HELSE SØR-ØST

Anbefaling fra administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet HF

Sak SG-044-2023 – (behandlet til orientering i styringsgruppemøte 20. oktober 2023)

Oppfølging av oppdrag om å legge til rette for funksjoner innenfor ortopedi, fysikalsk medisin og rehabilitering og fødselshjelp ved Sykehuset Innlandet Elverum

Dette er en oppfølging av sak 031-2023 *«Oppdragsbeskrivelser for å følge opp vedtaket fra foretaksmøtet mellom HSØ og SIHF 22. juni 2023 vedrørende tilleggsfunksjoner som skal legges til rette for i Elverum Sykehus»*

1 Bakgrunn for saken

Det vises til foretaksmøtet i Helse Sør-Øst 13. juni 2023 punkt 2 og 3 med følgende vedtak:

2. *Foretaksmøtet ber om at Helse Sør-Øst RHF, i tillegg til det som ligger til grunn for vedtaket i styresak 102-2022, legger til rette for:*
    - *En videreutvikling av det elektive ortopediske tilbudet ved sykehuset i Elverum, hvor mer døgn- og dagkirurgi legges til sykehuset i Elverum*
    - *Et rehabiliteringstilbud ved sykehuset i Elverum, herunder en videreføring av døgntilbudet som i dag er lokalisert i Ottestad og som opprinnelig var planlagt lokalisert i Mjøssykehuset. Det gjøres nødvendige bygningsmessige tilpasninger ved sykehuset i Elverum for å tilrettelegge for dette.*
    - *En styrking av tilbudet ved Tynset sykehus*
    - *Etablering av et bevegelsessenter ved sykehuset i Elverum, med elektiv ortopedi og fysikalsk medisin og rehabilitering som en stamme for et slikt fagmiljø, sammen med NAVs senter for tekniske hjelpemidler, Høgskolen i Innlandets opplæring i kroppsøving og relevante ideelle aktører.*
3. *Foretaksmøtet ønsker at det skal legges til rette for et fødetilbud med barselavdeling ved sykehuset i Elverum, og ber Helse Sør-Øst RHF utrede dette.*

Videre vises det til sak 031-2023 i Styringsgruppemøte - Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, *«Oppdragsbeskrivelser for å følge opp vedtaket fra foretaksmøtet mellom HSØ og SIHF 22. juni 2023 vedrørende tilleggsfunksjoner som skal legges til rette for i Elverum Sykehus»* der Sykehuset Innlandet HF fikk tre oppdragsbeskrivelser for å følge opp vedtaket fra foretaksmøtet mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF 22.juni 2023.

031-2023 - Vedlegg 1 Oppdragsbeskrivelse for funksjonsområde Ortopedi lagt til SI-Elverum

031-2023 - Vedlegg 2 Oppdragsbeskrivelse for funksjonsområde Rehabilitering lagt til SI-Elverum

031-2023 - Vedlegg 3 Oppdragsbeskrivelse for funksjonsområde Fødetilbud lagt til SI-Elverum

I denne saken besvarer Sykehuset Innlandet oppdraget, inkludert administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet sin anbefaling til styringsgruppen.

1.1. Spesielle forhold styringsgruppen bør være kjent med

Oppdraget om å legge til rette for funksjonsområdene ortopedi, fysikalsk medisin og rehabilitering og fødetilbud ved SI Elverum påvirker pasientstrømmene til SI Elverum og Mjøssykehuset. I tillegg vil det innebære endringer i tidligere beregninger av driftsøkonomi i en framtidig ny sykehusstruktur i Innlandet.

I Konseptrapport steg 1, med henvisning til styringsdokumentet for prosjektet, er følgende prosjektutløsende faktorer beskrevet:

- Dagens sykehusstruktur gir utfordringer for pasientbehandling, rekruttering og driftsøkonomi
    - Høy grad av funksjonsfordeling gir usammenhengende pasientforløp, særlig for pasienter med sammensatte behov
    - Uønsket variasjon i kvalitet på behandlingen
    - Mange pasientreiser mellom sykehusene og oppdelte behandlingsforløp med utredning og behandling på flere sykehus
    - Små og sårbare fagmiljøer, som kan gi rekrutteringsutfordringer
    - En sykehusstruktur som begrenser mulighetene for effektiv drift og mulighetene til å tilby mer spesialiserte tjenester
- Behov for nye bygg

I vurderingene av funksjonsområder til SI Elverum bør disse prosjektutløsende behov legges til grunn.

1.2. Prosess og ivaretagelse av medvirkning

Prosessen i dette arbeidet har fulgt ansvarslinjen og framdriftsplan gitt i oppdragsbeskrivelsene, der det fastslås at styringsgruppen for prosjektet er mottaker av oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF, og dermed eier og mottaker av deloppdraget. Sykehuset Innlandet har fått ansvar for å belyse ulike alternativer, forankre arbeidet innenfor aktuelle fagområder, ivareta medvirkning fra ansatte og brukere og anbefale en løsning.

Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet delegerte gjennomføringen av oppdragene til direktør medisin og helsefag, som etablerte tre arbeidsgrupper innenfor de aktuelle fagområdene. Arbeidsgruppene har vært satt sammen av relevante fagråd og faggrupper med bred representasjon fra fagmiljøene ved ulike virksomhetssteder i Sykehuset Innlandet. Arbeidsgruppene har vært ledet av respektive fagrådsledere.

Arbeidsgruppene har, basert på oppdragsbeskrivelsene og oppdaterte framskrivninger innenfor sine fagområder, vurdert de faglige aspektene og bakgrunn av disse foreslått løsninger for en hensiktsmessig organisering og drift. Forhold rundt rekruttering, faglig utvikling og utdanning er belyst. Det er gjennomført driftsøkonomiske beregninger av de ulike løsningsforslagene. (vedlegg 1a, 1b, 2a, 2b, 3)

Underveis i arbeidet er status framlagt for innspill fra tillitsvalgte og vernetjenesten, Brukerutvalget og ledergruppen. Direktør medisin og helsefag har på bakgrunn av leveranser fra fagmiljøene sammenfattet og lagt disse fram for foretakets ledergruppe.

Divisjonene, foretakstillitsvalgte og vernetjeneste, samt Brukerutvalget har, gitt sine innspill til administrerende direktør. Saken er drøftet med foretakstillitsvalgte og vernetjenesten. (vedlegg 5 og 6)

1.3. Beregninger av driftsøkonomiske effekter

Den metodiske tilnærmingen bygger på tidligfaseveilederen og rammeverk beskrevet i regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser av investeringsprosjekter fra Helse Sør-Øst RHF.

Ved beregning av driftsøkonomiske konsekvenser er det kun tatt høyde for effekter som er en direkte konsekvens av funksjonsfordelingen, enten som følge av samlokalisering/desentralisering eller som en effekt av drift i nye/rehabiliterte sykehusbygg. Effekt i kronebeløp er estimert som differansen mellom 2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt forutsatte endringer og 2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt dagens struktur/bygg (baseline). Baseline tar høyde for aktivitetsframskrivingen, og derav et økt framtidig bemanningsbehov, med utgangspunkt i videreføring av dagens produktivitet. Det bemerkes at driftsgevinster knyttet til årsverk følger av en lavere økning i framtidig bemanningsbehov sammenlignet med baseline, og ikke en reduksjon fra dagens bemanningsnivå.

Driftsøkonomiske konsekvenser er beregnet for hvert av de tre funksjonsområdene. Det vises til eget notat (vedlegg 4).

2 Arbeidsgruppenes faglige vurderinger, driftsøkonomiske vurderinger og administrerende direktørs anbefaling for hvert av funksjonsområdene.

I det følgende gjengis hver av arbeidsgruppenes anbefalinger med driftsøkonomiske vurderinger og anbefalt løsning fra administrerende direktør.

2.1. Funksjonsområde ortopedi

Under gjengis sluttkommentarer fra rapporten til arbeidsgruppen som har vurdert funksjonsområde ortopedi ved SI Elverum;

> *Det er enighet i gruppen om at det er viktig med et robust fagmiljø ved Mjøssykehuset, og at det innebærer at både elektiv og akutt ortopedisk kirurgi utføres der. Innenfor de rammene som er vedtatt etter foretaksmøte 15. juni 2021 er det uenighet i gruppen når det gjelder grad av fordelingen av elektiv kirurgi mellom Mjøssykehuset og Elverum. Fagrådsmedlemmene i fra Gjøvik, Lillehammer og Tynset mener at det er viktig at det å flytte ut elektiv ortopedi i fra Mjøssykehuset, ikke går på bekostning av en helhetlig og robust ortopedisk virksomhet der. Hovedargumentet er at mest mulig av faget bør være samlet på et sted. Dette for å sikre et best mulig fagmiljø og en best mulig rekrutering.*
>
> *Alle ser fordeler ved å kunne flytte ut elektiv ortopedi til en skjermet enhet, men mindretallet (1 av 4) ønsker en større aktivitet ved elektiv enhet på Elverum på tross av noen av de ulempene dette vil kunne medføre for aktiviteten ved Mjøssykehuset. Dette er basert på erfaringer i fra andre sykehus som Sykehuset Østfold og Sykehuset*

Vestfold. Det er her etablert store elektive enheter som drifter effektivt og som rekrutterer godt.

Vi har også sett utfordringer ved at ikke hele ortopedien i SI tas med når man skal planlegge strukturen for de kommende 20-30 årene. Vi setter også spørsmålstegn ved om det er faglig lurt å samle de sykeste ortopediske pasienten i en egen ortogeriatrisk avdeling utenfor Mjøssykehuset. Dette er den gruppen av ortopediske pasienter som har størst nytte av et tverrfaglig samarbeid. Forutsetningen for å få til dette vil være best i et framtidig Mjøssykehus, skal dette skje må vedtaket fra foretaksmøte 15.juni 2021 revurderes.

2.1.1. Sammenfatning av arbeidsgruppens faglige vurderinger – ortopedi

For å optimalisere effekten av stordrift og utvikling av spisskompetanse anbefaler arbeidsgruppen at pasienter fordeles etter pasientgruppe fremfor opptaksområde. Dette kan gi en effektiv drift og redusere variasjon i tilbudet i Sykehuset Innlandet HF. De sykeste pasientene bør behandles ved Mjøssykehuset fordi det ikke er planlagt med intensivsenger ved SI Elverum.

Arbeidsgruppen skisserer to modeller som begge kan gi hensiktsmessig drift, en fem-døgnspost eller en sju-døgnspost.

En fem-døgnspost bør ha om lag åtte til ti senger og en til to operasjonsstuer for planlagt døgnkirurgi tre til fire dager pr uke. Sengeposten bemannes med sykepleiere hele døgnet. Det kan ikke planlegges med større inngrep de to siste dagene i uken for i størst mulig grad å unngå at pasienter må overflyttes. En fem-døgnspost vil ikke kreve helgevakt og vil derfor kunne drives med en lavere kostnad.

En sju-døgnspost bør ha 15-20 senger og drift av én til to operasjonsstuer for planlagt døgnkirurg fem dager i uken. Sengeposten bemannes med sykepleiere hele døgnet. En sju-døgnspost vil kunne fungere som buffer for Mjøssykehuset i utfordrende perioder, og det er en egnet størrelse for en hensiktsmessig turnus for pleiepersonell.

Begge modeller forutsetter fysioterapeut tilstede alle hverdager på dagtid. Operasjonsstuene bemannes med nødvendige funksjoner på dagtid alle hverdager. Det er ikke behov for støttefunksjoner utover det som er lagt til SI Elverum i konseptfase steg 1.

For begge modeller vurderes det som naturlig at ferie avvikles ved at enheten stenges fire uker om sommeren og i høytider. Dette er i tråd med praksis ved andre tilsvarende enheter i Norge.

Det er enighet i arbeidsgruppen om at det er viktig med et robust fagmiljø ved Mjøssykehuset, og at det innebærer at både planlagt og akutt ortopedisk kirurgi utføres der. Det er uenighet i arbeidsgruppen når det gjelder grad av fordelingen av planlagt kirurgi mellom Mjøssykehuset og SI Elverum.

For fordeling av dagkirurgi innenfor ortopedi er nærmest all dagkirurgi lagt til SI Elverum i konseptfase steg 1. Beregnet behov for dagkirurgiske operasjonsstuer er to til tre stuer fem dager i uken.

Ortopedisk aktivitet ved SI Elverum krever, uavhengig av modell, at ortopeder går inn i en felles pool med arbeid på både Mjøssykehuset og SI Elverum. Dette inkluderer deltakelse i eventuelle vaktordninger for ulike subspesialiteter. Det er en utfordring at ortopeder og LIS3 vil måtte reise mellom sykehusene. Øvrig personell, herunder sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og renhold, kan ha en mer stedlig tilknytning uten rotasjon mellom SI Elverum og Mjøssykehuset.

Arbeidsgruppen har belyst tre momenter som har betydning for rekruttering av leger til sykehuset. Det er fagmiljø og tilhørighet, pendleravstand og jobbinnhold. Effektene vurderes ulikt for leger og øvrige helsepersonell.

2.1.2. Beregnede driftsøkonomiske effekter – funksjonsområde ortopedi

I konseptfasens steg 1 ble det lagt til grunn at Elverum sykehus skulle videreføres med dagkirurgi og skadepoliklinikk, mens døgnkirurgi ble lagt til Mjøssykehuset. Den strukturelle endringen og dermed driftsøkonomiske beregninger er i hovedsak knyttet til at SI Elverum får deler av planlagt døgnkirurgi som i konseptfase steg 1 var planlagt lagt til Mjøssykehuset.

Tabellene under oppsummerer estimerte driftsøkonomiske effekter for de to alternativene og hva som var estimert i steg 1 (kun dagkirurgi og skadepoliklinikk i Elverum). Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning). Endringen er vurdert fra videreføring av dagens struktur (baseline).

Tabell 1: Oppsummering av driftsøkonomiske effekter per alternativ for ortopedi. Beløp avrundet til nærmeste hele millioner kroner.

	Alternativ 1 (7- døgn)	Alternativ 2 (5-døgn)	Steg 1 – kun dag i Elverum
Vaktordning ortopedi*	4	5	6
Sengepost**	–6	0	0
Avdelingssykepleier**	–1	–1	0
Sum	**-3**	**4**	**6**

Merk: Effektene må vurderes mot eventuelle endringer i Mjøssykehuset. Dette har ikke vært mulig å vurdere i nåværende fase av arbeidet.

*) Estimatet gjelder for ortopedi samlet i SI og ikke kun elektiv døgnortopedi i Elverum isolert

**) Vurdert for elektiv døgnkirurgi isolert. Effekter av samling akutt døgnkirurgi og andre endringer innen ortopedi holdt utenfor da det ikke anses som del arbeidet i denne fasen

Tabellen viser at en vaktordning for ortopeder vil redusere driftsgevinstene med to millioner kroner ved en sju-døgnspost og en million kroner ved en fem-døgnspost, sammenlignet med estimatet fra konseptfase steg 1.

Det er gjort overordnede analyser for bemanning i sengepost for de to foreslåtte alternativene. I beregningen av driftsgevinster på sengepost fra konseptfase steg 1 er det

ikke spesifisert driftsgevinster for hvert fagområde. Gevinsten ble relatert til forutsetningen om at et nytt sykehus kan planlegge med sengepoststørrelser for god ressursutnyttelse (24–26 senger) og at mindre sengeposter (små fagområder) kan få en positiv effekt ved sammenslåing. Det er krevende å vurdere hvordan de to alternativene vil påvirke bemanningen for sengepostene i Mjøssykehuset, uten at det foreligger konkrete føringer om pasientsammensetning og -volum på hvert sted. Muligheten for å samarbeide med andre avdelinger i Elverum for bemanningsbehov i helger og høytider vil også være viktig for samlet nettoeffekt. Disse momentene må bearbeides videre i framtidige vurderinger.

Kostnadene til en sju-døgns sengepost med helgebemanning fra fredag ettermiddag til mandag morgen er beregnet til om lag 13 millioner kroner, hvorav kostnader til helgebemanning utgjør om lag seks millioner kroner. Bemanningen ved en fem-døgnpost er beregnet til å koste om lag sju millioner kroner.

Tapte driftsgevinster i vaktordning for leger, fra beregningene i konseptfasen steg 1, og kostnadene ved bemanning av en fem-døgnspost vil i sum være sju millioner kroner mindre enn i tilsvarende beregning for en sju-døgnspost.

2.1.3. Anbefaling fra administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet – ortopedi

Basert på en vurdering av behovet for ortopedisk kirurgi i Sykehuset Innlandet og vedtak om ortopedisk kirurgi ved SI Tynset, SI Lillehammer og Mjøssykehuset, i tillegg til SI Elverum, anbefales det at det overføres inngrep tilsvarende operasjonskapasitet og sengebehov for en fem-døgnspost til SI Elverum.

For å møte framtidens ressursutfordringer må det vurderes om pleiepersonell ved en fem-døgns sengepost skal ha arbeidsforhold kombinert med andre enheter ved SI Elverum for å ivareta ressursbehovet i helger og høytider.

Tilbudet innenfor både dag- og døgnkirurgi må baseres på valg av egnede pasientgrupper og pasientforløp. Sammen med et relativt stort fagmiljø ved SI Elverum vil dette bidra til mindre uønsket variasjon for befolkningen og effektiv drift av operasjonsstuer og sengepost, i tråd med prosjektutløsende behov.

2.2. Funksjonsområde fysikalsk medisin og rehabilitering

Under gjengis oppsummeringen fra rapporten til arbeidsgruppen som har vurdert funksjonsområdet fysikalsk medisin og rehabilitering ved SI Elverum.

> *Fagråd rehabilitering har på bakgrunn av det oppdraget vi har fått høsten 2023 drøftet to ulike alternativ for organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) i framtidens SIHF. Alternativ 1 innebærer en fordeling av vårt fagområde i hhv. Mjøssykehuset og Elverum sykehus, mens alternativ 2 innebærer en større samling av fagområdet på Elverum. Vi understreker at det beste fra et faglig ståsted ville vært å samle hele avdelingen og fagmiljøet i Mjøssykehuset på Moelv, slik det opprinnelig var planlagt etter tidligere faglige utredninger.*
> *Et viktig premiss for begge alternativ er fagrådets sterke anbefaling om å legge ulike tilbud til de to geografiske lokasjonene, framfor en ren flytting av døgnaktiviteten på Ottestad slik den ser ut i dag til Elverum. Med dette oppnår vi bl.a. å samle døgnrehabilitering etter hjerneslag og TBI på ett sted i framtidens SIHF, framfor en*

videreføring av dagens organisering der dette er delt mellom seksjonene på Solås og Ottestad.

Den største styrken ved alternativ 1, er nærheten den delen av avdelingen som legges til Moelv (inkl. en samlet døgnpost for rehabilitering etter hjerneslag og TBI) vil få til andre fagmiljø vi har gjensidige faglige synergier med, slik det opprinnelig var planlagt for hele avdelingen i Mjøssykehuset. En slik sentralt plassert enhet for rehabilitering etter hjerneslag og TBI vil være rekrutteringsmessig attraktiv innen hjernerehabilitering. En annen styrke er nærheten til tidligrehabiliteringssengene og mulighetene for å lage gode overganger for disse pasientene videre inn i fase 3 rehabilitering etter hjerneskader og TBI uten overflytting til et annet sykehus. Denne fordelen vil imidlertid ikke gjelde for pasienter med bla multitraume og ryggmargsskade, som vil måtte overflyttes fra fase 2 rehabilitering på Moelv til fase 3 rehabilitering i Elverum. Videre vil det kunne hentes ut samdriftsfordeler mellom lungerehabilitering, tidligrehabilitering og døgndrift for rehabilitering etter hjerneslag og TBI. De største ulempene med dette alternativet er at vi får en oppdeling av fagområdet FMR med en mindre enhet på Elverum som mister nærheten til det øvrige FMR-fagmiljøet på Moelv, og der fagrådet ser utfordringer knyttet til både risiko for tap av nåværende kompetanse knyttet til denne delen av avdelingen, behov for ambulering (flere faggrupper), LIS-utdanning (knyttet til både læringsmål, supervisjon og veiledning), vaktlinjer for leger, rekruttering av flere faggrupper (derunder leger og nevropsykologer), samt muligheten for faglig utvikling. I tillegg ser fagrådet i dette alternativet en utfordring knyttet til antallet senger lokalisert på hvert sted opp mot de ulike diagnosegruppenes reelle behov.

Den største styrken ved alternativ 2, er den geografiske samlingen av fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering i større grad enn det som er tilfellet både nå og i alternativ 1. En slik samling har vært ønsket av avdelingen og fagrådet over tid. Samling i en større enhet med et bredt fagmiljø vil kunne gi positive effekter for fagutvikling, internt faglig samarbeid mellom seksjonene, rekruttering (av både leger og andre faggrupper) og det å bygge / beholde kompetanse. Videre ser fagrådet fordeler knyttet til redusert behov for ambulering sammenliknet med alternativ 1, og fordeler med tanke på LIS-utdanning (knyttet til både læringsmål, supervisjon og veiledning), vaktlinjer for leger og sykepleiere, muligheten for fleksibel bruk av senger innenfor fase 3 rehabilitering, driftsmessig og faglig robusthet (bl.a. mtp. sykefravær og muligheter for tilpasning til framtidens behov), samt potensiale for å kunne bidra inn i en spennende faglig utvikling knyttet til etablering av et bevegelsessenter på Elverum. Den største ulempen med dette alternativet, er at Elverum ligger langt fra den delen avdelingen og fagmiljøet som per i dag ligger på Solås. Vi må dermed regne med stor risiko for tap av nåværende kompetanse tilknyttet den seksjonen, både på kort og lang sikt. Videre er det i denne modellen en geografisk avstand mellom tidligrehabilitering på Moelv og fase 3 rehabilitering i Elverum for alle pasientgrupper innen døgnrehabilitering, samt mellom rehabilitering etter hjerneslag/TBI og slagenheten og nevrologisk avdeling. Det er imidlertid FMR-kompetanse knyttet til både tidligrehabiliteringssengene og Helse og Arbeid hjerne på Moelv og poliklinisk nevrologkompetanse på Elverum, som dermed vil kunne brukes ved behov for tilsyn.

Fagrådets drøftinger synliggjør etter vårt syn tydelig de ulike utfordringene knyttet til det å splitte opp fagmiljøet for FMR i SIHF ved å legge en større eller mindre del av

avdelingen på Elverum, og at ingen av løsningene skissert av fagrådet som svar på dette oppdraget er optimale. I hele prosessen har fagrådets medlemmer vektet forskjellige hensyn ulikt, og i forsøk på å konkludere vedrørende hvilket av de to drøftede alternativene som samlet sett kommer best ut og dermed bør anbefales som mal for organisering av framtidens rehabiliteringstilbud i SIHF, er fagrådet delt i to. Vi leverer dermed dette notatet til fagdirektør med dissens fra vår side, uten flertall for alternativ 1 eller 2.

2.2.1. Sammenfatning av arbeidsgruppens faglige vurderinger – fysikalsk medisin og rehabilitering

For å oppnå en samling av pasientgrupper og små fagmiljøer gir arbeidsgruppen en sterk anbefaling om å samle pasientgrupper, framfor å flytte pasienttilbud basert på dagens geografiske plassering. Det vil eksempelvis innebære en samling av døgnrehabilitering etter hjerneslag og traumatisk hjerneskade, som i dag er fordelt på to steder.

Det er vurdert to alternativer for samling i sykehuset i Elverum, med størst grad av samling i alternativ 2.

Alternativ 1 innebærer en samling av den delen av faget som omfatter rehabilitering etter amputasjoner og andre nevrologiske sykdommer enn hjerneslag og traumatiske hjerneskader ved SI Elverum.

Alternativ 2 innebærer en samling av mer av aktiviteten innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering på Elverum. I denne modellen er også rehabilitering etter hjerneslag og traumatiske hjerneskader lagt til Elverum. Det vil si at dette forslaget prioriterer en større samling av avdelingen enn alternativ 1, gjennom å legge et større antall senger på Elverum enn det som er gitt som fast i oppdragsbeskrivelsen.

Styrker og svakheter er godt belyst for begge alternativene.

Pasientene som er innlagt til døgnrehabilitering i Sykehuset Innlandet HF er medisinsk komplekse. Sju-døgnspost anbefales uavhengig av alternativ. Driftsmessig er det en fordel å samle mest mulig døgnbehandling på ett sted. Alternativ 2 vurderes som en velegnet størrelse for turnus for pleiepersonell, vaktordning for legene, samt at det åpner for en tilsvarende samling av poliklinikk, og dermed mindre behov for ambulering. Ved dette alternativet vil det bli nødvendig å finne andre samarbeidsformer med øvrige fagmiljøer enn det som var planlagt ved en samlokalisering i Mjøssykehuset.

Solide fagmiljø oppgis å være viktig både for faglig utvikling og rekruttering, samt for å redusere sårbarhet ved fravær. Arbeidsgruppen har gjort en grundig vurdering av fordeler og ulemper for rekruttering og faglig utvikling i de to alternativene. Enhetens størrelse og geografisk avstand mellom nåværende og framtidig arbeidsplass vurderes som de to viktigste faktorene.

De faglige vurderingene er basert på dagens situasjon og ikke eventuelle endringer i pasientpopulasjonen, behandlingsmåter og arbeidsformer innenfor spesialisert fysikalsk medisin og rehabilitering, som vil prege hverdagen på det tidspunktet en samling skal iverksettes.

For fagområde spesialisert lungerehabilitering, som i dag er lokalisert ved SI Granheim, er både døgnaktivitet og poliklinikk lagt til Mjøssykehuset i begge alternativene til arbeidsgruppen.

2.2.2. Beregnede driftsøkonomiske effekter – funksjonsområde fysikalsk medisin og rehabilitering

Alternativ 1 prioriterer en faglig spissing av ulike deler av faget på to geografiske lokalisasjoner og kun det nødvendige antallet senger på SI Elverum gitt i oppdragsbeskrivelsen. Alternativ 2 prioriterer en større samling av avdelingen på SI Elverum fremfor Mjøssykehuset og gir derfor et større antall senger og et bredt poliklinisk tilbud på SI Elverum enn gitt i oppdragsbeskrivelsen.

Tabell 2: Fordeling av framskrevet antall døgnsenger innen FMR på henholdsvis Mjøssykehuset og Elverum sykehus. Sengebehov framskrevet til 2040. Kilde: Sykehusbygg HF.

Senger FMR 2040	Alternativ 1	Alternativ 2
Mjøssykehuset	31	19
Elverum	13	25
Sum	**44**	**44**

Tabellen under oppsummerer estimerte driftsøkonomiske effekter for de to alternativene og hva som var estimert i steg 1 (full samling på Mjøssykehuset). Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning). Endringen er vurdert fra videreføring av dagens struktur (baseline).

Tabell 3: Oppsummering av driftsøkonomiske effekter per alternativ for FMR. Beløp avrundet til nærmeste hele millioner kroner.

	FMR – alt. 1	FMR – alt. 2	Steg 1 – samling Mjøs
Sengeposter	2	4	5
Stab/ledelse	1	2	3
Vaktordning leger	*	*	*
FDV	4	4	4
Sum	**7**	**10**	**12**

*) Videreføring av dagens vaktordning

Både alternativ 1 og 2 innebærer samling av tilbudet innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, sammenlignet med dagens struktur og har derfor nettogevinst på

henholdsvis sju og ti millioner kroner. Dette er likevel noe lavere enn i konseptfasens steg 1 med samling i Mjøssykehuset.

2.2.3. Anbefaling fra administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet – fysikalsk medisin og rehabilitering

Basert på en vurdering av behovet for samling av fagmiljøet og pasienttilbudet og vedtak om døgnplasser fra SI Ottestad til SI Elverum, anbefales alternativ 2 der døgntilbudet fra SI Ottestad og SI Solås legges til SI Elverum, organisert i en sju-døgnspost.

En større samling av døgndriften innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering ved SI Elverum, vil bidra til mindre uønsket variasjon i tilbudet til pasientene og en større samling av fagmiljøet som rekrutterer bedre enn i alternativet med en liten enhet ved SI Elverum. Det vil, basert på de driftsøkonomiske beregningene, gi en mer effektiv drift og utnyttelse av arealer enn i alternativ 1. En stor døgnenhet vil inneha fleksibilitet for variasjon i behov og eventuelle framtidige endringer i behandlingstilbud. En samling som i alternativ 2, vurderes å løse flere prosjektutløsende behov enn alternativ 1.

I konseptfasen steg 1 ble det fordelt betydelig volum poliklinikk innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering til SI Elverum.

Det er ikke uvanlig at døgnaktivitet innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering plasseres på et annet geografisk sted enn akuttsykehus. Med alternativ 2 vil døgnrehabilitering samles i et sykehus med akuttfunksjon, og det vil bli tidligrehabiliteringssenger i Mjøssykehuset med fysisk nærhet til intensivenheten og de fagområdene med størst faglige avhengigheter for pasientene i de første fasene av rehabiliteringen. Dette er i tråd med anbefaling fra regional fagplan fysikalsk medisin og rehabilitering som er til høring i Helse Sør-Øst.

Det må utredes nærmere hvordan pasienttilbudet innenfor tidligrehabilitering best kan organiseres når en stor del av fagmiljøet er samlet et annet sted. Videre må det startes et arbeid for å beholde kompetanse og personell som i dag har arbeidssted ved SI Solås.

2.3. Funksjonsområde fødetilbud

Under gjengis konklusjon og anbefaling fra rapporten til arbeidsgruppen som har vurdert et fødetilbud ved SI Elverum;

Konklusjon;

> *Et samlet fagmiljø i SI vil anbefale en samling av fødselstilbudet i Mjøssykehuset + Tynset som i dag, for å gi å gi pasientene lik og best mulig helsehjelp.*
>
> *Vår medisinsk faglige vurdering er at det ikke er mulig å oppfylle målet i oppdraget om at kvaliteten på det samlede fødetilbudet for de fødende i Innlandet må opprettholdes dersom det skal være et fødetilbud både ved SI Mjøssykehuset, SI Lillehammer og SI Elverum i ny sykehusstruktur. Det er således etter vår vurdering ikke mulig å oppfylle både vedtaket i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst 15. juni 2021 og vedtaket 13. juni 2023.*
>
> *Dersom det av andre hensyn enn de medisinskfaglige fortsatt opprettholdes en ambisjon om å legge til rette for et fødetilbud med barselavdeling ved sykehuset i Elverum, mener vi det ville måtte innebære at man må revurdere vedtaket i*

foretaksmøte i Helse Sør-Øst 15. juni 2021, som inneholder et fødetilbud på SI Lillehammer.

Anbefaling;

Sykehuset Innlandets visjon er: Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.

På basis av både visjon og mål for helseforetaket mener et samlet fagmiljø i føde, barsel, anestesi og nyfødtmedisin at vi får det beste tilbudet til våre pasienter ved å samle alle fødsler på Mjøssykehuset, bortsett fra fødsler ved Tynset. Selv om det ikke er en direkte del av oppdraget, forsterker det vårt råd om ikke å opprette en fødeavdeling ved Lillehammer og fødeavdeling eller fødestue i Elverum

- *Vi trenger en stor nok kvinneklinikk som gir muligheter for økt kvalitet, mer samarbeid med andre spesialiteter som urologi og intervensjonsradiologi til alle våre pasienter, og samtidig faglig utvikling og forskning for å være gode og attraktive miljøer.*
- *Samling i Mjøssykehuset vil gi den beste utnyttelsen av våre ansatte til mest mulig behandling og ikke passive vaktordninger.*
- *En samling vil gi de beste forutsetninger for rekruttering og gode arbeidsplasser med gode fremtidsrettede vaktordninger*
- *Vi anbefaler at man har et godt poliklinisk barseltilbud med mulighet for tidlig hjemreise og tett oppfølging i samarbeid med kommunene i Elverum og tilhørende kommuner.*
- *Vi anbefaler at man utreder følgetjeneste for de som får mer enn 90 min reisevei til Mjøssykehuset i tråd med det man har i Valdres og Otta.*

2.3.1. Sammenfatning av arbeidsgruppens faglige vurderinger – fødetilbud

Et samlet fagmiljø har over tid sett behovet for å samle kompetanse, utvikle det faglige tilbudet, ha nærhet til samarbeidende avdelinger, styrke forskning, skape attraktive arbeidsplasser, sikre rekruttering og bedre økonomisk drift.

Et opptaksområde for fødeavdeling lagt til SI Elverum inkluderer opptaksområdet for SI Tynset. Framskrivningene tilsier at dette totalt vil være om lag 420 kvinner i 2040 fra de to opptaksområdene. Basert på detaljerte framskrivninger og seleksjonskriterier, har arbeidsgruppen beregnet at om lag 165 av de 420 kvinnene vil være risikogravide, som må henvises kvinneklinikken for å føde. Seleksjonskriterier fra den nylig reviderte nasjonale retningslinjen for fødselshjelp, «En trygg fødsel», er lagt til grunn for denne beregningen for seleksjon av risikogravide. Beregningene understøttes av tall fra Medisinsk fødselsregister, som viser at Innlandet er i en særstilling i forhold til overvekt hos gravide og at trenden har vært økende over flere år. Det forventes at flere gravide i Innlandet vil kreve selektering til kvinneklinikk enn i andre deler av Norge.

Både fødeavdeling og fødestue er vurdert som mulige fødetilbud ved SI Elverum. Basert på framskrivningene til 2040 og seleksjonskriterier, vil det være drøyt 250 fødsler årlig i en fødeavdeling og 50 fødsler årlig ved en fødestue. Estimatet for antall fødsler i et tilbud med fødestue er usikkert og kan være noe høyere. Som et tredje alternativ er det vurdert barselhotell og et godt poliklinisk barseltilbud i samarbeid med kommunene, samt følgetjeneste for de som får mer enn 90 minutters reisetid til Mjøssykehuset.

Bemanningsbehov for de tre ulike alternativene er skissert i notatet. Det vurderes at særlig vaktordningene innenfor gynekologi og anestesi ved en fødeavdeling blir utfordrende på grunn av krav til korte utrykningstider. For å ivareta pasientsikkerhet er det volumkrav til antall fødsler, og et fødetilbud ved SI Elverum vil forutsette rotasjon for leger, jordmødre og annet personell til Mjøssykehuset for å opprettholde individuell kompetanse. Rotasjon vil også bli nødvendig for å ivareta faglig utvikling og spesialistutdanning for leger og videreutdanning av jordmødre.

Rekruttering til fødeavdeling ved SI Elverum vil bli enda vanskeligere enn i dagens situasjon ved fødeavdelingen på SI Gjøvik, som er den minste fødeavdelingen i Sykehuset Innlandet. Det har over tid ikke vært mulig å opprettholde fødetilbudet hverken ved SI Elverum eller ved SI Gjøvik uten utstrakt bruk av vikarer. I rapporten vises det til dokumentasjon for at vikarer utgjør en risiko for uønskede hendelser og dermed en risiko for pasientsikkerheten. Et tilbud med fødestue vil kunne innebære utfordringer med rekruttering av jordmødre på lang sikt.

Arbeidsgruppen beskriver ingen fordeler ved et fødetilbud ved SI Elverum. Den største ulempen vurderes å være at mye sentral kompetanse og kapasitet for fagområdet fødselshjelp og andre akuttfunksjoner bindes opp i beredskap. Hvis ressursene spres på mange små enheter med vakt, blir det vanskelig opprettholde et godt føde- og barseltilbud for alle.

2.3.2. Beregnede driftsøkonomiske effekter – funksjonsområde fødetilbud

Tabellen under oppsummerer estimerte driftsøkonomiske effekter for de tre mulige alternativene for et fødetilbud ved SI Elverum. Det viser også estimatet fra steg 1 (større samling på Mjøssykehuset).

Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning). Endringen er vurdert fra videreføring av dagens struktur (baseline).

Tabell 1: Oppsummering av driftsøkonomiske effekter for klinisk personell somatikk i ulike alternativ for fødetilbudet. Beløp avrundet til nærmeste hele millioner kroner.

	Barseltilbud m. følgetjeneste	Fødestue	Føde-avdeling	Steg 1 – samling Mjøs
Vaktordning leger (gynekologi og anestesi)	11	11	–	11
Annet klinisk personell	7	-3	–	12
Operasjonsteam i vakt Elverum*	17*	17*	–	17*
Sum	**35**	**25**	**0**	**40**

*) Effekten forutsetter at både fødetilbud og akutt døgnkirurgi ikke videreføres i Elverum sykehus. Estimatet har derfor flere avhengigheter enn strukturen for fødetilbudet og må ses i sammenheng med eventuelle andre endringer i funksjonsfordeling.

Alternativet barseltilbud med følgetjeneste innebærer et poliklinisk barseltilbud i samarbeid med kommunene med en barselpoliklinikk/ammepoliklinikk lokalisert til Elverum. Det påvirker ikke bemanningen i Mjøssykehuset, men de økte ressursene i Elverum gir netto økte lønnskostnader på 5 millioner kroner sammenlignet med konseptfase steg 1, gitt de forutsetninger som er lagt til grunn.

For alternativene med fødestue og fødeavdeling er det estimert en nettoøkning i FDV-kostnader på henholdsvis en og tre millioner kroner. Dette skyldes at økt areal på Elverum sykehus ikke reduseres tilsvarende i Mjøssykehuset og dermed at totalarealet i helseforetaket vil øke sammenlignet med det som lå til grunn i konseptfase steg 1.

I sum vil en fødeavdeling redusere driftsgevinstene beregnet i konseptfase steg 1 med 43 millioner kroner, en fødestue gir gevinsttap på 16 millioner kroner og et tilbud om barselhotell og barselpoliklinikk et gevinsttap på fem millioner kroner

2.3.3. Anbefaling fra administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet – fødetilbud

Administrerende direktør støtter anbefalingen fra arbeidsgruppen om barselhotell, et godt poliklinisk barseltilbud med mulighet for tidlig hjemreise og tett oppfølging av barselkvinner i samarbeid med kommunene. I tillegg vil det være behov for følgetjeneste for fødende som får mer enn 90 minutters reisetid til Mjøssykehuset.

De faglige rådene som blir gitt i denne rapporten peker tydelig på behovet for å samle fødetilbudet mest mulig i Sykehuset Innlandet. Foretaket har hatt og har rekrutteringsutfordringer for både jordmødre og leger ved foretakets to fødeavdelinger og ved kvinneklinikken. Dette gir en betydelig belastning for ledere og ansatte ved avdelingene. Fagmiljøene er små og sårbare. Det er en svært høy vaktbelastning for legene.

Det er i konseptfasen steg 1 planlagt med fødestue på SI Tynset og fødeavdeling på SI Lillehammer i tillegg til Kvinneklinikk på Mjøssykehuset. Dette til sammen bidrar til at det allerede er en god bufferkapasitet ved store variasjoner i fødselstall eller om det skulle oppstå situasjoner med smitte og behov for å stenge deler av tilbudet til de fødende.

Det å fortsette med fire fødesteder i Sykehuset Innlandet gir fortsatt risiko for uønsket variasjon i tilbudet. Det begrenser også mulighetene for effektiv drift og vil ikke løse de prosjektutløsende behovene.

2.4. Innspill fra foretakstillitsvalgte og vernetjeneste og Brukerutvalg

Anbefalte løsninger er drøftet med foretakstillitsvalgte og vernetjeneste 13.10.23, se drøftingsprotokoll (vedlegg 6).

Anbefalte løsninger er lagt fram for Brukerutvalget (BU) 16.10.23. De har kommet med følgende uttalelse:

Brukerutvalget viser til vårt tidligere vedtak om en modell med et mest mulig komplett hovedsykehus på Moelv, et mindre akuttsykehus 2 på Elverum og et elektivt sykehus på Lillehammer.

Gitt at vedtakene i foretaksmøtene 15. juni 2021 og 13. juni 2023 ikke blir endret, velger BU å støtte administrerende direktørs anbefalinger om fordeling av funksjoner til SI Elverum innenfor ortopedi, fysikalsk medisin og rehabilitering og fødselshjelp.

3 Oppsummering og administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet sin anbefaling

Arbeidsgruppene har levert tre rapportert med grundige og gode faglige vurderinger i henhold til oppdraget om å legge til rette for funksjonsområdene dag- og døgntilbud ortopedi, døgntilbud fysikalsk medisin og rehabilitering og fødetilbud ved SI Elverum. Det er beregnet driftsøkonomiske konsekvenser for de foreslåtte løsningene. Sammen med innspill fra tillitsvalgte og vernetjeneste, brukerutvalg og divisjonene utgjør dette et tilstrekkelig grunnlag for anbefalingene gitt innenfor hvert funksjonsområde.

Administrerende direktør ved Sykehuset Innlandet anbefaler følgende tilbud lagt til Elverum:

- Ortopedi; femdøgns-post for utvalgt pasientgrupper
- Fysikalsk medisin og rehabilitering; alternativ 2 der døgntilbudet fra SI Ottestad og SI Solås legges til SI Elverum, organisert i en sju-døgnspost. Tidligrehabilitering skal være på Mjøssykehuset.
- Fødetilbud; barselhotell og oppfølging av barselkvinner i samarbeid med kommunene.

Denne saken svarer på oppdraget om å legge til rette for funksjoner ved sykehuset i Elverum. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst 13. juni 2023 forutsetter også styrking av tilbudet ved Tynset sykehus. Videre planlegging i konseptfasen og endringer på lang sikt vil ivareta dette.

Konsekvensene av endelig beslutning for de tre funksjonsområdene vil inngå i det videre arbeidet med konseptfase steg 2.

Vedlegg:

Vedlegg 1a – Arbeidsgruppens anbefaling fagområde Ortopedi

Vedlegg 1b – Innspill fra faggruppe ortopedi

Vedlegg 2a – Arbeidsgruppens anbefaling tilknyttet fagområde rehabilitering

Vedlegg 2b – Vedlegg til notat fra fagråd rehabilitering – områder som drøftes

Vedlegg 3 – Arbeidsgruppens anbefaling tilknyttet fagområde fødselshjelp

Vedlegg 4 – Driftsøkonomiske effekter

Vedlegg 5 – Uttalelse fra Brukerutvalget

Vedlegg 6 – Drøftingsprotokoll fra tillitsvalgte og vernetjeneste