNDPETERSEN

12 MENINGER Torsdag 15. desember 2016 GLÅMDALEN

At SI nå skal ha en radikalt ny tilnærming til Kongsvinger sjukehus kan vi dessverre rett og slett ikke ha tillit til.

TIL AHUS: Ordførerne i regionen er ikke i tvil. De anbefaler nå - i årene omkring - Helse Sør-Øst å overføre Kongsvinger sjukehus til Ahus. FOTO: KJELL K. HERNIMEN

Kronikk

Lise Selnes,
Ordfører i Nord-Odal kommune
Knut Hvithammer,
Ordfører i Sør-Odal kommune
Grete Sjøll,
Ordfører i Nes kommune
Kamilla Thue,
Ordfører i Eidskog kommune
Wenche Huser Sund,
Ordfører i Grue kommune
Ørjan Bue,
Ordfører i Åsnes kommune
Sjur Strand
Ordfører i Kongsvinger kommune

SOM ORDFØRERE i Kongsvingerregionen ønsker vi med all tydelighet å markere at nok får være nok i debatten om tilhørighet. Vi ønsker en endring - Nå! I arbeidet som pågår i Helse Sør-Øst (HSØ) sin regi gjeldende framtidig tilhørighet, så antyder det at både Ahus og Sykehuset Innlandet ser for seg utstrakt samhandling og felles kvalitetsjobbing.

AT SYKEHUSET Innlandet nå skal ha en radikalt ny tilnærming til Kongsvinger

sjukehus kan vi dessverre rett og slett ikke ha tillit til. De har gjennom sin handlemåte og prioriteringer gjennom mange år vist at det ikke er evne eller vilje til å ta hensyn til vårt lokalsykehus sitt utviklingspotensial, dets utvikling og drift. Ser en på debatten og planene som foreligger rundt hovedsykehus i Mjøsområdet og planene for tida fram til dette er på plass, ser vi ikke at våre saker og utfordringer vil komme høyere på dagsorden enn før - heller tvert imot. Vi kan ikke sitte rolig å la dette skje.

MENS SYKEHUSET Innlandet ikke trenger den utnyttede kapasiteten som finnes ved Kongsvinger sjukehus i dag, vil derimot den store veksten i Oslo og Akershus gjøre at Ahus høyst sannsynlig vil få store kapasitetsutfordringer de neste 15 årene. Vi mener derfor at vi nå enda tydeligere kan fastslå at Akershus har bruk for vår kapasitet og vi har bruk for Akershus enten det gjelder helse, arbeid, utdanning, kommunikasjon osv.

KONGSVINGER SJUKEHUS har en naturlig tilhørighet til Ahus.

KONGSVINGER SJUKEHUS kan overta lokalsykehusfunksjonene for flere kommuner i Akershus - og gjerne også Åsnes

- dersom Elverum legges ned (jfr. uttalelser fra styreleder - Anne Enger).

KONGSVINGER SJUKEHUS trenger et helsehus for å bli et komplett og moderne akuttstusykehus. I samhandlingsreformens ånd skal en få til integrering av:

- Private og offentlig spesialisthelsetjenester
- Kommunale/interkommunale helse-, sosial- og omsorgstjenester
- Private helse- og omsorgstjenester

DET ER samtidig grunn til å merke seg at kommunene skal overta store deler av behandlingen innen rus, psykiatri og rehabilitering. I tillegg har vi erfart at det er et stort behov av tett samhandling for å få skape trygghet og god kvalitet på håndtering av ferdigbehandlede pasienter.

VI MINNER om at spørsmålet om foretakstilhørighet har kommet fram gjennom en politisk prosess, og at det er befolkningens eget ønske som har funnet vei til Helseministeren. Det er også verdt å merke seg at det i sykehustilhørighetsprosjektet sitt arbeid ikke har kommet fram stemmer som har ytret ønske om at Kongsvinger utvikles videre i Sykehuset Innlandet. At reiseveien er vesentlig

lengre, at kollektivtilbud er dårlig og at reiseretningen er motsatt av arbeidspendleretning betyr i praksis en belastning for pasient og pårørende.

KONGSVINGER SJUKEHUS har et potensial til å utvikles til et robust akuttstusykehus. Dersom HSØ flytter noe av Ahus sitt befolkningsgrunnlag til Kongsvinger nå, vil man sikre et Kongsvinger sjukehus med god basis for utvikling samtidig som Ahus avlastes og styrker sin profil som universitetssykehus.

VÅR ANBEFALING:

1. KONGSVINGER sjukehus overføres snarest mulig til Ahus og beholdes som et robust og fleksibelt sykehus.

2. KONGSVINGER tilføres befolkningsgrunnlag på minimum 30.000 fra Ahus, for at Ahus sin profil som universitets- og områdesykehus styrkes ved at flere lokalsykehusfunksjoner løses i Kongsvinger sjukehus.

3. DET forutsettes at Ahus pålegges å legge minimum ett eget fagområde til Kongsvinger. Vi foreslår at en her vurderer ortopedi, geriatri og områder innen medisin.

Alle kommunene over er representert i prosjektgruppen, fire med ordfører eller varaordfører og de øvrige med ledere fra kommunen. Gjennom prosjektarbeidet har denne gruppen sett at en overføring av Kongsvinger sykehus medfører kostnader både i tid og i penger. Ønsket om å endre foretakstilhørighet er imidlertid like sterkt og anbefalingen like utvetydig som ved prosjektoppstart, og representerer et klart og tydelig ønske i befolkningen kommunene representerer. En kobling til Akershus universitetssykehus vil legge til rette for et godt og robust Kongsvinger sykehus som kan fange opp den veksten i befolkning som forventes i regionen framover. Sykehusaksjonen støtter dette.

Vurdering fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet

Dette prosjektet har bidratt til læring og erfaringsutveksling over foretaksgrensene. Fagansvarlige og ledere på Sykehuset Innlandet, inkludert Kongsvinger sykehus, og Akershus universitetssykehus har sett på og vurdert så vel dagens drift som mulige utviklingsveier for Kongsvinger sykehus.

Den viktigste konklusjonen er at det er behov for styrking av faglig tilbud og mer arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for å endre kompetansesammensetningen på legesiden med flere overleger og antagelig færre turnuskandidater. Faglig samarbeid må inkludere at fagfolk beveger seg mellom sykehusene i helseforetaket, og dersom Kongsvinger sykehus forblir som en del av Sykehuset Innlandet kan man også styrke samarbeidet over foretaksgrensen til Akershus universitetssykehus.

Det vil være gunstig å knytte Kongsvinger sykehus ledelsesmessig nærmere til andre deler av helseforetaket.

Sykehuset Innlandet og Akershus universitetssykehus er enige om at det er behov for å gjøre større endringer på Kongsvinger sykehus. Det inkluderer vanlig effektivisering av driften, men ikke minst at man vurderer hvilke funksjoner sykehuset skal utvikle og bli gode på. Kongsvinger sykehus er i dag et godt lokalsykehus som pasientene er fornøyd med, og det er innen de vanlige og dermed ofte forekommende sykdommene at videre utvikling vil skje.

Begge helseforetak peker på at det med dagens befolkningsgrunnlag bør utredes hvordan akuttfunksjonene skal drives og om sykehuset fortsatt skal ha tilbud innen akuttkirurgi.

Det er altså sikkert at det vil bli endring og utvikling, med mål om å lage et enda bedre og mer stabilt akuttsykehus på Kongsvinger.

Spørsmålet er hvilket foretak som skal ha ansvaret for dette; Akershus universitetssykehus eller Sykehuset Innlandet? Er det slik at helseforetakene har ulik forutsetning for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet og skape et godt sykehus? Hvor ulike må forutsetningene være for å rettfærdiggjøre overgangskostnadene ved en overføring til Akershus universitetssykehus?

Begge helseforetak har kompetanse og faglig styrke til å heve kvaliteten på Kongsvinger sykehus. Akershus universitetssykehus har noen ekstra forutsetninger basert på at det er et universitetssykehus med et bredere tjeneste- og kompetansetilbud og at det på legesiden er et mer etablert samarbeid spesielt gjennom utdanningene. Det påpekes fra begge helseforetak at dette samarbeidet kan og bør utvikles videre uavhengig av foretakstilhørighet.

For Akershus universitetssykehus vil det i tillegg til de nødvendige endringsprosessene på Kongsvinger sykehus, også tilkomme krevende endringer i helseforetaket for øvrig; både når det gjelder virksomhetsoverdragelse, omstilling av ledelses- og personellressurser, tilpasning til nytt opptaksområde, inngåelse av nye avtaler med kommuner og ivaretagelse av andre formalia. Det vil også være nødvendig å gjøre seg kjent med de fysiske fasilitetene på Kongsvinger sykehus og legge nye planer for drift, vedlikehold og oppgradering.

Akershus universitetssykehus har hatt en positiv utvikling knyttet til drift og økonomi. Dette har krevet betydelig fokus og sterkt engasjement fra ledere på alle nivåer, og ikke minst sykehusledelsen. Ved å trekke oppmerksomheten bort fra Nordbyhagen for å forbedre driften på Kongsvinger sykehus, er det en risiko for at denne utviklingen stopper opp eller forverres.

Sykehuset Innlandet ønsker ikke å overføre Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus. I sine utviklingsplaner vurderer helseforetaket å knytte Tynset, Hamar, Elverum og Kongsvinger ledelsesmessig sammen for på den måte å få bedre grep om fag- og virksomhetsutvikling.

Anbefalingen fra prosjektgruppen legger vekt på at kapasitet på Akershus universitetssykehus er en nøkkel for å vurdere en overføring. Akershus universitetssykehus mener at de planlagte overføringene av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune og bydeler i Oslo ivaretar kapasitetsutfordringen deres, og at dersom det skulle oppstå behov for fleksibilitet kan dette løses gjennom flere ulike tiltak.

Helseforetakenes oppsummering er at gitt at den faglige utviklingen og utviklingen av tjenestetilbudet i Kongsvinger sykehus vil bli nokså likt i begge foretak, så synes omstillingsutfordringene å være større enn gevinstene ved en overføring.

Spesielt om kommuner med delt tjenestetilbud i dag – Åsnes og Nes

Åsnes kommune er i stor grad avklart. Dersom Kongsvinger sykehus fortsetter i Sykehuset Innlandet vil Åsnes kommune fortsette å få somatiske spesialisthelsetjenester fra Elverum og benytte DPS på Kongsvinger. Ved overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus, ønsker Åsnes å få sitt tilbud innen psykisk helse fra Sykehuset Innlandet.

Forholdene rundt Nes kommune er mer kompliserte. Dersom Kongsvinger sykehus fortsetter i Sykehuset Innlandet, ønsker Nes kommune at spesialisthelsetjenesteansvaret legges til Akershus universitetssykehus. Nes kommune har 20 000 innbyggere og selv om omlag halvparten allerede får sine sykehustjenester ved Akershus universitetssykehus, vil en overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Nes kommune til Akershus universitetssykehus i stor grad oppveie at spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune er besluttet overført fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold.

Overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune var forutsatt å være nødvendig for å frigi kapasitet på Akershus universitetssykehus, og denne effekten blir borte dersom spesialisthelsetjenesteansvaret for Nes kommune flyttes inn til Akershus universitetssykehus.

Hvis Kongsvinger sykehus mister lokalsykehusansvaret for Nes kommune, forsvinner også 15 % av sykehusets pasientgrunnlag, og sykehuset, inkludert fødeavdelingen, blir dermed mindre robust.

Samarbeidsavtalen der Kongsvinger sykehus avlaster Akershus universitetssykehus med lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune varer ut 2019, og det kan synes fornuftig å utsette avgjørelsen til da. Da vil man vite mer om kapasiteten ved Akershus universitetssykehus og utviklingen av Kongsvinger sykehus. Alternativet er å fraråde en flytting av spesialisthelsetjenesteansvaret for Nes kommune nå, både ut fra kapasitetshensyn på Akershus universitetssykehus og fordi tilbudet på Kongsvinger sykehus vil bli betydelig svekket. Det politiske ønsket om endret foretakstilhørighet vil trolig vedvare.

Utrykte vedlegg:

Vedlegg 1 – Mandat

Vedlegg 2 – Underlagsrapport Pasientstrømmer

Vedlegg 3 – Underlagsrapport Økonomiske beregninger av endret sykehusområdetilhørighet for Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde

Vedlegg 4 – Oppgaver og funksjoner i Kongsvinger sykehus