

Til høringsinstanser i hht til vedlagte høringsliste

Deres ref.:

Vår ref.: 2011/02711-201/022/
Nyfløt

Dato: 25.04.2013

HØRING – DELPLANER SYKEHUSET INNLANDET HF

Styret for Sykehuset Innlandet vedtok i møte 19. april 2013 å sende dokumentet *Delplaner Sykehuset Innlandet* ut på høring. Høringsfristen er satt til **28. juni 2013**.

Om delplanene

Utarbeidelsen av utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet kommer som en videreføring av arbeidet med Strategisk fokus 2025. Delplanene som nå sendes ut på høring, tar for seg de delene av virksomheten som ikke var dekket av Strategisk fokus 2025.

Arbeidet i denne fasen omfatter delplaner for:

- Det desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenestetilbudet
- Habilitering og rehabilitering
- Prehospitale tjenester
- Psykisk helsevern og rus

Strategisk fokus 2025 for Mjøsområdet vil sammen med delplanene for disse tjenestetilbudene utgjøre den helhetlige utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet med et 2025 perspektiv som startpunkt.

Delplanene er et fremtidsbilde av helseforetakets planer for utvikling av sykehusstilbudet i Hedmark og Oppland. De inneholder faglige vurderinger av hvilke sykehusløsninger som er best for befolkningen, som vil gi den beste pasientbehandlingen og det sterkeste fagmiljøet. Fortsatt er det uavklarte spørsmål i forhold til de forskjellige fagområdene, og høringsprosessens mål er å kvalitetssikre delplanene og å få inn synspunkter.

Hovedformålet med høringsprosessen er få fram synspunkter på utformingen av foretakets framtidige faglige tilbud, herunder den strukturelle utviklingen for de virksomhetene og fagområdene som ikke er dekket av Strategisk fokus 2025.

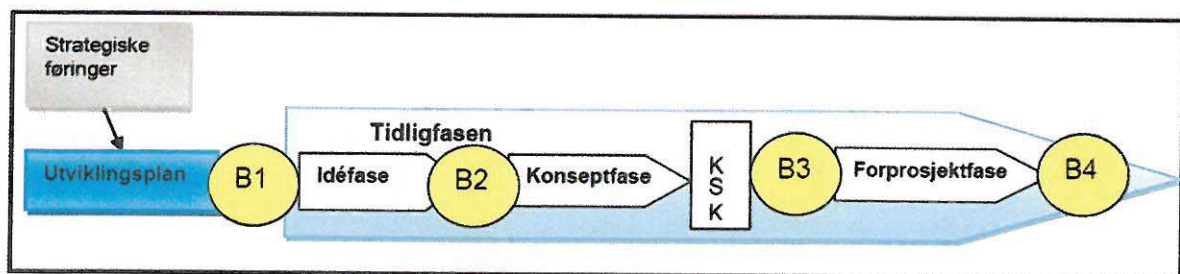
Spesielle områder som ønskes belyst:

- Fremtidig utvikling og bruk av sykehusene på Tynset og Kongsvinger
- Samling av tjenestene for habilitering og rehabilitering i et nytt sykehus
- Utviklingen av de prehospitale tjenestene i retning av ett akuttmottak og med luftambulansetjeneste i det nye sykehuset
- Samlingen av de psykiatriske sentralsykehusfunksjonene i det nye sykehuset

Se også sammendragene på side 6, 34, 47 og 60 i dokumentet.

Veien videre

Strategisk fokus 2025 for Mjøsområdet vil sammen med delplanene i denne høringen utgjøre en helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet med et 2025 perspektiv som startpunkt.



Figur 1: Faser og beslutningspunkter i tidligfasen (Veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter)

Delplanene er utarbeidet i tråd med nasjonal veileder for sykehusbygging. Planene skal beskrive dagens situasjon som et referansepunkt og tydeliggjøre den strategiske retningen på en kortfattet og poengtert måte.

I den reviderte veilederen fremkommer det at det stilles krav om at det skal foreligge en utviklingsplan før oppstart av planprosessen.

Det er lagt opp til at styret skal fatte en endelig beslutning om den helhetlige utviklingsplanen i sitt styremøte 5. september 2013. Beslutningen danner grunnlaget for å gå videre til en idéfase.

Høringsprosessen

Sykehuset Innlandet vil stille seg positiv til å delta på høringsmøter, orienteringsmøter m.m. for å redegjøre nærmere for innholdet i høringsdokumentet.

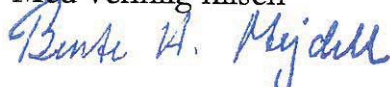
For nærmere avtale kan det tas kontakt med administrasjonsleder Linda E. Nyfløt på e-post linda.nyflot@sykehuset-innlandet.no, tlf 62 33 30 02/478 99 195.

Eventuelle spørsmål til saken kan rettes til divisjonsdirektør Hab/rehab Astrid Millum på e-post astrid.millum@sykehuset-innlandet.no (tlf 988 90 696) eller administrerende direktør Morten Lang-Ree på e-post morten.lang-ree@sykehuset-innlandet.no (tlf 905 95 201).

Høringsdokumentet samt administrerende direktørs saksfremlegg til styresak 036/2013 følger vedlagt. Vedlagt følger også oversikt over høringsinstanser. Høringsdokumentet kan også finnes på www.sykehuset-innlandet.no/nytt-sykehus. På nettsiden finnes også underlagsdokumenter for høringsdokumentet.

Høringsuttalelser sendes til postmottak@sykehuset-innlandet.no, og merkes ”Høringsuttalelse delplaner”.

Med vennlig hilsen



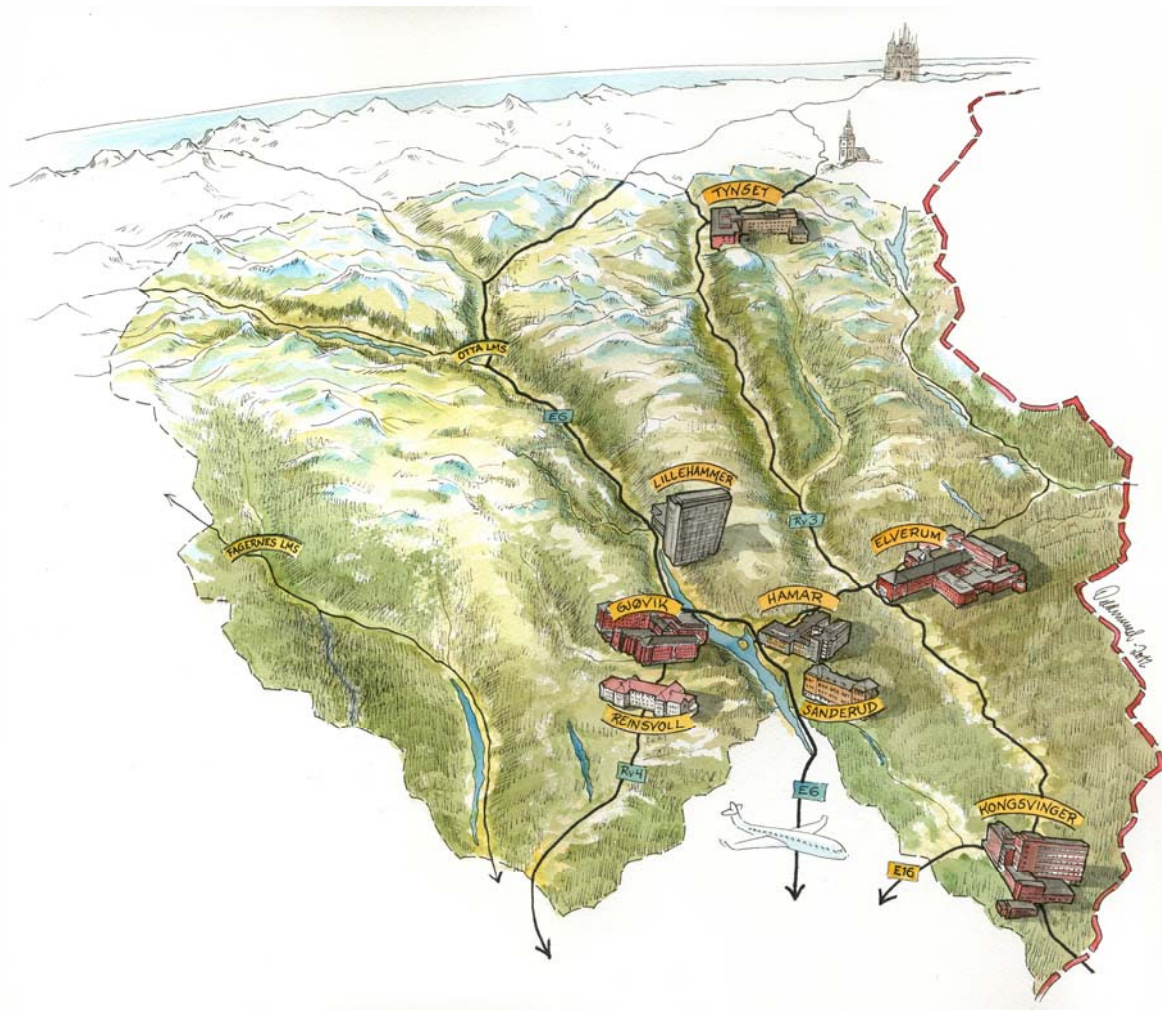
Bente H Mejdell
styreleder



Morten Lang-Ree
administrerende direktør

Sykehuset Innlandet HF Utviklingsplan – delplaner:

Desentraliserte tjenester
Habilitering og rehabilitering
Prehospitale tjenester
Psykisk helsevern





Innhold

Bakgrunn Utviklingsplan Sykehuset Innlandet HF	3
Kapittel 1: Delplan Desentraliserte tjenester	5
<i>Sammendrag kapittel 1</i>	<i>6</i>
Kapittel 2: Delplan HAB/REHAB	33
<i>Sammendrag kapittel 2</i>	<i>34</i>
Kapittel 3: Delplan Prehospitale tjenester	46
<i>Sammendrag kapittel 3</i>	<i>47</i>
Kapittel 4: Delplan Psykisk helsevern	59
<i>Sammendrag kapittel 4</i>	<i>60</i>

Utvidet vedlegg fås ved forespørsel

Bakgrunn Utviklingsplan Sykehuset Innlandet HF

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok 22. juni 2012 styresak 054-2012 Strategisk fokus 2025. Styret besluttet å utrede ett somatisk akutt sykehus i Mjøsregionen lokalisert "nær fylkesgrensen mellom Hedmark og Oppland på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua".

Strategien baserer seg på føringene i styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF hvor det fremkommer en rekke prinsipper for hvordan sykehusområdene skal ivareta sine funksjoner. Et bærende prinsipp i denne styresaken er at man som hovedregel skal samle de spesialiserte områdefunksjonene til ett sted innen sykehusområdet.

Utviklingsplanene legger til grunn vurderingene i styrevedtaket i Helse Sør-Øst (108-2008), høringsdokumentet til Strategisk fokus 2025 og styrevedtaket (054-2012). Høringsdokumentet forutsettes kjent for leseren og sentrale momenter og resonnementer blir ikke gjengitt her

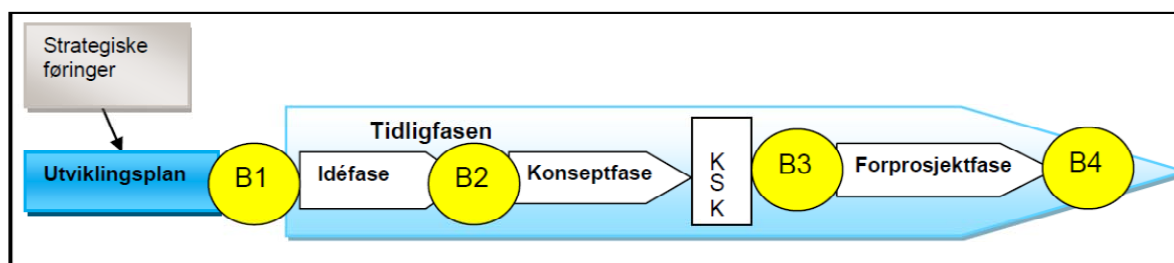
Styret for Sykehuset Innlandet behandlet 5. september 2012 styresak nr 060-2012 "Helhetlig utviklingsplan". Et enstemmig styre vedtok å gå videre med arbeidet i tråd med Administrerende direktørs anbefalinger.

Styret vedtok et opplegg for utviklingsplaner for de deler av virksomheten som ikke er omfattet av styresak 054-2012 – "Strategisk fokus 2025". Arbeidet omfatter utviklingsplaner for:

- Det desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenestetilbudet
- Habilitering og rehabilitering
- Prehospitaltjenester
- Psykisk helsevern og rus

Strategisk fokus 2025 for Mjøsområdet vil sammen med utviklingsplanene for disse tjenestetilbudene utgjøre helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet med et 2025 perspektiv som startpunkt. Samhandlingsreformen og virkningen av denne vil være en viktig premiss i arbeidet.

Utviklingsplanene er utarbeidet i tråd med nasjonal veileder for sykehusbygging. Planene skal beskrive dagens situasjon som et referansepunkt og tydeliggjøre den strategiske retningen på en kortfattet og poengtert måte.

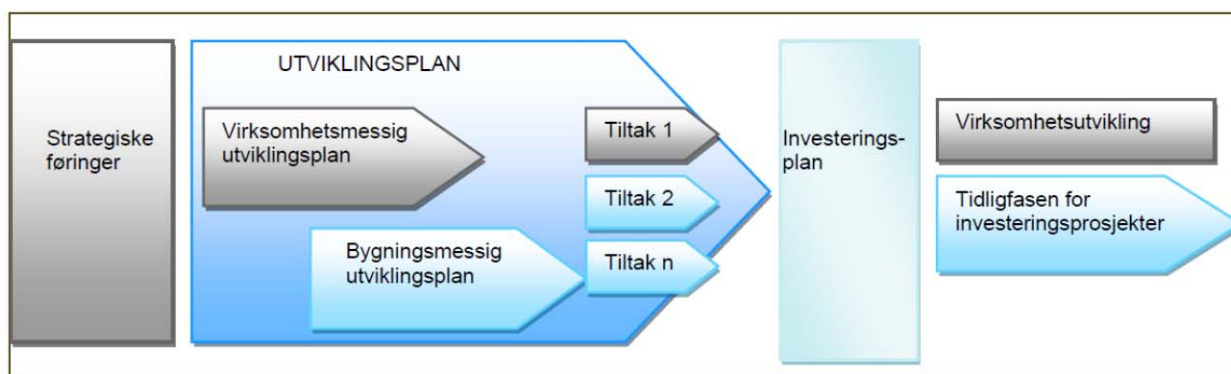


Figur 1: Faser og beslutningspunkter i tidligfasen (Veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter)

Den nasjonale veilederen for Tidligfaseplanlegging ble oppdatert av Helsedirektoratet og lansert på nytt i desember 2011, etter at arbeidet med strategi og utviklingsplaner var påbegynt i Sykehuset Innlandet.

I den reviderte veilederen stilles det nå krav om at det skal foreligge en utviklingsplan før oppstart av planprosessen. Figuren under viser detaljeringen i arbeidet med sykehusplanleggingen.

Det vil alltid være gråsoner i forhold til rekkefølge på aktivitetene mellom utviklingsplanen og idèfasen (se figur 1). For eksempel vil de bygningsmessige utviklingsplanene komme som et resultat av de valg man gjør for fremtiden. Det viktige er at alle aktivitetene i veilederen vil bli fulgt opp og behandlet etter hvert som de blir relevante.



Figur 2: Prinsippmodell for sammenhengen mellom overordnede plandokumenter og tidligfasen (Veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter)

Det er etablert prosjektgrupper med bred representasjon som har arbeidet med de enkelte delplanene som gjengis i dette dokumentet.

Kapittel 1



Delplan Desentralisert spesialisthelsetjeneste

Sammendrag

De desentraliserte tjenestene beskriver det spesialisthelsetjenestetilbudet som Sykehuset Innlandet skal tilby til sin befolkning ut over det som er beskrevet i dokumentet "Strategisk fokus 2025. Her er det vedtak om utviklingsretning mot ett somatisk akutt sykehus i Mjøsområdet. I høringsdokumentet beskrives at innholdet i lokalsykehusene på Tynset og Kongsvinger må *"avstemmes i forhold til helsepolitiske føringer, krav fra eier, faglige utviklingstrekk og fremtidig pasientstrøm/-grunnlag"*¹.

De desentraliserte tjenestene omfatter derved lokalsykehusene på Tynset og Kongsvinger, og spesialisthelsetjenestetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene (LMS) i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Ved en eventuell etablering av LMS på Hadeland skal også dette inngå i planen.

En helhetlig utviklingsplan for hele sykehusområdet forutsetter at de områdene som i dag ligger utenfor det geografisk definerte området til det nye akutt sykehuset også innlemmes i en utviklingsplan.²

En økende andel aldrende befolkning over 67 år stiller endrede krav til spesialisthelsetjenesten. Forekomsten av aldersrelaterte- og livsstilssykdommer vil øke i fremtiden. Det spesialiserte vil bli mer spesialisert, samtidig som teknologiske fremskritt vil kunne desentralisere flere tjenester. Hovedtanken i Helse Sør-Øst og Sykehuset Innlandet er å sentralisere det som må og desentralisere det som kan.

Det blir stadig mer ressurskrevende å opprettholde aktivitet på mange steder. Den faglige og teknologiske utviklingen med avansert utstyr og metoder muliggjør en samling til færre lokalisasjoner. I tillegg forventes nye behandlingsformer å føre til redusert behov for innleggelser samt kortere sykehusopphold. Økt samhandling mellom kommuner og sykehus vil bidra til tettere integrasjon og arbeidsfordeling, og det forventes at flere samlokaliserte tilbud også vil endre behovene i de desentraliserte tjenestene i fremtiden.

Hovedsykehuset slik det er definert i "Strategisk fokus 2025" vil fungere som base og har det overordnede faglige ansvaret for Sykehuset Innlandet. Tanken bak denne samlingen av fagkompetanse har blant annet sammenheng med at det i fremtiden vil bli krevende å opprettholde tilstrekkelig kompetanse i vaktlinjene i alle lokalsykehusene. En samling av fagkompetanse vil også styrke mulighetene for å drive flere desentraliserte tilbud gjennom en felles samlet samhandlingsenhet som hovedsykehuset vil være. I dag forholder de lokalmedisinske sentrene seg for eksempel til forskjellige lokalsykehus og fagmiljøer, og tilbyr et variert tilbud av tjenester.

I utviklingsplanen for de desentraliserte tjenestene legges det opp til en kombinasjon av lokalmedisinske sentre og lokalsykehus.

Divisjon Tynset

Sykehuset på Tynset har i dag en bærekraftig virksomhet basert på akutt og elektiv somatikk (i tillegg ligger det vegg i vegg med DPS Tynset som tilhører Divisjon for psykisk helse).

Parallelt med utarbeidelsen av denne utviklingsplanen, har det pågått et arbeid i prosjektet "Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen"³, som er en forlengelse av rapporten fra 2. februar 2012. Mandatet for denne gruppen har vært å se på en samordning av tjenestene på tvers av fylkes- og RHF-grensene. Rapporten vil komme på høring på et senere tidspunkt.

Arbeidsgruppene i prosjekt Samordning i fjellregionen har vært Psykisk helsevern, somatiske akutte tilbud og somatiske elektive tilbud, og arbeidet er fortsatt pågående. Hovedtrekkene i arbeidsgruppens anbefalinger er at Tynset blir lokalsykehus for det akutte tilbudet i Fjellregionen, samt at det skal jobbes

¹ Strategisk fokus 2025 – Høringsdokument, s, 5

² Styresak 060-2012 Helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet – utarbeidelse av gjenstående delplaner.

³ Fjellregionen består av kommunene Holtålen og Røros som tilhører Helse Midt-Norge, og kommunene Tynset, Os, Tolga, Folldal, Alvdal og Rendalen som tilhører Helse Sør-Øst.

videre med en videreutvikling av det elektive tilbudet til befolkningen i Fjellregionen, og at bærekraftig drift ivaretas på Røros.

Sykehuset Innlandet arbeider for at sykehuset på Tynset i et 2025 perspektiv kan opprettholdes som et sterkt lokalsykehus med akuttfunksjoner for befolkningen i Fjellregionen og i samarbeid med tilbudet på Røros sykehus.

Divisjon Kongsvinger

Den fremtidige situasjonen for Kongsvinger er bygget rundt to forskjellige scenarier for lokalsykehuset frem mot 2025.

- 1) At sykehuset har en helseforetakstilhørighet som i dag i Sykehuset Innlandet

Når "Strategisk fokus 2025" beskriver en utvikling med nedleggelse av fire akuttisykehus i Mjøsområdet til fordel for et nytt sykehus, må tilbudet på Kongsvinger vurderes ut fra et fremtidig befolkningsgrunnlag og reisetid til andre behandlingssteder. Rekruttering av tilstrekkelig antall spesialister til å opprettholde vaktlinjer i alle sykehusene i Sykehuset Innlandet (og rundt Oslo for øvrig) vil bli krevende i fremtiden.

Det er viktig å sikre god kvalitet på de tjenestene som Kongsvinger skal levere i fremtiden. På bakgrunn av de utviklingstrekkene som beskrives for opptaksområdet til Sykehuset Innlandet, vil det være vanskelig å opprettholde alle funksjoner som i 2012/2013.

- 2) At sykehuset har en helseforetakstilhørighet til Akershus universitetssykehus (AHUS)

Befolkningen i Kongsvinger området har en sterkere kommunikasjon sørover mot hovedstadsområdet enn til Mjøs-området, og med fremtidens veiutbygging kan dette forsterkes ytterligere. Befolkningsvekst i nærområdene til Oslo kan også påvirke Ahus sin kapasitet og tilgjengelighet på en slik måte at andre scenarier vil fremstå som sterkere. Dette kan f.eks. medføre at flere pasienter enn i dag vil bli henvist til Mjøs-området.

Et scenario med foretaksoverføring for innbyggerne i Kongsvinger til Ahus er utenfor mandatet gitt av styret i styresak 060-2012, og prosjektet har derfor fremmet forslaget til administrerende direktør. Styret har i det videre arbeidet gitt sin godkjenning til å etablere kontakt med Helse Sør-Øst og Ahus for å arbeide videre med denne muligheten.

I begge scenarioene vil det i hovedsak knyttes størst utfordringer til å opprettholde kvalitetsmessig gode tilbud innenfor akutt- og fødetilbudet. En rekke nasjonale og regionale føringer og retningslinjer krever en kompetanse som det vil bli krevende å rekruttere og opprettholde på et tilstrekkelig høyt nivå i fremtiden. Det kreves også en satsing i fødeavdelingen for å tilfredsstille kvalitetskravene i fødemeldingen.

Lokalmedisinske sentre

De lokalmedisinske sentrene (LMS) er viktige bidragsytere til den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i distriktene. Sykehuset Innlandet har pr i dag spesialisthelsetjenester ved to LMS, som er lokalisert i Valdres (Fagernes) og i Nord-Gudbrandsdalen (Otta). I tillegg kan det bli aktuelt å tilby lignende tjenester i et eventuelt nytt LMS på Hadeland.

Tjenestene ved LMS kan utvikles fleksibelt og dynamisk på bakgrunn av lokale behov. Tilbudet kan videreutvikles med polikliniske tjenester innen flere spesialiteter og med flere poliklinikkdager enn hva som tilbys i dag.

Hvilket tilbud som kan gis, vil avhenge av hvilke ressurser som kan tilbys desentralisert av Sykehuset Innlandet. Tilgjengelige ressurser vil omfatte både fagpersonell og utstyr. Bemanningsdimensjonering av hovedsykehuset vil inkludere planer for relevante desentraliserte tjenester ved LMS'ene.

Videreutvikling av tiltakene i samhandlingsreformen og den medisinske utviklingen (både teknologisk og behandlingsmessig) vil i stor grad styre de desentraliserte tilbudene ved LMS'ene i fremtiden. I tillegg vil tilbudet bestemmes av hvorvidt tjenestene gir en økt kvalitet på behandlingen for pasientene (f.eks. ved redusert reisebelastning) og om de kostnadsmessig kan forsvares.

Innhold

DELPLAN DESENTRALISERT SPESIALISTHELSETJENESTE

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN.....	10
1.1 OPPDRAGET FRA STYRET.....	10
1.2 OVERORDNEDE FØRINGER.....	10
1.3 FORUTSETNINGER.....	10
1.4 PROSESS OG METODE.....	11
2. VIRKSOMHETSBIKLE – NÅSITUASJON (2012/2013).....	12
2.1 DIVISJON TYNSET.....	12
2.2 DIVISJON KONGSVINGER.....	14
2.3 DESENTRALISERTE TJENESTER UTENFOR SYKEHUS.....	17
2.3.1 LMS Nord- Gudbrandsdal.....	17
2.3.2 LMS Valdres.....	17
2.3.3 Private avtalespesialsiter i Innlandet.....	19
3. FRAMTIDIG SITUASJON FOR DESENTRALISERTE SPESIALISTHELSETJENESTER.....	20
3.1 ENDRINGSDRIVKREFTER.....	20
3.2 AKUTTFUNKSJONER I LOKALSYKEHUS.....	21
4. FREMTIDIG SITUASJON FOR LOKALSYKEHUSET I KONGSVINGER.....	22
4.1 LOKALSYKEHUSET PÅ KONGSVINGER SOM EN DEL SYKEHUSET INNLANDET HF.....	22
4.1.1 Fremtidig fødselstilbud.....	22
4.1.2 Akutttilbud.....	23
4.1.3 Vurdering.....	23
4.2 LOKALSYKEHUSET PÅ KONGSVINGER SOM EN DEL AV AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS.....	24
4.2.1 Vurdering.....	26
5. FREMTIDIG SITUASJON TYNSET.....	27
6. FREMTIDIG SITUASJON LOKALMEDISINSKE SENTRE.....	31

Figur 1 Andel pasientkontakter Kongsvinger-området 2011 fordelt på behandlingssteder	25
Figur 2 Andel pasientkontakter Kongsvinger (Nes kommune fordelt på behandlingssteder)...	25
Figur 3 Avstander til fra Tynset til andre sykehus	27
Figur 4 Andel pasientkontakter Tynset-området 2011 fordelt på behandlingssteder	28

Tabell 1 Divisjon Tynset – tilbud	13
Tabell 2 Befolkningsgrunnlag Divisjon Tynset	13
Tabell 3 Stor-Elvdal kommune - bruk av spesialisthelsetjenesten 2011	14
Tabell 4 Befolkningsgrunnlag Divisjon Kongsvinger	15
Tabell 5 Åsnes kommune - bruk av spesialisthelsetjenesten 2011	15
Tabell 6 Divisjon Kongsvinger – tilbud	16
Tabell 7 Aktivitet ved lokalmedisinske sentra 2012 og 2012.....	18
Tabell 8 Endrede opptaksområder - økonomiske effekter	26

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Oppdraget fra styret

Som del av en helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet, skal det utarbeides en felles utviklingsplan for de desentraliserte somatiske tjenestene i SI. Dette omfatter lokalsykehusene på Tynset og Kongsvinger og de lokalmedisinske sentrene (LMS) i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Ved en eventuell etablering av LMS på Hadeland skal også dette inngå i planen.

Prosjektet skal vurdere mulig og ønskelig utviklingsretning for de desentraliserte somatiske tjenestene. Planlagte tjenester skal være faglig forsvarlige og av god kvalitet. Tilbudene skal gis innenfor påregnelige økonomiske rammebetingelser i et 2025-perspektiv. Når det gjelder lokalsykehuset på Kongsvinger, legges det til grunn at innbyggerne i Nes kommune tilbakeføres til Akershus universitetssykehus HF (Ahus). For lokalsykehuset på Tynset, ses arbeidet i sammenheng med pågående prosjekt for samordning av spesialisthelsetjenestetilbudet i Fjellregionen.

1.2 Overordnede føringer

Dokumentet "Strategisk fokus 2025" ligger til grunn for arbeidet, med vedtak om utviklingsretning mot ett somatisk akutt sykehus i Mjøsområdet. I høringsdokumentet beskrives at innholdet i lokalsykehusene på Tynset og Kongsvinger må *"avstemmes i forhold til helsepolitiske føringer, krav fra eier, faglige utviklingstrekk og fremtidig pasientstrøm/grunnlag"*⁴.

Styresak Helse Sør-Øst 108-2008⁵ ligger til grunn for Strategisk fokus 2025. Her beskrives hvordan ulike funksjoner i sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal organiseres for å sikre robuste fagmiljøer og god kvalitet på tjenestene.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan⁶ legges en fortsatt desentralisert sykehusstruktur til grunn for planperioden (2011-2015). Det skal i størst mulig grad være nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud, og lokalisering av disse vurderes opp mot gjeldende kvalitetskrav, befolkningsgrunnlag og akseptable avstander til kvalitativt gode tjenester. Helse- og omsorgsplanen beskriver desentraliserte tjenester som lokalsykehus og lokalmedisinske sentre, samt hvilke tjenester disse bør inneholde

1.3 Forutsetninger

Dokumentet "Strategisk fokus 2025" legger til grunn en organisering i faglige klinikker/divisjoner av tjenestene i Sykehuset Innlandet. Tilbudet skal vurderes og planlegges innenfor tilgjengelige ressurser.

Utviklingsplanen legger følgende perspektiver til grunn:

Faglig/pasientperspektiv: Tjenestene skal være trygge og gode, ha god tilgjengelighet og ha en organisering som underbygger gode pasientforløp. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og innenfor de til enhver tid gjeldende kvalitetskrav.

Økonomisk perspektiv: Tjenestene skal gis innenfor påregnelige økonomiske rammer. Prosjektet må hensynta den økonomiske utviklingen som forventes, og gi retning for framtidige tjenester som er realistiske i forhold til finansieringsmulighetene.

Personalperspektiv: De ansatte er virksomhetens viktigste ressurs, og deres fagkompetanse er avgjørende for kvaliteten på tjenestene. Ved omstilling skal Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for medvirkning i omstilling legges til grunn for å sikre god involvering med trygghet, åpenhet og forutsigbarhet for de ansatte.

⁴ Strategisk fokus 2025 – Høringsdokument, s, 5

⁵ Styresak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen

⁶ Meld.St 16 (2010-2011) Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Samhandlingsreformperspektiv: Spesialisthelsetjenesten skal i større grad spisse kompetansen og ha mer spesialiserte oppgaver. Samhandlingsreformen forutsetter overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Samarbeid med kommunene skal utvikles gjennom helhetlige pasientforløp og gjensidige samarbeidsavtaler.

1.4 Prosess og metode

For arbeidet med utviklingsplanen ble det nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra de berørte divisjoner, de berørte lokalmedisinske sentrene, fra sentral fagstab i Sykehuset Innlandet og fra de ansatte. Leder for prosjektet representerer ikke de berørte enheter og divisjoner.

Astrid Millum, prosjektleder
Toril Kolås, fagdirektør SI
Øyvind Graadal, div. direktør Divisjon Elverum/Hamar og fagstab SI
Oddbjørn Øien, prosjektsjef SI Omstilling
Kari Mette Vika, ass.div. dir Divisjon Gjøvik
Eystein Brandt, overlege Lillehammer
Vigdis Rotlid Vestad, leder LMS Nord- Gudbrandsdal
Odd Erik Svee, Hovedvernombud Tynset
Dagny Sjaatil, div. dir. Divisjon Kongsvinger
Erlend Grønning, Dnlf Kongsvinger
Stein Tronsmoen, divisjonsdirektør Tynset
Per Einar Jahr, leder LMS Valdres

Det har vært gjennomført en rekke arbeidsmøter, og innspill til utviklingsplanen har løpende blitt diskutert og innarbeidet. Arbeidet med utviklingsplanen gjennomføres parallelt med arbeidet vedrørende samordning av spesialisthelsetjenester i Fjellregionen.

I forbindelse med vurdering av foretakstilhørighet for befolkningen i opptaksområdet til lokalsykehuset på Kongsvinger, er det tatt kontakt med Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og Helse Sør-Øst.

Prosjekt Uviklingsplan inngår i "Program SI Omstilling". Det gjennomføres parallelt med Prosjekt Somatikk som skal fremme forslag om tiltak for å møte økonomiske krav i Økonomisk langtidsplan. Dette prosjektet skal blant annet foreslå struktur, organisering og innhold for fødselsomsorgen i Sykehuset Innlandet⁷. Prosjektet skal fremme forslag til helhetlig modell/struktur og alle geografiske divisjoner som har fødetilbud inngår⁸. Dette arbeidet er overlappende med utviklingsplanen og vil ha innvirkning på framtidig fødetilbud i lokalsykehusene på Tynset og på Kongsvinger. Det vises til rapport for dette arbeidet.

⁷ Styresak 096-2012 Status Omstillingsprosjekt – økonomisk langtidsplan 2013-2016

⁸ Styresak 002-2013 Etablering av arbeidsgruppe ifm vurdering av helhetlig tilbud innenfor gynekologi, fødselsomsorg og pediatri i SI

2. Virksomhetsbilde – nåsituasjon (2012/2013)

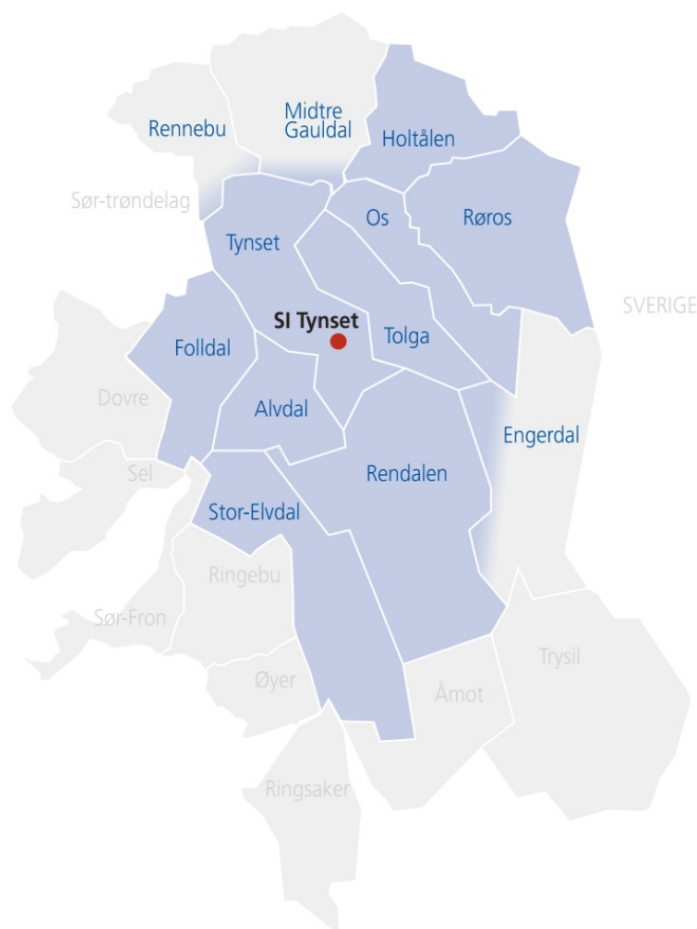
2.1 Divisjon Tynset

Sykehuset Innlandet Divisjon Tynset er lokalsykehuset for Fjellregionen med akuttfunksjoner i kirurgi, ortopedi, indremedisin og fødsel. Det er også døgnberedskap for anestesi, radiologi og medisinsk biokjemi inkludert blodbank. Traumemottak nivå 2 er etablert i tråd med retningslinjer fra HSØ.

Tynset sjukehus har i dag en dekningsgrad på knapt 60 % i opptakskommunene.

Divisjon Tynset hadde et budsjett på ca 180 millioner kroner i 2012, og antall årsverk var ca 230. Totalt disponerer SI Tynset ca 13.000 m² bygningsmasse.

Det primære opptaksområdet for Tynset sjukehus er kommunene Folldal, Alvdal, Tynset, Os, Tolga, Rendalen og nordre del av Stor-Elvdal. Arealmessig tilsvarer dette Oslo, Østfold, Vestfold og Akershus fylker. I tillegg fungerer sykehuset som lokalsykehus for Rørø og Holtålen kommuner. I sum utgjør dette en befolkning på 25.000.



Avstand fra Tynset er ca 195 km til Elverum, ca 225 km til Hamar og 175 km til Trondheim. Fra knutepunktene Dombås og Ulsberg er det henholdsvis 123 km og 77 km til Tynset sykehus og fra Engerdal 140 km.

Tynset sjukehus har siden midten av 1990-tallet hatt en stabil dekning av legespesialister, der alle hjemler har vært besatt av fast ansatte overleger. Dette har gitt sykehuset en robust bemanning de siste 15 årene. Også rekruttering og bemanning av sykepleierspesialister har vært tilfredsstillende.

Sykehuset er en betydningsfull utdanningsinstitusjon med praksis for et bredt utvalg av studieretninger. Viktigst er medisinerstudenter fra NTNU, turnusleger og sykepleierstudenter.

Interkommunal legevakt, som omfatter kommunene Alvdal, Tynset, Folldal og Tolga, er lokalisert i sykehusets lokaler. Rendalen kommune tilslutter seg ordningen fra 2014.

Divisjon Tynset har et nært faglig samarbeid med andre sykehus, bl.a. SI Gjøvik innen billeddiagnostikk og anestesi, SI Lillehammer innen fødselsomsorgen og St. Olavs Hospital HF i Trondheim blant annet innen revmatologi. Sykehuset har også en ortopedisk poliklinikk i Oppdal etter avtale med Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 1 Divisjon Tynset – tilbud

Tynset Sjukehus
Indremedisin
<ul style="list-style-type: none"> • Generell indremedisin (hjerte, lunge, fordøyelse, slag) • Lindrende behandling • Søvnnavsnittet • Kreftpoliklinikk • Reumatologi poliklinikk • Nefrologi poliklinikk • Endokrinologi poliklinikk • Hud poliklinikk • Lærings- og mestringscenter • Fysioterapi • Medisinsk biokjemi • Blodbank
Kirurgi og ortopedi
<ul style="list-style-type: none"> • Generell kirurgi • Urologi • Gastroenterologisk kirurgi • Ortopedi (ikke rygg) • Akuttmottak • Anestesi • Medisinsk/kirurgisk overvåkning • Bildediagnostikk • Fødestue • Barsepoliklinikk • Pasienthotell

Tynset	Aktivitet
Sengetall	47
Poliklinikk konsultasjoner 2012	10 200
Innlagte pasienter 2012	3 200
Fødsler 2012	49

Tabell 2 under viser folketall i kommune i opptaksområdet. I tillegg fungerer Divisjon Tynset som lokalsykehus også for kommunene i Røros og deler av Holtålen i Sør-Trøndelag.

Tabell 2 Befolkningsgrunnlag Divisjon Tynset

Opptaksområde Divisjon Tynset			
Kommune	Folketall 1. januar 2011		
Stor-Elvdal	1 333	<i>50% regnet med, totalt folketall :</i>	2 665
Rendalen	1 974		
Tolga	1 684		
Tynset	5 495		
Alvdal	2 447		
Folldal	1 660		
Os	2 045		
	16 638		

Tabell 3 viser hvordan pasientkontaktene fra Stor-Elvdal kommune fordeler seg på divisjonene i Sykehuset Innlandet

Tabell 3 Stor-Elvdal kommune - bruk av spesialisthelsetjenesten 2011

Andel kontakter Stor -Elvdal kommune 2011 etter behandlingssted							
Komm Nr Navn	B01 Elverum / Hamar	B02 Gjøvik	B03 Lillehammer	B05 Hab/Rehab	B10 Kongsvinger	B20 Tynset	Totalt
0430 Stor-Elvdal	69 %	1 %	5 %	1 %	0 %	24 %	100 %

SI Divisjon Psykisk Helsevern med DPS og BUP, samt Divisjon Prehospitale tjenester, er også representert på Tynset, noe som i mange sammenhenger gir en mer rasjonell drift.

2.2 Divisjon Kongsvinger

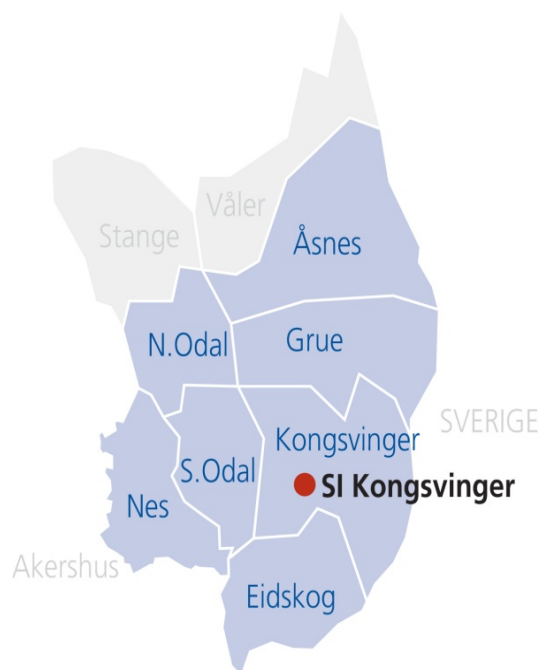
Sykehuset Innlandet Divisjon Kongsvinger er et lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner (anestesi, operasjon, intensiv) bløtdelskirurgi, indremedisin (slag, hjerte, lunge, endokrinologi), gynekologi/fødebarselavdeling, ortopedi/revmakirurgi og revmatologi samt medisinske støttefunksjoner. Dette inkluderer

bilde-diagnostikk, klinisk/kjemisk lab og blodbank, ergoterapi, fysioterapi og sosionomtjeneste.

Det drives utstrakt poliklinisk virksomhet og dagbehandling: dagkirurgi (ortopedi, kirurgi, gynekologi, ØNH) dagbehandling revmatologi, kreftenheten (oppfølging og behandling av kreftpasienter). Sykehuset har tilbud om poliklinisk behandling i indremedisin, kirurgi/ortopedi, gynekologi, øye, ØNH og barnepoliklinikk. Det er sykepleierdrevne polikliniske tilbud for hjerte-, diabetes-, overvekt-, sår-, -stomi og smerte pasienter. I tillegg drives dialyseenhet, og det gis tilbud om utredning til pasienter med snorkeproblemer.

Kongsvinger har et budsjett på ca 332 millioner kroner. Totale årsverk var i 2012 var 429. Totalt disponerer Kongsvinger ca. 22.000 m2 bygningsmasse.

Opptaksområdene for SI Kongsvinger er kommunene Kongsvinger, Nord- Odal, Sør- Odal, Grue, Eidskog, deler av Åsnes samt Nes kommune i Akershus. Tabell 4 på neste side viser folketallet i disse kommunene.



Tabell 4 Befolkningsgrunnlag Divisjon Kongsvinger

Opptaksområde Divisjon Kongsvinger	
Kommune	Folketall 1. januar 2011
Kongsvinger	17 436
Nord-Odal	5 113
Sør-Odal	7 831
Eidskog	6 299
Grue	5 024
	41 703
Nes	19 049
	60 752
Åsnes	7 597

Tabell 5 viser hvordan pasientkontaktene fra Åsnes kommune fordeler seg på divisjonene i Sykehuset innlandet

Tabell 5 Åsnes kommune - bruk av spesialisthelsetjenesten 2011

Andel kontakter Åsnes kommune 2011 etter behandlingssted							
Komm Nr Navn	B01 Elverum / Hamar	B02 Gjøvik	B03 Lillehammer	B05 Hab/Rehab	B10 Kongsvinger	B20 Tynset	Totalt
0425 Åsnes	85 %	1 %	4 %	1 %	9 %	0 %	100 %

I samsvar med avtalen som ble inngått mellom Hedmark og Akershus fylkeskommuner om lokalsykehustjenester for Nes kommune, skal pasienter fra Nes, som ikke kan behandles ved SI Kongsvinger, henvises til Ahus; - ikke til andre sykehus i SI. Det er inngått egen avtale mellom Ahus og SI om kompensasjon til Ahus for disse lokalsykehustjenestene for innbyggerne i Nes. Dette utgjør en kostnad for SI på ca 15 mill kr årlig.

Tabell 6 Divisjon Kongsvinger – tilbud

Kongsvinger Sykehus
Akuttmedisin
<ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak • Operasjons/Anestesi • Intensiv/Postoperativ/Dagkirurgi • Smertepoliklinikk
Kirurgi/føde-barsel
<ul style="list-style-type: none"> • Kirurgisk/gynekologisk sengepost • Kirurgisk/ortopedisk poliklinikk • Gynekologisk poliklinikk • Føde- barsel • Pediatrisk poliklinikk • ØNH poliklinikk • Høresentral
Ortopedi og revmatologi
<ul style="list-style-type: none"> • Sengepost • Ortopedisk poliklinikk • Revmatologisk poliklinikk
Medisinsk avdeling
<ul style="list-style-type: none"> • Sengepost generell indremedisin • Medisinsk poliklinikk • Overvektspoliklinikk • Øye poliklinikk • Kreftenhet
Medisinsk støtte
<ul style="list-style-type: none"> • Seksjon for billedagnostikk • Ergoterapi, fysioterapi, sosionomtjenester • Sykehusprest • Medisinsk kontortjeneste

Kongsvinger	Aktivitet
Sengetall	98
Poliklinikk konsultasjoner 2011	41 929
Innlagte pasienter 2011	7 350
Dagbehandling	5290
Fødsler 2011	451

2.3 Desentraliserte tjenester utenfor sykehus

Sykehuset Innlandet har i 2012 spesialisthelsetjenestetilbud ved lokalmedisinske sentre i Oppland ved LMS Valdres og ved LMS Nord-Gudbrandsdal.

I tillegg drives noe poliklinisk virksomhet utenfor disse. Det omfatter oppfølging og polikliniske tilsyn av pasienter etter utskrivelse fra sykehusene, undervisning og veiledning. De største pasientgruppene som har tilbud om slike tjenester, er personer med diabetes og kreftammede.

Opptaksområdet til Hadeland er ca. 18 000 innbyggere. Det er igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Gran og Lunner hvor mulighet for etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland drøftes. Dette er i februar 2013 ikke avklart, og Sykehuset Innlandet avventer en slik avklaring før det vurderes tilbud om spesialisthelsetjenester knyttet til dette.



2.3.1 LMS Nord- Gudbrandsdal

Nord- Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) er lokalisert i Sel kommune, og har en samarbeidsavtale vedrørende interkommunale tjenester med kommunene Sjøk, Lom, Vågå, Dovre og Lesja.

NGLMS har også leieavtale med Sykehuset Innlandet, der SI leier lokaler for sine spesialisthelsetjenester ved senteret.

Sel kommune eier og leier ut lokalene, mens det faglige, administrative og økonomiske ansvaret ligger i SI.

Opptaksområdet til NGLMS er omkring 20 000 innbyggere. Det er 113 km til Sykehuset Innlandet Lillehammer

2.3.2 LMS Valdres



LMS på Fagernes i Valdres er et samarbeid mellom kommunene Vang, Nord Aurdal, Sør Aurdal, Øystre Slidre, Vestre Slidre og Etnedal. Divisjon Gjøvik er ansvarlig for spesialisthelsetjenestene, unntatt for dialyse, nefrologi, nevrologi og øye hvor Divisjon Lillehammer er ansvarlige. Øvrige spesialisthelsetjenester (poliklinikker) ligger under respektive avdelinger i hver divisjon. Kommunene eier og leier ut lokalene, mens det faglige, administrative og økonomiske ansvaret ligger i SI. Hud og lysbehandling tilbys av avtalespesialister.

Opptaksområdet til LMS Valdres er ca. 18 000 innbyggere. Avstand til nærmeste sykehuset er SI Gjøvik 100 km, SI Lillehammer 111 km, Helse Førde Lærdal 137 km.

Tabell 7 Dagens tilbud ved de NGLMS og LMS Valdres

Tjenester ved NGLMS	Tjenester ved LMS Valdres
Spesialisthelsetjenestetilbud	Spesialisthelsetjenestetilbud
<ul style="list-style-type: none"> • Barne- ungdoms – og voksenpsykiatri • Røntgen (skjelett, lunger) • Dialyse • Ambulerende dermatolog • Ambulerende ortoped • Ambulerende gynekolog • Ambulerende reumatolog • Ambulerende nevrolog • Ambulerende audiograf • Kreftbehandling (cytostatika) • Andre infusjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Røntgenavdeling • Dialyseavdeling • Videokonferanse/telemedisin • Nefrologi/nyrespesialist • Valdres Fødestue • Gynekologisk-/svangerskapspoliklinikk • Hudlege • Lysbehandlingsenhet • Ortopedisk kirurgi • Ortopedingeniør • Øyelege • Nevrolog • Hjertespesialist • Revmatolog • Diabetespoliklinikk
Interkommunale tjenester	Interkommunale tjenester
<ul style="list-style-type: none"> • Interkommunal jordmorvakt • Interkommunal legevakt • Interkommunal samfunnsmedisinsk stilling • Varslingstjeneste (trygghetsalarm) • Nødnett med kommunikasjonsentral Otta • Sengeavdeling (6 intermediaerplasser, 4 ØH plasser) 	

Fødetilbudet ved Valdres LMS er avviklet fra og med 2013.

Tabell 7 Aktivitet ved lokalmedisinske sentra 2012 og 2012⁹

Aktivitet poliklinikk og dialyse lokalmedisinske sentre i Oppland								
	År	Dialyse	Indremedisin	Nevrologi	Ortopedi	Kirurgi	Gynekologi	Føde
Nord Gudbrandsdal LMS, Otta	2012	160	30		0	0	2 705	
	2011		17		0	0	2 099	
Vestre Toten, Raufoss	2012	233						
	2011							
Valdres LMS, Fagernes	2012	524			143		481	111
	2011				179		530	4
Hadeland, Gran	2012					73	638	
	2011						510	
	SI Gjøvik							
	SI Lillehammer							
	Ikke aktuelt							

⁹ Tallene er basert på manuell telling i og med at aktiviteten ikke er registrert på egne enheter i det pasientadministrative systemet; - her ligger det en viss usikkerhet

2.3.3 Private avtalespesialsiter i Innlandet

Helse Sør-Øst (HSØ) har inngått avtale med privatpraktiserende spesialister på en rekke fagområder. Oversikten nedenfor er hentet fra HSØ og viser fagområder og lokalisering.

Privatpraktiserende spesialister fagområde	Lokalisering
Anestesiologi Fødselshjelp og kvinnesykdommer Hudsykdommer Indremedisin Kirurgi, urologi Kirurgi, ortopedi Nevrologi Øre-nese-halssykdommer Øyesykdommer	Hamar Elverum, Hamar, Lillehammer Elverum, Gjøvik, Hamar, Kongsvinger, Lillehammer Hamar, Gjøvik, Lillehammer Moelv Hamar Tynset Elverum, Hamar, Gjøvik, Kongsvinger, Lillehammer, Sør-Fron, Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Tynset

3. Framtidig situasjon for desentraliserte spesialisthelsetjenester

3.1 Endringsdrivkrefter

Enkelte faktorer i samfunnet er sentrale for endringer i de helsetjenestene som kan gis. Befolkningsutviklingen, den medisinske utviklingen og den teknologiske utviklingen er slike viktige drivkrefter.

Aldersgruppen over 67 år vil i årene framover ha en sterk økning. Vi vil se en økning i både aldersrelaterte- og livsstilssykdommer. Forekomsten av diabetes, kols, kreft, overvekt, rusmisbruk og demens vil øke. Økningen vil komme innen sammensatte sykdomsbilder som setter krav til kompetanse på mange fagfelt. Med en befolkning med relativt flere som er eldre enn aldersgrensen for arbeidslivet, vil andelen yrkesaktive som skal finansiere og utøve helsetjeneste relativt sett gå ned. Det forventes at det i større grad vil fremme krav om lavere vaktbelastning for den enkelte fagperson i helsetjenesten. Antall innbyggere i HSØ vil øke. Hovedstadsområdet vil ha en sterk økning, mens Innlandet vil ha en relativt mindre økning. Dette medfører reduserte økonomiske rammer til Sykehuset Innlandet.

Medisinsk kunnskap blir stadig mer omfattende og spesialisert. Dette har i flere tiår ført til en utvikling mot oppdeling av fagområder i flere grenspesialiteter innenfor kirurgi. En tilsvarende utvikling skjer også innenfor indremedisin. I et 2025 perspektiv forventes det at utviklingen av spesialisert kompetanse med påfølgende grenspesialisering vil fortsette. For sykehusene vil økt fagspesialisering innebære etablering av flere vaktordninger og økt rekrutteringsbehov.

I 2012 har Sykehuset Innlandet hatt utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig antall spesialister innenfor enkelte fagområder, for eksempel gynekologer og gastrokirurger. I tillegg forventes det at rekrutteringsutfordringer for spesialiserte pleiere innen anestesi og operasjon samt jordmødre også vil bli større i 2025¹⁰.

Utviklingen innen teknologi vil føre til endringer i to ulike retninger. Avansert utstyr setter krav til spesialisert kompetanse og høye investeringskostnader. Dette vil drive fram en samling til færre lokalisasjoner for behandling. Når utstyr kan tilpasses ulike nivå i kommunene (LMS, fastleger, i pasientens hjem) og kompetanse bygges opp lokalt, vil, på den annen side, mulighetene åpne seg for ytterligere desentralisering. For å sikre effektiv og rasjonell ressursutnyttelse, samt å understøtte desentraliserte akutttilbud, bør beredskapen utnyttes til elektiv virksomhet.

Utvikling av informasjonsteknologi, medisinsk teknologi og nye behandlingsformer antas å føre til endringer i behov for innleggelse og lengde på sykehusopphold. Deler av elektive (planlagte) korte innleggelser vil bli behandlet som dagpasienter og med poliklinisk oppfølging. Deler av øyeblikkelig-hjelp pasientene, de som har korte innleggelser, vil bli ivaretatt i observasjonssenger i akuttmottaket før utskrivning direkte til hjemmet eller til kommunal omsorg.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan signaliserer at samarbeid og felles enheter for begge tjenestenivå bør utvikles og utnyttes i større grad. Modellen med LMS, hvor kommuner og spesialisthelsetjeneste er samlokalisert og arbeider integrert, framholdes som en anbefalt retning for fleksibel tjenesteutvikling på tvers av tjenestenivåene. Samhandlingsenheten i SI vil ha være en sentral aktør i koordinering av de desentraliserte tjenestene gjennom utarbeidelse av overordnede tjenesteavtaler. Samtidig vil en organisering av tjenestene i fag-klinikker bidra til å sikre god kvalitet i alle enheter hvor spesialisthelsetjeneste utføres.

¹⁰ Rapport fra Helse Sør-Øst 2011: "Arbeidskraft og kompetanse mot 2020. Sentrale faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse."

Behovet for prehospitale tjenester vil avhenge av organisering og fordeling av oppgaver i SI i framtida. Det utarbeides en egen utviklingsplan for dette området.

3.2 Akutfunksjoner i lokalsykehus

Med den utviklingen som forventes i befolkningen innen medisin og teknologi, er det nødvendig å vurdere hvordan tilgjengelighet til tilbud med god kvalitet kan opprettholdes i fremtiden. Det stilles samme kvalitetskrav til behandling i lokalsykehus som i større sykehus.¹¹

Befolkning og pasienter uttrykker ønske om nærhet til lokalsykehus. Samtidig forventes det tilgang til spesialiserte tilbud, og det er vilje til å reise lenger for å få behandling av god kvalitet.

Økt spesialisering og utfordringer med rekruttering av helsefagpersonell og legespesialister påvirker fremtidige funksjoner og oppgaver i lokalsykehusene. For å opprettholde tilstrekkelig kvalitet og trygghet i tjenestene, vil det bli nødvendig å flytte ansvaret for enkelte oppgaver og akutfunksjoner til hovedsykehuset. Akutfunksjoner er et viktig grunnlag for lokalsykehuset. Dersom akutfunksjonene reduseres, er det en risiko for at helheten i tjenestetilbudet svekkes, og dette kan få konsekvenser for andre funksjoner i lokalsykehuset. Erfaring fra andre steder tyder på en slik sammenheng. Akuttberedskap baserer seg i 2012 i stor grad på generelle kirurger og generelle indremedisinere. Den medisinske utviklingen går mot stadig flere grenspesialister for å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kvalitet på tjenestene.

Den største utfordringen i et fremtidsperspektiv er rekruttering av fagpersonell, særlig legespesialister og spesialsykepleiere. I 2012 er rekruttering av gastrokirurger (bløtdelskirurger) utfordrende, noe som ventelig vil bli enda mer krevende i 2025. For å ha et robust fagmiljø med rekrutterende og lovlige arbeidsplaner, er det i fremtiden sannsynlig at det vil kreves minst 6, kanskje 8 gastrokirurger i en vaktlinje. Det kan bli vanskelig å opprettholde kirurgisk akutfunksjon så samme nivå som i dag i lokalsykehusene.

Lokalsykehusene kan likevel ha kirurgisk aktivitet uten full vaktberedskap. Det kan for eksempel se slik ut:

Hovedsykehuset fungerer som base og har det overordnede faglige ansvaret. Legespesialister vil kunne ambulere i en felles bemanningsordning for å dekke opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i lokalsykehuset. Et system for nødvendig kompetanseoppbygging, erfaring fra akuttvirksomhet og arbeidsdager i lokalsykehuset organiseres fra hovedsykehuset. Ordningen kan tilpasses best mulig medarbeidernes bosted. Leger i spesialisering (LIS) kan få nødvendig vakterfaring og undervisning ved hovedsykehuset. Nivået på vaktberedskap og oppgaver som kan utføres, tilpasses den kompetanse som er tilstede lokalt. Diagnostisering/vurderinger kan gjøres i lokalsykehuset for deretter å videresendes til akuttkirurgi ved hovedsykehuset. Kirurg kan være tilstede på dagtid og eventuelt utover kvelden, mens man videresender pasienter til hovedsykehuset resten av døgnet. Lokalsykehuset kan ha dagkirurgi i en organisert sirkulasjon av personell og nødvendig flyt av pasienter til og fra hovedsykehuset.

I høringsdokumentet Strategisk fokus 2025 beskrives samhandling mellom hovedsykehuset og den desentraliserte spesialisthelsetjenesten bl.a. slik:

"Et felles akutt-/områdesykehus i Mjøsregionen vil innebære samling av faglig kompetanse som også vil kunne tilføres den desentraliserte spesialisthelsetjenesten ved lokalsykehusene og de lokalmedisinske sentra."¹²

Eventuelle endringer i tilbudet vil stille krav til tilpasninger i ambulansetjenester. Det utarbeides en egen utviklingsplan for prehospitale tjenester (kapittel 3).

¹¹ Meld.St 16 (2010-2011) Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

¹² Styresak 054-2012 Strategisk fokus 2015 – fremtidig utviklingsretning for spesialisthelsetjenesten i Sykehuset Innlandet

4. Fremtidig situasjon for lokalsykehuset i Kongsvinger

Sykehuset Innlandet ser for seg to aktuelle fremtidsscenarioer for lokalsykehuset på Kongsvinger i et 2025-perspektiv:

1. Lokalsykehuset på Kongsvinger har helseforetakstilhørighet i Sykehuset Innlandet.
2. Lokalsykehuset på Kongsvinger har helseforetaks tilhørighet til Akershus Universitetssykehus (A-hus)

4.1 Lokalsykehuset på Kongsvinger som en del Sykehuset Innlandet HF

4.1.1 Fremtidig fødselstilbud

En arbeidsgruppe er i januar 2013 etablert for å se på helhetlig fødselsomsorg i Sykehuset Innlandet. Saken skal behandles i styremøte 19.04.13. Det vises til rapport fra dette arbeidet.

Nærhet til et kvalitativt godt føde- og barseltilbud er viktig. Fødemeldingen "Et trygt fødetilbud"¹³ beskriver kvalitetskravene til ulike nivå for fødetilbud; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Et trygt fødetilbud innebærer en aktiv seleksjon av fødsler, at fødselslegene (gynekologer) er aktivt deltakende i nasjonale kompetansemiljø, at avdelingen har kun et fåtall deltidsstillinger, samt en høy tilstedeværelse av fødselslege ved fødsler som har økt risiko.

Fødeavdelingen skal ta hånd om friske kvinner med normale svangerskapsforløp og med moderat risiko som er tilpasset avdelingens kompetanse. En fødeavdeling ved lokalsykehuset på Kongsvinger forutsetter stabil og fast bemanning, samt kontinuerlig oppdatering av kompetansen. Fast ansatte spesialister skal utgjøre hoveddelen av bemanningen. Dersom vikarer benyttes, bør disse være faste. Vikarstafetter bør unngås.

Fødeavdelingen på Kongsvinger har i dag et tilstrekkelig antall fødsler, samtidig forutsettes det en viss satsning i avdelingen for å tilfredsstille kvalitetskravene i fødemeldingen. utfordringene vil i framtida være knyttet til rekruttering, ressurser og kompetanse. I 2012 er det utfordrende å rekruttere fødselsleger, barneleger samt anestesileger, og denne utfordringen antas å vedvare. Tilgangen på jordmødre antas å bli utfordrende fram mot 2020¹⁴. Opprettholdelse av en fødeavdeling på Kongsvinger i et 2025-perspektiv, vil forutsette en tydelig prioritering i Sykehuset Innlandet.

Omgjøring til fødestue er en mulighet som kan være aktuell ut fra et faglig ståsted. Flere forhold vil påvirke antall fødsler ved enheten. Det er sannsynlig at mange kvinner da vil velge seg til et annet fødetilbud, og samtidig vil mange fødsler bli selektert bort med begrunnelse i kvalitetskravene.

Gynekologi-faget vil også i fremtiden ha et stort omfang, spesielt knyttet til dagkirurgi og poliklinisk virksomhet. Kreftpasienter vil utgjøre store deler av volumet av de som er inneliggende. Disse pasientene vil i 2025 bli operert ved hovedsykehuset. De kan få utredning i forkant og oppfølging i etterkant med for eksempel cytostatica, ved lokalsykehuset.

¹³ Helsedirektoratets veileder IS-1877 Et trygt fødetilbud

¹⁴ "Arbeidskraft og kompetanse mot 2020. sentrale faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse." Rapport fra Helse Sør-Øst, 2011

4.1.2 Akutttilbud

Styrevedtaket "Strategisk fokus 2025" beskriver en utvikling med nedleggelse av fire akuttstusykehus i Mjøs-området, og at disse erstattes med ett nytt akuttstusykehus. Tilbudet på Kongsvinger må vurderes ut fra befolkningsgrunnlag og reisetid til andre behandlingssteder. Endringstrekk og framtidige utfordringer knyttet til dette er beskrevet. Utfordringen med å ha mange akuttmottak i sykehusområdet, er å rekruttere tilstrekkelig mange spesialister til vaktordningene. Dersom utviklingen mot stadig flere grenspesialiteter fortsetter, kan det bli vanskelig å opprettholde akuttfunksjon innen kirurgi på samme nivå som i dag. Det kan likevel være kirurgisk aktivitet på Kongsvinger, som tidligere beskrevet.

Ortopedi er en stor aktivitet for lokalsykehuset på Kongsvinger i 2012. Det drives utstrakt poliklinisk utredning/behandling og planlagte operasjoner. Det er ikke signalisert framtidige rekrutteringsutfordringer for ortopeder. Dette er et fagområde med økende behov, og som det kan satses på framover. Kapasiteten på ortopedisk behandling på Kongsvinger må ses i sammenheng med tilgjengelig kompetanse og SI's samlede behov.

Eksempelvis:

Lokalsykehuset kan ha ortoped i døgnvakt og med noe enklere vaktlinje dersom man tilpasser oppgavene til den kompetansen som er tilgjengelig. Ortopediske inngrep som krever en annen kompetanse, kan gjennomføres ved hovedsykehuset.

Indremedisinsk akuttberedskap er en grunnleggende del av tilbudet i lokalsykehus. Indremedisin er et fagfelt som vil øke i takt med en aldrende befolkning og økende forekomst av livsstilsykdommer. I et 2025-perspektiv må tilbudet tilpasses befolkningens behov, befolkningsgrunnlag, effekter av samhandlingsreformen, teknisk og faglig utvikling, samt rekrutteringssituasjonen.

Medisinske støttetjenester som billediagnostikk, klinisk/kjemisk laboratorietjeneste og blodbank vil være en nødvendig del av akutttilbudet.

Revmatologisk avdeling i Divisjon Kongsvinger har i dag et godt etablert tilbud til revmatikere. Revmatismesykehuset på Lillehammer har hovedsykehusfunksjoner. Bruk av biologisk medisin med mer vil bidra til økt behov for poliklinisk virksomhet og dagbehandling. Behovet for døgnenger vil på sikt avta. Dette er et robust tilbud som kan videreutvikles.

4.1.3 Vurdering

Det er viktig å sikre god kvalitet på de tjenestene som lokalsykehuset på Kongsvinger skal levere. På bakgrunn av de utviklingstrekkene som er beskrevet og framtidig økonomisk utvikling for Sykehuset Innlandet, vil det være vanskelig å opprettholde alle funksjoner som i 2012. Sykehuset Innlandet vektlegger å utvikle gode faglige tjenester, og som har økonomisk bærekraft.

Det viktigste for innbyggerne i opptaksområdet til Kongsvinger, vil være en faglig god og robust indremedisinsk tjeneste. Dette er pr 2012 den største virksomheten på Kongsvinger. Tilbudet bør videreutvikles i tett dialog med kommunene i regionen for å sikre gode pasientforløp med kontinuitet på tvers av forvaltningsnivåene. Ortopedi er en godt etablert tjeneste som kan videreutvikles i et fremtidsperspektiv.

Det kirurgiske tilbudet er sårbart. Rekrutteringsutfordringer og spesialiseringsutviklingen tilsier at det vil være lite realistisk å opprettholde kirurgisk akuttfunksjon på samme nivå som i dag på Kongsvinger.

Endring av fødetilbudet kan bli aktuelt. Sykehuset Innlandet har totalansvaret for tilbudet til alle fødende kvinner i Innlandet, og må i et helhetsperspektiv vurdere om det er realistisk å satse videre på en fødeavdeling som har ca 500 fødsler i året eller om avdelingen bør gjøres om til en fødestue.

En eventuell endring av akuttfunksjoner på Kongsvinger vil kunne øke behovet for pasienttransport.

4.2 Lokalsykehuset på Kongsvinger som en del av Akershus Universitetssykehus

Befolkningen i Kongsvingerområdet har en sterkere kommunikasjon sørover mot hovedstadsområdet enn til Mjøs-området. Dette gjelder både for arbeidsmarkedet og for servicetjenester. Faglige kontakter med andre enheter i Sykehuset Innlandet er begrenset. Fagmiljøet i Kongsvinger signaliserer at opplevelsen av tilhørighet til Sykehuset Innlandet vil bli svakere når hovedsykehuset blir lokalisert i nærheten av Mjøsbrua i 2025.

Mange faktorer innvirker på pasientstrømmene og gjør framtidsvurderingene usikre. Det antas at pasientstrømmene i et 2025-perspektiv i enda sterkere grad vil forskyve seg i retning Ahus/Oslo Universitetssykehus (OUS). På den annen side kan det tenkes at andre momenter gir helt andre virkninger. Dersom kapasiteten på Ahus viser seg å ikke kunne ivareta eget opptaksområde fullt ut, kan dette medvirke til at pasientene i større grad henvises til Sykehuset Innlandet ved lokalsykehuset på Kongsvinger og hovedsykehuset ved Mjøsbrua.

Fremtidens utvikling av bedre veiforbindelse mot Oslo kan forsterke dette bildet og øke pasientstrømmene mot OUS og Ahus. En slik utvikling vil knytte lokalsykehuset på Kongsvinger nærmere sykehusene i hovedstadsområdet. Ved etablering av et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, vil akuttsykehuset på Elverum avvikles. Med lengre avstander til hovedsykehuset i Mjøsregionen, kan det tenkes at pasientene som i dag benytter seg av sykehuset på Elverum, i større grad vil benytte lokalsykehuset på Kongsvinger.

Nes kommune i Akershus har midlertidig fått dekket behovet for lokalsykehustjenester på Kongsvinger. HSØ har igangsatt en prosess for å beskrive konsekvenser ved en eventuell tilbakeføring av sykehustilhørighet til Ahus for befolkningen i Nes kommune.

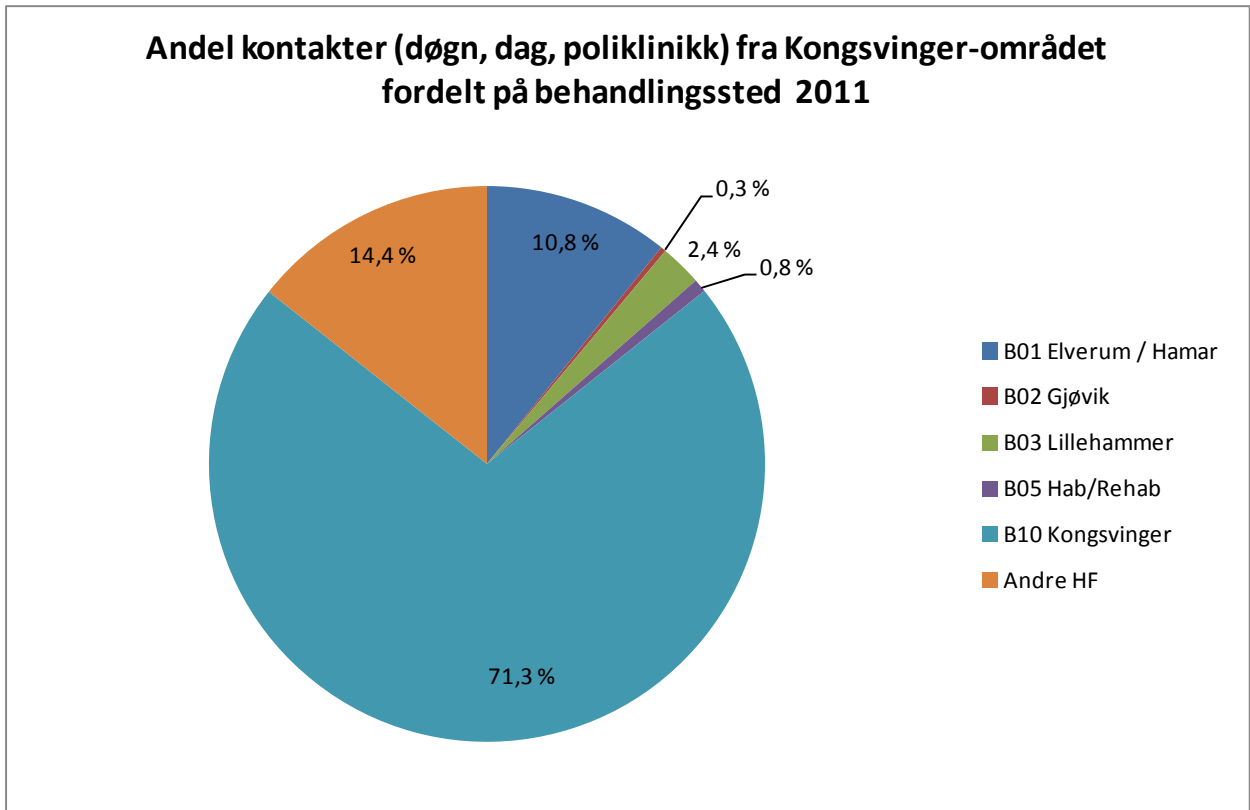
Overføring av Nes til Ahus og sannsynlig økning av pasientstrømmer mot Ahus/OUS er premisser for videre utvikling. Det bør vurderes om det er naturlig for innbyggerne i regionen å få sine spesialisthelsetjenester dekket av Ahus framfor av Sykehuset Innlandet. Dersom det er slik, bør det igangsettes en prosess for å utrede konsekvensene av en overføring av opptaksområde mellom helseforetakene. Det bør utredes hvilke konsekvenser dette vil ha for begge helseforetak. En foretaksoverføring for befolkningen i Glåmdalsområdet vil ha innvirkning på flere divisjoner i Sykehuset Innlandet. Dette gjelder Divisjon Medisinsk service, Divisjon Rehabilitering og rehabilitering, Divisjon Psykisk helsevern, Divisjon Prehospitaltjenester og Divisjon Eiendom og intern service.

Et scenario med foretaksoverføring for innbyggerne i Kongsvingers opptaksområde vil ha et annet tidsperspektiv for gjennomføring enn 2025. Dersom tilhørighet til Ahus er aktuelt og blir besluttet, vil denne overføringen kunne skje innenfor få år.

En vurdering av lokalsykehuset på Kongsvinger med annen helseforetakstilhørighet enn Sykehuset Innlandet, er utenfor mandatet som ble gitt av styret i styresak 060-2012. Prosjektet har derfor fremmet forslaget til administrerende direktør. Styret har gitt sin godkjenning til å etablere kontakt med Helse Sør-Øst og Ahus for å arbeide videre med forslaget¹⁵.

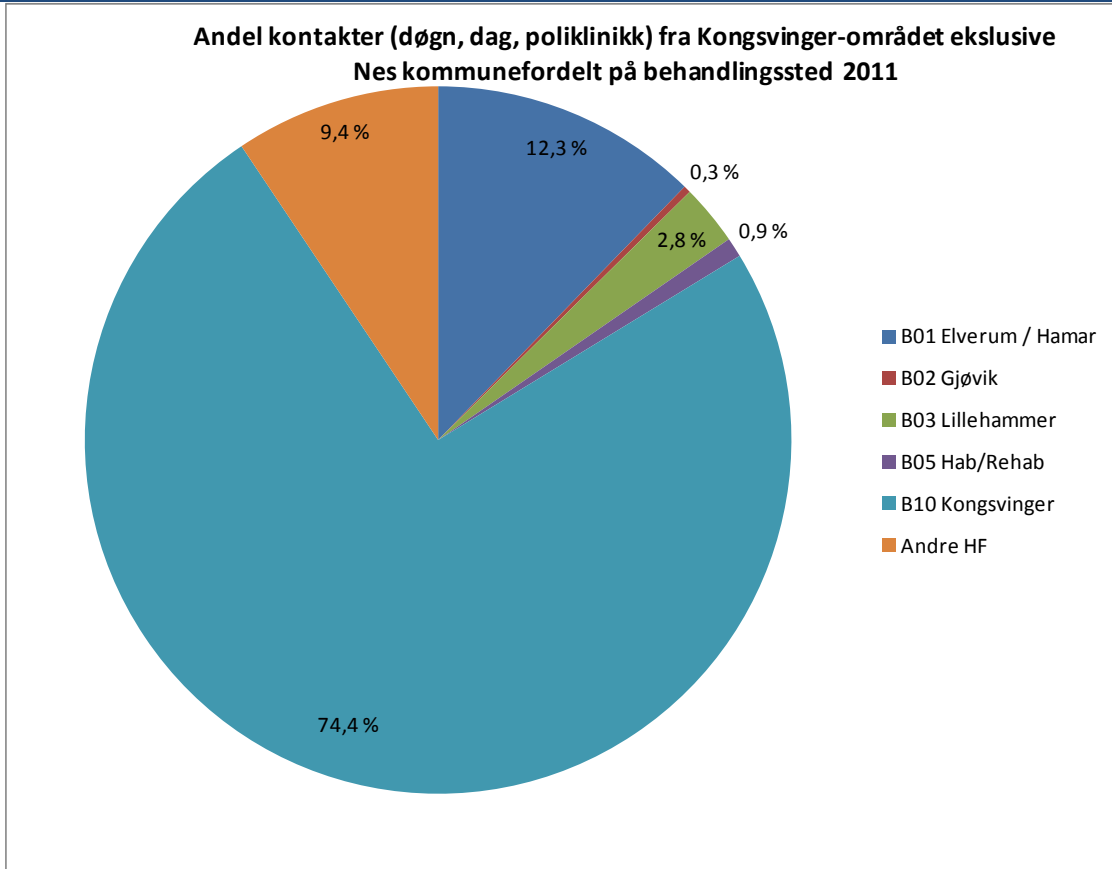
Figurene under viser hvordan pasientene i opptaksområdet for Divisjon Kongsvinger fordeler seg på behandlingssteder (andre divisjoner i SI, samt andre). Figur 1 viser pasientstrømmene inkludert pasienter fra Nes kommune, mens Figur 2 viser det samme uten Nes kommune.

¹⁵ Styresak 086-2012 Oppfølging av Strategisk fokus 2025, styremøte 29.11.12



Figur 1 Andel pasientkontakter Kongsvinger-området 2011 fordelt på behandlingssteder

Av "andre helseforetakforetak står Ahus og OUS for hhv. 58 % og 32 %. Pasienter fra Nes kommune utgjør 44 % av alle som er behandlet i "andre foretak".



Figur 2 Andel pasientkontakter Kongsvinger (Nes kommune fordelt på behandlingssteder)

4.2.1 Vurdering

Pasientstrømmer i de ulike kommuner viser at med Nes kommune inne i opptaksområdet, blir 86% av pasientene fra Kongsvinger-området behandlet ved Divisjon Kongsvinger og andre foretak i HSØ (i hovedsak Ahus). Når vi trekker ut Nes kommune, er den tilsvarende andelen 84 %. Resten av SI står for hhv 14 % og 16 % i de to alternativene.

Tabell 8 Endrede opptaksområder - økonomiske effekter

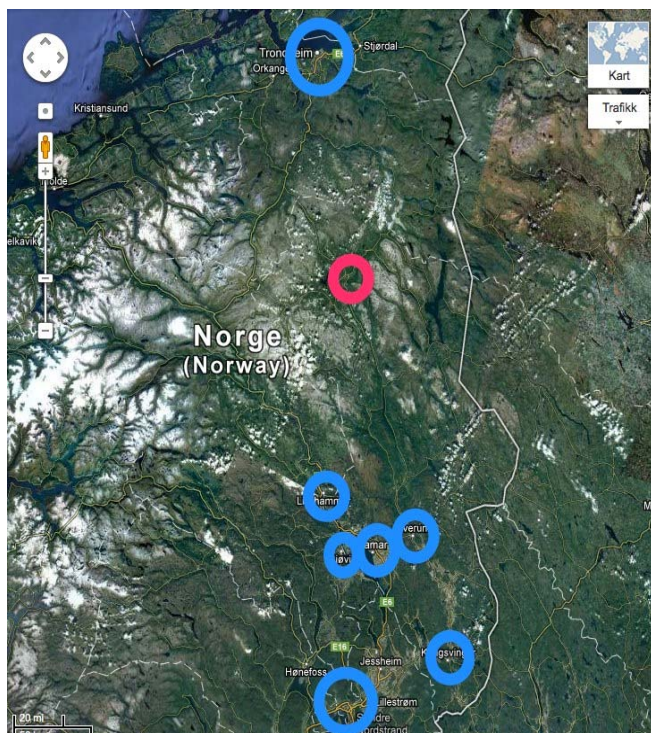
	Lokalsykehusansvaret flyttes	
	Nes kommune	Hele opptaksområdet
	<i>Mill kr</i>	
Basistilskudd og innsparing i gjese pasientkostnader	-82	
Kompensasjon til Ahus for lokalsykehustjenster	15	
Sum effekt for SI	-67	

Fra tabell 8 ser vi at de økonomiske effektene av;

- flytte lokalsykehusansvaret for Nes kommune fra SI til Ahus
- flytte lokalsykehusansvaret for hele opptaksområdet til Ahus

5. Fremtidig situasjon Tynset

Fjellregionen har en befolkningsutvikling der regionsentret Tynset samt nabokommunene Alvdal og Tolga øker, mens det er stabilt eller nedgang i de andre kommunene. Framover forventes det en moderat økning i regionen som helhet, særlig i lys av større etableringer av arbeidsplasser; ref Norsk Helsearkiv og Sentraldepot. Dette forventes å gi mer enn 70 nye arbeidsplasser innen 2020. Hele Fjellregionen oppfattes som et felles arbeidsmarked. Befolkningen blir stadig eldre, noe som må innvirke på planene. Det er i noen grad tatt høyde for det i samhandlingsreformen.



Figur 3 Avstander til fra Tynset til andre sykehus

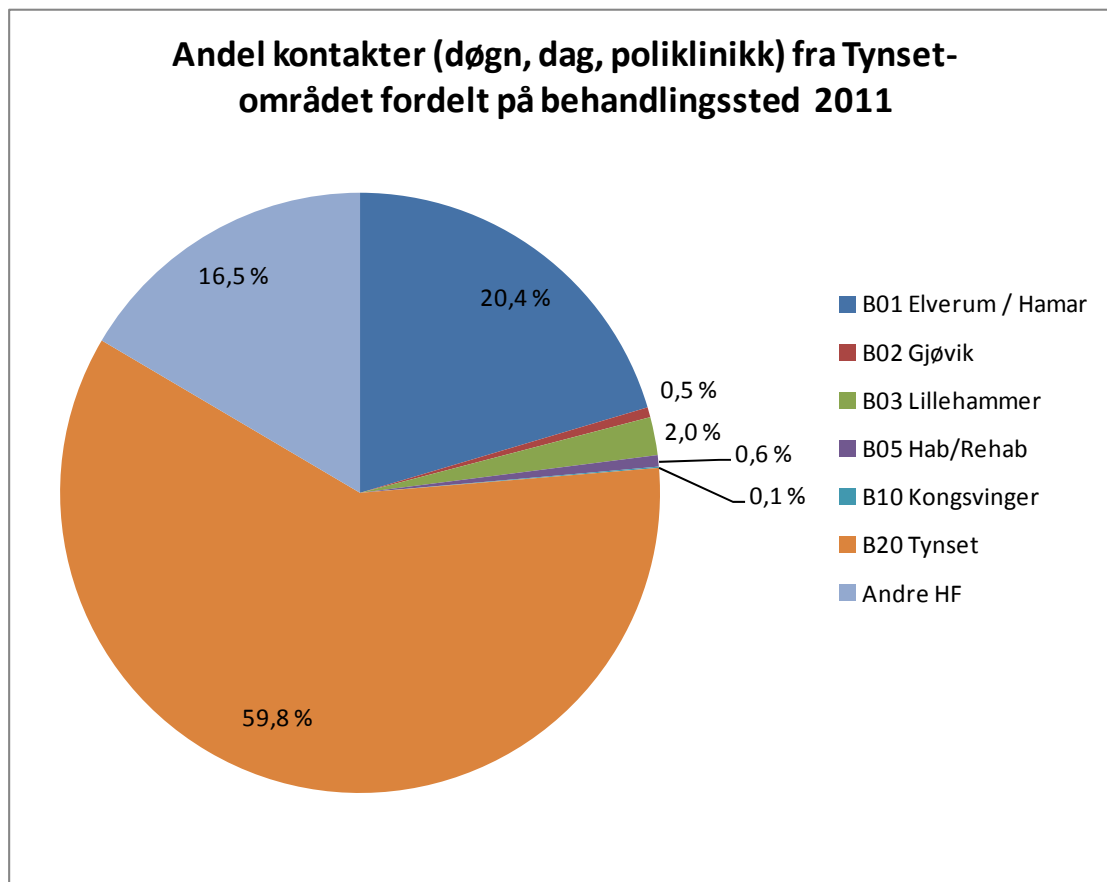
I et 2025-perspektiv arbeides det mot at lokalsykehuset på Tynset skal ha akuttfunksjoner for Fjellregionen. Sykehuset har i perioden fram til 2025 utviklet et godt samarbeid med St. Olavs Hospital. Det arbeides mot at det i et 2025-perspektiv er inngått avtaler om at Tynset sykehus skal ta imot øyeblikkelig hjelp fra Røros og Holtålen som opptaksområde, samt et betydelig poliklinisk tilbud også til befolkningen i Oppdal og Rennebu i samarbeid med St. Olavs Hospital. Dette vil avlaste St. Olavs Hospital og øke aktiviteten i Fjellregionen som helhet.

Den økende subspesialiseringen vil gi utfordringer for lokalsykehuset på Tynset. For å ivareta et høyt faglig nivå på helsetjenestene som sykehuset skal tilby, vil det være avgjørende å kunne rekruttere spesialister og å utvikle ordninger som sikrer tilstrekkelig fagkompetanse. Dette løses blant annet med gode faglige "bindinger" til større sykehus, tilpasset behovet til det enkelte fagfelt.

For å sikre effektiv og rasjonell ressursutnyttelse, samt å understøtte akutttilbudet, bør lokalsykehuset på Tynset utnytte beredskapen til planlagt virksomhet. I dag gjøres en god del tung planlagt ortopedi (proteseoperasjoner hofte/kne). Det bør vurderes muligheten for å utvikle også andre områder for å unngå en alt for ensidig aktivitet.

En stabil og forutsigbar finansieringssituasjon er en forutsetning for god drift.

Figur 4 under viser hvordan pasientene i opptaksområdet for Divisjon Tynset fordeler seg på behandlingssteder (andre divisjoner i SI samt andre foretak i HSØ). Vi har foreløpig ikke fått med pasienter som behandles ved ST Olavs hospital. Dette bør tas med for å vise det totale bildet.



Figur 4 Andel pasientkontakter Tynset-området 2011 fordelt på behandlingssteder

Av "andre foretak" står St Olav og Ous for hhv. 63 % og 28 %.

Det framgår at 83,5 % av kontaktene er innenfor SI og at Divisjon Tynset alene står for 60 %.

Akuttilbud på Tynset

Med den beliggenhet som Fjellregionen har, særlig i forhold til lange avstander og klimatiske forhold, vil det være nødvendig med et godt og bærekraftig akuttilbud til befolkningen. Ved plassering av nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, vil det også være kortere avstand for innbyggerne i dagens randkommuner (Engerdal, Dovre og Lesja) til Sykehuset Innlandets tilbud på Tynset (så vel somatisk som innen psykisk helsevern), enn til hovedsykehuset.

Sykehuset Innlandet bør tilby flere tjenester i 2025 enn i dag for å øke selvdekningsgraden av befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester. Relevante områder for dette kan på Tynset være poliklinikk og dagbehandling innen store fagområder som gynekologi og pediatri.

Fram mot 2025 vil det være riktig å samle de desentraliserte spesialisthelsetjenestene i Sykehuset Innlandets egne lokaler på Tynset. Det vil bety en utbygging til tidsmessige lokaler for pasientbehandling. En samling av tilbudene vil bety mer sømløse og integrerte tjenester, samt et større og mer helhetlig fagmiljø, med en rasjonell drift av arealer.

Internasjonale retningslinjer anbefaler at dersom det er under 30 minutter til spesialisert traumesenter skal (luft-)ambulansen kjøre direkte dit av hensyn til pasienten. I Helse Sør-Øst ligger regionalt traumesenter ved OUS (ca 340 km fra Tynset) og i Helse Midt-Norge ved ST. Olavs Hospital (ca 175 km).

Lokalsykehuset på Tynset bør ha et vel fungerende traumemottak på nivå 2 (sykehus med traumefunksjon), i tråd med gjeldende retningslinjer og kvalitetskrav for dette samt i henhold til overflyttingskriterier utarbeidet i HSØ¹⁶. Vanligvis vil multitraumepasienter og hodeskader bli sendt direkte fra skadested til Oslo Universitetssykehus eller St. Olavs Hospital med helikopter, dersom været tillater det.

I vaksituasjon er det i dag den generelle kirurgien som er basis, da det ikke er tilstrekkelig pasientgrunnlag for flere grenspesialiserte vaktlinjer. På Tynset vil det vekselvis være kompetanse til stede innen urologi, karkirurgi, gastrokirurgi mv. Utviklingen med grenspesialisering antas å fortsette, og tilgang på generelle kirurger forsvinner. Det kan bli vanskelig å opprettholde kirurgisk akuttberedskap på samme nivå som i dag, og tjenestene vil fordre et godt samarbeid mellom lokalsykehus og hovedsykehus.

Det planlagte kirurgiske tilbudet på Tynset vil, som i dag, bestå av behandling basert på kompetansen til forskjellige typer av grenspesialiteter innen bløtdelskirurgi.

Med forskjellig kompetanse på overlegevakten vil det gi føringer på hva som skal behandles og hva som skal videresendes til hovedsykehuset. Samtidig er det et ønske om at det gjøres diagnostikk så langt som mulig lokalt, og at dette evt kan gjøres i samråd med spesialist på hovedsykehuset eller ved St. Olavs Hospital. Når det gjelder pasienter med behov for akutt åpen buk-kirurgi, bør disse i hovedsak sendes til hovedsykehuset i Sykehuset Innlandet eller St Olav. Det vil være poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet innen fagområder som ikke dekkes av de faste kirurgene.

Den planlagte virksomheten vil være basert på poliklinisk og dagkirurgisk behandling. På Tynset vil det også være et godt grunnlag for å drive elektiv døgnbehandling med god effektivitet. Dette må fortløpende vurderes i forhold til ventetider, behov og økonomi.

Den kirurgiske kompetansen som er til stede på Tynset skal brukes til beredskap, elektiv poliklinikk, dag- og døgnkirurgi. En slik beredskap vil inkludere diagnostikk, livreddende behandling og observasjon før eller i stedet for overflytting til annet sjukehus med riktig kompetanse.

Ortopedi

På Tynset er det godt grunnlag for å drive elektiv ortopedisk døgnbehandling med god effektivitet og kvalitet. I 2025 vil det være viktig at virksomheten på Tynset kan sikres forutsigbarhet gjennom etablerte ordninger hvor behandlingskapasiteten på Tynset utnyttes som en del av Sykehuset Innlandets samlede ortopediske kapasitet.

Indremedisin

I 2025 skal det være døgntilbud innen indremedisin. Nivå og omfang må tilpasses medisinskfaglig utvikling og effektene av samhandlingsreformen. Det skal være et bredt tilbud av polikliniske tjenester. Spesialiseringen innen indremedisin er økende, men ikke kommet like langt som de kirurgiske fagene. Utviklingen vil ha en faglig forankring og en økende grad av medisinskfaglig samarbeid i Sykehuset Innlandet.

Anestesi

Anestestjenesten (sykepleier og lege) er en viktig ressurs i håndtering av både planlagt og akutt virksomhet og både innen indremedisin og kirurgiske fag. Anestesilege i vakt 24/7 er en forutsetning for virksomheten i et akuttstusykehus.

¹⁶ Styresak 086-2010 Helse Sør-Øst: Praktisk gjennomføring av behandling av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst

Billeddiagnostikk

Rask og pålitelig diagnostikk vil i større grad være teknologiavhengig. Bildediagnostikk og laboratorietjenester må tilpasses nivået på andre tjenester slik at samlet tjenestenivå framstår som likeverdig. Utviklingen av teknologi kan åpne for andre arbeidsmåter i fremtiden. Lokalsykehuset på Tynset har et bredt spekter av kostbart medisinsk teknisk utstyr. Dette bør i et framtidsperspektiv utnyttes større deler av døgnet enn i dag. Et tettere samarbeid med avtalespesialister knyttet til bruk av utstyr og lokaler er relevant for å oppnå en mer effektiv utnyttelse.

Fødetilbud

Fødestua på Tynset er en viktig del av omsorgen for de fødende i Fjellregionen. Fødselstallet på Tynset har falt i takt med strengere seleksjon, i dag er det ikke fødsler for førstegangsfødende på Tynset. Dette er i tråd med nasjonale faglige føringer. Dersom utviklingen i fødselstallene fortsetter å falle, vil det bli nødvendig å vurdere fødetilbudet, og hvorvidt den faglige kvaliteten kan sikres ved at helsepersonellens kompetanse kan ivaretas gjennom tjeneste ved større avdelinger i hovedsykehuset. Kommunene i opptaksområdet kjøper jordmørtjenester fra fødestua, noe som sikrer en god kvalitet og kontinuitet i fødselsomsorgen i regionen. Dette er en ordning som følger intensjonene i samhandlingsreformen.

6. Fremtidig situasjon Lokalmedisinske sentre

Tjenestetilbudet til Sykehuset Innlandet i de lokalmedisinske sentre (LMS) vil variere etter lokale forhold som geografi, befolkningssammensetning og tilgjengelig kompetanse. I tillegg til de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres, kan det bli aktuelt å etablere spesialisthelsetjenester fra Sykehuset Innlandet ved et eventuell framtidig LMS på Hadeland, som er et område med stor befolkningsvekst.

Tjenestene ved LMS kan utvikles fleksibelt og dynamisk på bakgrunn av lokale behov. Tilbudet kan videreutvikles med polikliniske tjenester innen flere spesialiteter og med flere poliklinikkdager enn det som tilbys i dag. Det bør vurderes i hvilken grad fagpersonell som yter tjenester fra SI ved LMSene i et framtidsperspektiv kan påta seg ansvar for flere oppgaver enn de har i dag.

Behovet til innbyggerne i området må vurderes ut fra hvor mange pasienter behovet omfatter, og hvorvidt disse har behov for hyppige tjenester eller kun en sjelden gang. Behovet for hyppige tjenester bør planlegges dekket så nært som mulig, mens sjeldnere behov kan ivaretas ved tilbud lenger unna. Cellegiftbehandling, dialysebehandling, geriatri, og spesialisthelsetjeneste ved livets slutfase eller hvor sykdom/aldring eller langvarig transport er en tilleggsbelastning er eksempler på langvarig og belastende behandlinger som kan utføres lokalt. Mange brukere vil i slike situasjoner vektlegge nærhet til tjenesten som en vesentlig del av opplevd kvalitet.

Hvilket tilbud som kan gis, vil avhenge av hvilke ressurser som kan tilbys desentralisert av Sykehuset Innlandet. Tilgjengelige ressurser vil omfatte både fagpersonell og utstyr. Bemanningsdimensjonering av hovedsykehuset vil inkludere planer for relevante desentraliserte tjenester ved LMSene. Vurdering av effektiv ressursutnyttelse vil også ligge til grunn for etablering av desentraliserte tjenester. Transporttid for helsepersonell reduserer antall konsultasjoner pr dag, mens arbeidstid uten forstyrrelser som er vanlig i sykehuset, kan øke antall konsultasjoner om dagen.

Medisinsk utvikling medfører at stadig flere undersøkelser, utredninger og behandlinger kan gjennomføres uten innleggelser. I et 2025-perspektiv har Sykehuset Innlandet ett akuttsykehus i Mjøsområdet, og dette vil medføre at det er naturlig å styrke desentraliserte tjenester der dette er relevant og gjennomførbart. Den medisinsktekniske utviklingen bidrar også til å vurdere hvilke typer utstyr som bør etableres på LMSene. Helhetlig utstyrskapasitet i Si, kompetansekrav og ressursbruk samt kapitalbehov er forhold som bør inngå i slike vurderinger.

Det vil være viktig for LMSene å ha forutsigbarhet knyttet til hvilke tjenester Sykehuset Innlandet tilbyr ved sentrene. Det er inngått langsiktige leieavtaler for arealer i LMSenes lokaler.

Videokonferanser og telemedisin:

- Radiologiske undersøkelser av radiograf (+ lege) lokalt, radiolog sentralt. Krever to leger
- Dialyse: gjennomføres lokalt med sykepleiere, overvåkes sentralt av nefrolog (nyrelege)?
- Gyn ultralyd lokalt?

En del tilbud bør utvikles lokalt og hvor det er viktig for pasientene å slippe lang reisevei til tjenestetilbudet.

LMSene har et palliativt tilbud

- Har rekruttert kompetent fagpersonell lokalt
- Driver avansert lindrende behandling og pleie. Pasienter får tiden nær hjemmet og sine nærpå personer

Privatpraktiserende spesialister som har avtale med HSØ

Avtalespesialistene er en viktig del av en samlet spesialisthelsetjeneste og bidrar til økt kontinuitet, bredde og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Sykehuset Innlandet ser det som en fordel om avtalespesialistene også lokaliseres til de lokalmedisinske sentrene og forplikter seg til å yte tjenester i Sykehuset Innlandets desentraliserte enheter.

En vesentlig forutsetning for et desentralisert tilbud er vel etablerte prehospitale tjenester med ambulanser og eventuell helikoptertjeneste. Dette beskrives i en egen utviklingsplan for prehospitale tjenester (kapittel 3).

Kapittel 2



Delplan Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

Sammendrag

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene (hab/rehab) er i dag spredd over flere lokasjoner utenfor sykehusene og i både Hedmark og Oppland. Frem mot 2025 og videre fremover vil store endringer i samfunnet stille helt andre krav til re/habiliteringstjenestene.

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal utvikle sitt tilbud og overta flere oppgaver. Dette vil på den annen side føre til at spesialisthelsetjenestens oppgaver vil bli ytterligere spesialisert. Arbeidet blir konsentrert om utredning og kartlegging av komplekse problemstillinger for deretter å overføre informasjon og drive samhandling med primærhelsetjenesten for videre oppfølging.

I arbeidet med den helhetlige utviklingsplanen for hab/rehab har man arbeidet med følgende scenarier for vurdering av fremtidig lokalisering av tjenestene i tråd med føringene i Strategisk fokus 2025.

- 1) Alle enheter i divisjonen samles og lokaliseres i det nye akuttsykehuset
- 2) Delt løsning for alle enheter i divisjonen
 - a. Samles i akuttsykehuset: Senger og komplekse situasjoner med stort behov for andre spesialiteter i nærheten (områdefunksjoner)
 - b. Desentralisert: F.eks ambulante tjenester, polikliniske tjenester, dagaktivitet (lokalsykehusfunksjoner)
- 3) Videreføre lokalisering som i dag: Alle enheter er lokalisert utenfor akuttsykehusene

Fordeler og ulemper ved de forskjellige alternativene er beskrevet i den helhetlige utviklingsplanen på de neste sidene.

I arbeidet med utviklingsplanen har man i en helhetlig vurdering og anbefaling kommet frem til at krav til kompetanse, rekruttering, spesialisering og samarbeid tilsier at hele divisjonen bør samle sine tjenester i hovedsykehuset. Dette gir sannsynligvis best mulighet for å yte likeverdige og kvalitativt gode og spesialiserte tjenester til pasienter og brukere.

Det er en forutsetning at hab/rehab miljøet videreføres i en samlet organisatorisk struktur i Sykehuset Innlandet. En organisatorisk og fysisk samling i hovedsykehuset vil gi styrke og robusthet i fagfeltet, samt muligheter til ytterligere spesialisering, tverrfaglig bredde og samarbeid.

Innhold

DELPLAN HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENSTENE

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN.....	36
1.1 OPPDRAGET FRA STYRET.....	36
1.2 OVERORDNEDE FØRINGER.....	36
1.3 FORUTSETNINGER.....	37
1.4 PROSESS OG METODE.....	37
1.5 FØRENDE PREMISER.....	37
2. VIRKSOMHETSBIKLE - NÅSITUASJON (2012/2013).....	39
2.1 AVDELING FOR FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING.....	39
2.2 GRANHEIM LUNGESYKEHUS.....	39
2.3 HABILITERINGSTJENESTENE.....	40
3. FREMTIDIG TJENESTE INNENFOR HABILITERING OG REHABILITERING.....	41
3.1 SCENARIO 1: ALLE ENHETER SAMLES I HOVEDSYKEHUSET.....	41
3.1.1 Fagtilbud og pasientfokus.....	41
3.1.2 Personale og ledelse.....	42
3.1.3 Bygningsmessige forhold.....	42
3.1.4 Økonomiske forhold.....	42
3.1.5 Vurdering av scenario 1.....	42
3.2 SCENARIO 2: DELT LØSNING MED SAMLING AV SPESIALISERTE FUNKSJONER OG SENGEENHETER OG DESENTRALISERTE DAG, POLIKLINISKE OG AMBULANTE TJENESTER.....	43
3.2.1 Fagtilbud og pasientfokus.....	43
3.2.2 Personale og ledelse.....	43
3.2.3 Bygningsmessige forhold.....	43
3.2.4 Økonomiske forhold.....	43
3.2.5 Vurdering av Scenario 2.....	44
3.3 SCENARIO 3: ALLE ENHETER UTENFOR HOVEDSYKEHUSET (VIDEREFØRT LOKALISERING SOM I DAG).....	44
3.3.1 Fagtilbud og pasientfokus.....	44
3.3.2 Personale og ledelse.....	44
3.3.3 Bygningsmessige forhold.....	44
3.3.4 Økonomiske forhold.....	45
3.3.5 Vurdering av scenario 3.....	45
4. KONKLUSJON.....	45

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Oppdraget fra styret

Styresak 060-2012 beskriver at det skal utarbeides en delplan for Habilitering og rehabilitering¹⁷ som del av en helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet. Planen skal ta utgangspunkt i nasjonale og regionale føringer og utarbeides i samsvar med styrets vedtak i sak 054-2012 – Strategisk fokus 2025.

Planen skal skissere ønsket utviklingsretning for innholdet i spesialisthelsetjenestetilbudet inn mot 2025. Framtidig tilbud skal ses i sammenheng med samhandlingsreformen. I planen skal det framgå hva som bør samles, og hva som bør være desentralisert. Sentralt er spørsmålet om lokalisering av framtidig virksomhet innen fagfeltet.

1.2 Overordnede føringer

Strategisk fokus 2025 ligger til grunn for arbeidet, med vedtak om en utviklingsretning mot ett somatisk akuttsykehus i Mjøsområdet. Det er nødvendig å vurdere hvorvidt og hvor stor del av virksomheten innen Habilitering og rehabilitering som bør lokaliseres i det nye hovedsykehuset.

Styresak Helse Sør-Øst 108-2008¹⁸ ligger til grunn for Strategisk fokus 2025. Her beskrives hvordan ulike funksjoner i sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal organiseres for å sikre robuste fagmiljøer og god kvalitet på tjenestene. Sykehusområdene skal utarbeide en områdeplan for habilitering og rehabilitering, hvor status for tjenestene og satsningsområder framover skal fremgå. Oppdraget gjentas i Oppdrag- og bestillingsdokumentet fra Helse Sør-Øst for 2010 ofg2011.

Utviklingsområder for habilitering og rehabilitering beskrives i Styresakene Helse Sør-Øst 044-2010 og 045-2010¹⁹.

Ny forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator beskriver oppgaver og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor fagfeltet²⁰.

Helsedirektoratets rapport om avklaring av ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabilitering beskriver en modell for fordeling av oppgaver og krav til kompetanse²¹

Områdeplan for Habilitering ble vedtatt i 2012²². Denne beskriver utviklingsretning og satsningsområder de nærmeste årene.

¹⁷ Styresak 060-2012 Helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet – utarbeidelse av gjenstående delplaner

¹⁸ Styresak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområder 1 hovedstadsprosessen

¹⁹ Styresak 044-2010 Regionale utviklingsområder – rehabilitering og 045-2010 Regionale utviklingsområder - habilitering

²⁰ Lovdata.no: FOR 2011-12-16, nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

²¹ Helsedirektoratet 2012 Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet !S-1947

²² Styresak 010-2012 Områdeplan Habilitering og rehabilitering

1.3 Forutsetninger

Lokalisering av framtidige tjenester re/habiliteringstjenester skal vurderes ut fra følgende perspektiver:

- Faglig – som kompetanse, utviklingsmuligheter, kapasitet
- Pasientperspektiv – som kvalitet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhetlige pasientforløp
- Personale – som rekruttering, fagmiljø, ledelse, arbeidsmiljø
- Bygningsmessige forhold – som lokalteter, utstyr
- Økonomi – som driftsutgifter, investeringskostnader, aktivitetsfinansiering

1.4 Prosess og metode

Det er etablert en prosjektgruppe som rapporterer til styringsgruppen i "Program SI Omstilling". I prosjektgruppen deltar

- Atle Sørensen, avdelingssjef Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Ian Gustad, assisterende avdelingssjef Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Jan Erik Mæhlum, avdelingssjef Granheim lungesykehus
- Ulv Lassen, avdelingssjef Habiliteringstjenesten i Hedmark
- Wenche Røkke, avdelingssjef Habiliteringstjenesten i Oppland
- Margrete Kamperud, divisjonstillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund
- Ingunn Ullerhaug, divisjonstillitsvalgt for Norsk Psykologforening
- Liv Tone Kveen, divisjonsverneombud
- Trond Hilmersen, leder i Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet
- Astrid Millum, divisjonsdirektør og prosjektleder

Det velges en scenariomodell for vurdering av framtidig lokalisering av tjenestene. Med utviklingsretningen i Strategisk fokus 2025 som førende premiss, er det utformet tre relevante scenarier

1. Alle enheter i Divisjon Habilitering og rehabilitering samles og lokaliseres i det nye akuttsykehuset
2. Delt løsning for alle enheter i divisjonen
 - a. Samles i akuttsykehuset: Senger og komplekse situasjoner med stort behov for andre spesialiteter i nærheten (områdefunksjoner).
 - b. Desentralisert: Eksempelvis ambulante tjenester, polikliniske tjenester, dagaktivitet (lokalsykehusfunksjoner).
3. Videreført lokalisering som i dag: Alle enheter er lokalisert utenfor akuttsykehusene.

Vurderingene innebærer en differensiering av lokalsykehusfunksjoner som kan være desentralisert, og spesialiserte funksjoner som det kan være tjenelig å samle.

1.5 Førende premisser

I tillegg til nevnte styresaker, forskrift og områdeplanen, ligger flere premissgivende dokumenter til grunn for arbeidet. Sentrale dokumenter er nasjonal kols-strategi, nasjonal retningslinje for hjerneslag, veileder for voksenhabilitering, handlingsplan for barn/unge-habilitering, og HSØ veileder for smertebehandling

I tråd med samhandlingsreformens intensjon, skal kommunen utvikle sitt tilbud og overta flere oppgaver. Dette medfører at spesialisthelsetjenestens tjenester skal være mer spesialisert enn de er i dag. Habilitering- og rehabiliteringstjenestene skal konsentrere arbeidet om utredning og kartlegging av komplekse problemstillinger for deretter å overføre informasjon og drive veiledning for videre oppfølging til kommunene. En slik dreining vil medføre kortere innleggelse i divisjonens sengeenheter og mer utstrakt samarbeid med fagpersoner i kommunene rundt den enkelte pasient/bruker.

2. Virksomhetsbilde - nåsituasjon (2012/2013)

Habilitering og rehabilitering er organisert i en egen divisjon i Sykehuset innlandet og har avdelinger og lokalisasjoner både i Hedmark og i Oppland.

2.1 Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering

Avdelingen har totalt 45 senger, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste. De viktigste målgruppene er

- Hjerneslag/hjernesker
- Andre følgetilstander etter skade/sykdom i sentralnervesystemet
- Nevrologiske lidelser
- Arm- og beinamputerte
- Smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet
- Multitraume
- Følgetilstander etter poliomyelitt

Avdelingen har også tilbud om spesialiserte programmer innen blant annet spastisitettsbehandling, CI-terapi og intensiv kognitiv rehabilitering.

Avdelingen har om lag ti ulike faggrupper som samarbeider tett tverrfaglig og sammen med pasienten. Avdelingen er lokalisert på Gjøvik, Ottestad i Stange kommune og Lillehammer.

Avd: Fysikalsk medisin og rehabilitering	Antall	Kommentar
Årsverk	101,2	Fast ansatte, unntatt Raskere tilbake
Antall innleggelser	1010	
Polikliniske konsultasjoner	7307	Inkludert Raskere tilbake
Budsjett	76,7 mill	

2.2 Granheim Lungesykehus

Avdelingen tilbyr spesialisert lungerehabilitering. Avdelingen er en av landets to institusjoner som tilbyr lungerehabilitering på dette nivået som nydelig er bekreftet i Nasjonal faglig retningslinje²³ for kols. Avdelingen har hovedsakelig 4 ukers opphold og poliklinikk.

Mange faggrupper jobber tett tverrfaglig og følger kunnskapsbasert metodikk for fagområdet. Avdelingen er lokalisert i Gausdal kommune.

De viktigste målgruppene er:

- Kols
- Astma
- Allergier

²³ IS-2029 Kols Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. 2012

Avd: Granheim lungesykehus	Antall	Kommentar
Årsverk	37,8	Fast ansatte
Antall innleggelser	493	
Polikliniske konsultasjoner	2210	Inkludert 662 rtg.us og 214 Raskere tilbake
Budsjett	29,8 mill	

2.3 Habiliteringstjenestene

Avdelingene i Oppland og i Hedmark ivaretar parallelle tilbud i hvert sitt fylke til personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Fagfeltet omfatter diagnostikk og funksjonsvurderinger, intensiv spesialisert opplæring, behandling og trening, samt råd og veiledning til kommunale samarbeidspartnere og pårørende.

Tjenestene omfatter om lag ti ulike faggrupper som arbeider tverrfaglig, i tett samarbeid med bruker og pårørende og med kommunene. Tjenestene gis både ambulans og poliklinisk.

Viktige kompetanseområder er utfordrende atferd, seksualitet og samliv, kommunikasjonsproblematikk, autisme og tidlig intervensjon, spastisitetetsbehandling, samt posisjonering og sitteklipp. Habiliteringstjenesten i Hedmark er lokalisert i Ringsaker kommune og Habiliteringstjenesten i Oppland er lokalisert på Lillehammer.

De viktigste målgruppene er:

- Psykisk utviklingshemmede
- Nevrologiske sykdommer
- Alvorlige progredierende sykdommer
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- Sjeldne syndromer

Avd: Habiliteringstjenesten i Hedmark	Antall	Kommentar
Årsverk	40,9	
Antall innleggelser	0	
Polikliniske konsultasjoner	4200	
Budsjett	29,3 mill	

Avd: Habiliteringstjenesten i Oppland	Antall	Kommentar
Årsverk	35,7	
Antall innleggelser	0	
Polikliniske konsultasjoner	1993	
Budsjett	23,9 mill	

Tallene viser at praksis er noe ulik mellom avdelingene. Utredninger innebærer at flere faggrupper gjennomfører sine tester og undersøkelser. Avdelingene har ulike praksis relatert til om dette skjer samlet i løpet av én dag og registreres som en konsultasjon, eller om faggruppene reiser ut til pasienten og gjennomfører dette hver for seg. Da registreres det som flere konsultasjoner.

3. Fremtidig tjeneste innenfor Habilitering og rehabilitering

Oppdraget fra styret er knyttet til utviklingsretning for tjenestene, og i hvilken grad disse bør være samlet eller være lokalisert desentralisert i et 2025-perspektiv når Sykehuset Innlandet har bygget et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Tre scenarioer er vurdert opp mot fag, pasientperspektiv, personalperspektiv, bygningsmessige forhold og økonomi.

Vurderingene er gjort med utgangspunkt i et tidspunkt hvor tjenestene er lokalisert der de skal være, og tjenestene er i ordinær drift. Tidspunktet for situasjonsvurderingen er tidfestet til *etter* at eventuelle flytteprosesser er gjennomført. Eventuell flytting vil sannsynligvis medføre en periode med mindre effektiv drift og samkjøringsutfordringer. Vurderingen av scenarioene tar utgangspunkt i at eventuelle oppstartsvansker i nye lokaler og endringsuro rundt flytteprosess har lagt seg, og at tjenestene er i stabil drift.

3.1 Scenario 1: Alle enheter samles i hovedsykehuset

3.1.1 Fagtilbud og pasientfokus

En samling av alle tjenestene vil gjøre små og sårbare fagmiljø større og mer robuste, noe som er viktig for å opprettholde fagfeltets egenart og virksomhet. Rekruttering kan bli enklere og muligheter for spesialisering vil øke med større fagmiljøer. Dette forsterker evnen til å påta seg regionale oppgaver og fagfeltet blir mer synlig både internt i Sykehuset Innlandet og mot eksterne samarbeidspartnere.

Kompetansebredden blir større når flere fagpersoner med sine spesialfelt er samlet, og dette utvider muligheten for tverrfaglighet, å dele kompetanse internt samt tverrfaglig forskning.

Samling med øvrige fagområder vil bety at man unngår avstander ved overflytting mellom enheter internt i Sykehuset Innlandet. Pasientene vil oppleve at det er "én dør inn" til spesialisthelsetjenesten. Det vil være enklere å få til kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet, samt gi likeverdige tilbud og god kvalitet til alle. Integrering og sømløse overganger mellom akuttbehandling og re/habilitering blir enklere og pasienter med dårligere almenntilstand vil ha kortere vei til akuttberedskap. Tjenestene vil være nært for den største delen av innbyggerne i Innlandet, noe som er viktig for samarbeidet med pårørende og aktuelle kommuner. Pasienter og brukere vil kunne benytte pasienthotell i forbindelse med dagtilbud og polikliniske konsultasjoner.

Å flytte fagmiljøer er ikke enkelt, og det kan være en fare for at kompetanse forsvinner og samarbeidsrelasjoner fragmenteres. Fagfeltet kan tape i kampen om ressursene slik at funksjonshemmede og kronisk syke personer ikke får det tilbudet de har krav på. Flere av avdelingene har i dag et geografisk avgrenset nedslagsfelt, og samling vil bety lengre avstander for en del pasienter og for ambulante konsultasjoner. Hovedsykehuset vil være stort, og pasientene kan ha vanskeligheter med å finne fram, og kan føle seg fremmedgjort i store bygninger.

3.1.2 Personale og ledelse

Samling til et større og mer robust fagmiljø vil sannsynligvis være attraktivt og virke rekrutterende, hvor potensielle medarbeidere får mulighet til egen kompetanseutvikling, enklere kompetansedeling og interne hospiteringsmuligheter i et stimulerende fagmiljø. Samling skaper mangfold og bidrar til å gi intern styrke. Det er enklere å lede og forankre beslutninger i samlede fagmiljøer, kommunikasjonskanalene forenkles, og det blir større mulighet for skape fellesskapsfølelse internt i helseforetaket, divisjonen og fagfeltet. Korte avstander bidrar til å øke uformelt samarbeid. Man blir bedre kjent med flere og kan enklere løse oppgaver sammen. Det er muligheter for mer fleksibel og effektiv bruk av ledere og støttefunksjoner. Medarbeidere i Habilitering og rehabilitering vil ha tilgang til felleslokalteter og servicefunksjoner på lik linje med øvrige medarbeidere i Sykehuset Innlandet.

Noen medarbeidere vil imidlertid få lengre arbeidsvei, og rekruttering av medarbeidere som vektlegger arbeidsvei framfor et spesialisert fagmiljø kan bli en utfordring. Som følge av flytting kan det oppstå kulturkollisjon med motsetninger og konflikter internt, og pasientfokuset kan bli midlertidig svekket. Store miljøer kan være uoversiktlige og byråkratiske og kan gi grobunn for subkulturer. En risiko er at arbeidsmiljøet vil lide og samarbeidsevnen svekkes.

3.1.3 Bygningsmessige forhold

Samling i nytt hovedsykehus vil gi tjenestene tidsriktige lokaler og muligheter for godt tilrettelagte uteområder som er tilrettelagt for fremtidens tjenester. Nytt og tidsriktig utstyr vil være inkludert og intern logistikk være hensyntatt gjennom god planlegging av lokalene. Dagens lokaler er gamle, lite hensiktsmessige og har store vedlikeholdsbehov.

Det kan være en risiko at hovedsykehuset blir bygget for lite, at habilitering – og rehabiliteringstjenestene får dårligere forhold enn i dag. Dersom det planlegges med omfattende sambruk av felleslokalteter, kan logistikken rundt slik sambruk bli en utfordring. Det kan også bli lange avstander internt i bygget til aktuelle felleslokalteter, noe som reduserer effektivitet og fleksibilitet. Uro og støy fra alarmer og ambulanser kan virke forstyrrende og skape utrygghet for pasienter og brukere.

3.1.4 Økonomiske forhold

Nye lokaliteter som er etablert etter tidsriktige energiprinsipper vil forventes å være økonomiske og billigere i drift. Kostbare leide lokaler kan avvikles. Samling av fagmiljøene kan øke fleksibilitet og effektiv ressursutnyttelse. Utnyttelse av stordriftsfordeler innen servicetjenester vil kunne redusere driftskostnader. Med nytt bygg og nytt utstyr vil vedlikehold og nyanskaffelser bli lite kostbart de første årene. Transportutgifter mellom enheter internt kan reduseres. Dersom samling til mer spesialiserte fagmiljøer og høyere kompetanse medfører regionale oppgaver for virksomheten og pasienter fra andre sykehusområder, vil gjestepasientinntektene til foretaket øke.

Imidlertid medfører store nybygg høye lånekostnader som kan medføre reduksjon av driftsbudsjettet. Det er en fare for at re/habilitering blir nedprioritert i forhold til andre fagområder.

3.1.5 Vurdering av scenario 1

Samling av re/habiliteringstjenestene i nytt hovedsykehus vil samling av fagmiljøene til større og mer robuste enheter. Dette vil trolig gi store fordeler og muligheter innenfor områder som behandlingsskvalitet, pasientforløp, personalmessige forhold, lokaliteter og økonomi. Ved å være forberedt på relevante risikoområder innenfor arbeidsmiljø og konflikter internt, er dette et godt alternativ for framtidige habiliterings- og rehabiliteringstjenester i Sykehuset innlandet.

3.2 Scenario 2: Delt løsning med samling av spesialiserte funksjoner og sengeenheter og desentraliserte dag, polikliniske og ambulante tjenester

3.2.1 Fagtilbud og pasientfokus

En delt løsning for alle avdelinger vil gi mulighet for oppgavefordeling og spissing med en mulig rendyrking av arbeidsform innenfor hver enkelt lokalisasjon. Bevaring av desentraliserte enheter gir nærhet og enkel geografisk tilgjengelighet for de pasientene som bor i nærområdet og tilbudet synliggjøres lokalt. Tjenesten synes trygg, oversiktlig og lite sykehuspreget. Samarbeidet med nærliggende kommuner opprettholdes. Internt samarbeid kan være enklere i små fagmiljøer.

Det er imidlertid lite hensiktsmessig å dele tjenestene i fagfeltet. Disse er små og sårbare. Tjenestene kan bli fragmenterte og ha mindre mulighet for på en helhetlig måte å ivareta komplekse og sammensatte problemstillinger hos pasientene. Samhandling med øvrige interne enheter kan bli vanskeligere og pasientforløpet mer oppstykket. Muligheter for at fagutvikling og kvaliteten svekkes vil være en utfordring i mindre fagmiljøer. Dette kan gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde dyktige fagpersoner som er opptatt av faglig bredde, samarbeid på tvers og kompetanseutviklingsmuligheter. Pasienter og brukere vil ikke oppleve "én dør inn", og det kan oppstå utrygghet og forvirring om oppmøtested.

3.2.2 Personale og ledelse

En del fagpersoner vil ha gangavstand til jobb. Fagpersoner kan ha muligheter til å veksle mellom perioder med arbeidsplass inne i hovedsykehuset og ute i desentralisert enhet. Det kan være mulighet for større individuell brukermedvirkning og tryggheten for den enkelte pasient kan øke i mindre lokaliteter. Det er mulighet for, til en viss grad, å kompensere geografisk avstand med telemedisinsk samhandling.

Små enheter er ressurskrevende å drive og å lede. Samarbeid og kommunikasjon over geografiske avstander er vanskeligere enn i samlet enhet, og det er større fare for kommunikasjonssvikt. Fagpersoner i desentralisert enhet kan oppleve avstand og manglende fellesskap med sentral enhet. Ledere vil miste den fleksibilitet som ligger i en samlet enhet og ikke ha samme mulighet for fellesskap med alle sine medarbeidere, noe som kan oppleves krevende og demotiverende.

3.2.3 Bygningsmessige forhold

Deler av tjenestene vil være lokalisert utenfor hovedsykehuset og gir muligheter for å bygge et mindre hovedsykehus.

For øvrig har tjenestene uhensiktsmessige og lite tidsriktige lokaler i dag, og de som skal lokaliseres desentralisert vil fortsatt drive tjenestene i lite hensiktsmessige lokaler. Den faglige tjenesten og servicetjenestene må håndtere på flere lokalisasjoner, noe som er lite effektivt og gir liten fleksibilitet.

3.2.4 Økonomiske forhold

Dersom det blir bygget et mindre hovedsykehus, vil investeringskostnadene være mindre. Imidlertid vil drift på flere lokalisasjoner og med flere små fagenheter, være kostnadskrevende. Med høye lånekostnader på grunn av nytt hovedsykehus, er det fare for at vedlikeholdsmidler til andre lokaliteter reduseres.

3.2.5 Vurdering av Scenario 2

Deling av samtlige enheter i Divisjon Habilitering og rehabilitering synes lite hensiktsmessig. Det vil sannsynligvis føre til små faglige enheter, sårbare fagmiljøer, mindre spesialiserte tjenester og svekket rekruttering.

3.3 Scenario 3: Alle enheter utenfor hovedsykehuset (videreført lokalisering som i dag)

3.3.1 Fagtilbud og pasientfokus

Videreføring av dagens lokalisering medfører at etablert og godt innarbeidet fagmiljø og samarbeidsformer kan bli opprettholdt internt i tjenestene og mot kommunene og pårørende. Kontinuitet og helhet inkludert ambulante tjenester kan opprettholdes. Re/habiliteringsperspektivet kan opprettholdes og rendyrkes, og tjenestene er godt synliggjort eksternt i egne oversiktlige lokaler. De enkelte enheter kan spesialisere seg innenfor egen drift og funksjonsfordeling kan videreføres.

Små fagmiljøer vil fortsatt være sårbare, og det antas at rekrutteringsutfordringene vil øke i et 2025-perspektiv. Det blir lang avstand til andre spesialiteter, utredningsmulighetene svekkes og pasientene må reise for å få gjort nødvendige undersøkelser ved hovedsykehuset. Fagmiljøene blir mindre, noe som vil svekke kompetanseutvikling- og spesialiseringsmuligheter. Det blir vanskeligere å gi god nærhet og kontinuitet til pasienter som overføres fra akuttavdelinger, eller starte re/habilitering i en tidligere fase etter skaden. Når øvrige fagmiljøer i Sykehuset Innlandet samles, er det sannsynlig at små enheter kan tape i kampen om kompetansepersonell. Det er fare for at tjenestene fortsatt vil være ulike og at visjonen om likeverdige tjenester til alle ikke kommer nærmere. Flere enheter medfører noe dobbeltarbeid, begrenset fleksibilitet og lavere effektivitet, noe som blir viktig i tider med begrensede ressurser og tilgang på fagpersonell.

3.3.2 Personale og ledelse

Mange av dagens medarbeidere vil opprettholde samme reisevei til arbeidsplassen dersom virksomheten forblir i samme lokaler som i dag. Arbeidsmiljøet kan opprettholdes og lokalkunnskapen til kommunene videreføres i enheten. Tilhørigheten til enheten forblir sterk, og mye uformell kontakt internt kan videreføres. En avgrenset geografisk enhet er oversiktig for stedlig leder.

Ved å opprettholde lokale enheter, går man glipp av mulighet for stordriftsfordeler som vakt samarbeid og samordning for ulike servicetjenester. Det er en risiko for faglig og arbeidsmiljømessig isolasjon, og fellesskapsfølelsen til Sykehuset Innlandet kan svekkes. Fordeling på flere enheter gir mindre fleksibilitet med hensyn til ressursforvaltning, kan svekke utviklingsmuligheter på sikt og gi usikkerhet for driften.

3.3.3 Bygningsmessige forhold

Når hovedsykehuset er bygget, flyttes virksomheten i sykehuslokalene på Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum dit. Disse lokalitetene kan da være aktuelle for re/habiliteringstjenestene. Standarden på disse lokalene er også variabel, men sannsynligvis bedre enn dagens lokaler for re/habiliteringstjenestene. Dersom det avsettes investeringsmidler til å utbedre disse desentraliserte

lokalene, kan de utformes tidsriktig og hensiktsmessig. Dersom enhetene forblir der de er lokalisert i dag, har flere enheter tomteareal til eventuell utbygging.

Etter bygging av hovedsykehus, er det imidlertid lite sannsynlig at store ressurser blir prioritert til utbedring og utbygging av gamle og fraflyttede sykehuslokaler. Uten betydelig utbedringer vil ikke lokaler og utstyr kunne møte de krav som stilles til virksomheten i et framtidsperspektiv.

3.3.4 Økonomiske forhold

Imidlertid vil det bli behov for noe mer transport av pasienter til hovedsykehuset for nødvendige utredninger og undersøkelser, så den økonomiske gevinsten ved scenarioet er usikker. Det er dyrt å opprettholde drift i små enheter både hva gjelder lokaler og ressursutnyttelse av fagpersonell. Slik befolkningsutviklingen er i Innlandet sammenliknet med hovedstadsområdet, er det fare for at den økonomiske situasjonen kan bli enda mer krevende i fremtiden. Det kan bli vanskeligere å prioritere små enheter som er dyre i drift. Mest mulig driftseffektive enheter må etableres for å optimalisere tilbudet.

3.3.5 Vurdering av scenario 3

Videreføring av dagens enheter i egne lokaler betyr at man unngår ulempene med å være samlokalisert med øvrige spesialisthelsetjenester. Det kan bidra til at tjenesten utad blir mer synlig som eget fagfelt.

Videreføring av dagens lokalisering vil også medføre krav til endringer både faglig, personalmessig og økonomisk. Flytting fra dagens lokaler til fraflyttede sykehuslokalisasjoner er sannsynlig. Det vil trolig ikke være stort nok økonomisk handlingsrom til å prioritere å sette i stand og drive små enheter på en tidsriktig og robust måte.

Fortsatt aktivitet i desentraliserte lokaler vil trolig på sikt også kreve store endringer, noe som gjør at fordelene ved dagens enheter reduseres.

4. Konklusjon

Framover mot 2025 og i flere tiår etter den tid, vil store endringer i samfunnet stille krav til vesentlige endringer i re/habiliteringstjenestene. Samling til store fagmiljøer og store investeringer til hovedsykehus vil trolig medføre at re/habiliteringstjenestene ikke blir videreført på samme måte som i dag.

Krav til kompetanse, rekruttering, spesialisering og samarbeid tilsier at hele Divisjon Rehabilitering og rehabilitering bør samle sine tjenester i hovedsykehuset. Dette gir sannsynligvis best mulighet for å yte likeverdige og kvalitativt gode og spesialiserte tjenester til pasienter og brukere.

Det er en forutsetning at rehabilitering og rehabilitering videreføres i en samlet organisatorisk struktur i Sykehuset Innlandet.. En organisatorisk og fysisk samling i hovedsykehuset vil gi styrke og robusthet til fagfeltet, samt muligheter til ytterligere spesialisering, tverrfaglig bredde og samarbeid.

Kapittel 3



Delplan Prehospitale tjenester

Sammendrag

De prehospitale tjenestene i Sykehuset Innlandet består av Pasientreiser, AMK-sentralen og ambulansetjenesten.

Prehospitale tjenester er til stede for hele befolkningen i Innlandet og satser i perioden frem mot 2025 på en rekke områder for utvikling:

Det største potensialet for å gi befolkningen et styrket tilbud er samling av sykehusfunksjoner. Dette vil lette AMK sin logistikk i forhold til hvor pasientene skal transporteres og transporter mellom sykehusene bortfaller. Den akuttmedisinske beredskapen i byer som Hamar, Elverum, Gjøvik og Lillehammer må ivaretas, og dette gjøres i stor grad av reduksjon av transporter mellom sykehusene i Innlandet og til Oslo-sykehusene ved en større selvdekningsgrad i Sykehuset Innlandet.

Gode observasjoner av kompetent personell med muligheter for overføring av registrerte medisinske data fra ambulanse til sykehusets fagmiljøer og lokale legevakter, muliggjør økt pasientsikkerhet.

Elementer i dette er;

- bedret faglig dialog mellom prehospitalt miljø og sykehus / legevakt som vil danne grunnlag for at akutt sykehuset skal være best mulig forberedt til å ta i mot kritisk syke pasienter med riktig ressursinnsats.
- etablering av muligheter for at innsatspersonell med spesialkompetanse kan komme transporter med alvorlig syke / skadde i møte
- innføring av blodprøvetakning prehospitalt ("pasientnær diagnostikk")

For fremtiden ønsker man også å få vurdert grunnlaget for en luftambulans-base knyttet til det nye sykehuset for å dekke områder som i dag er bosatt lengst unna et akutt sykehus. En luftambulans vil også ta unna noen av transportene på vei.

Med ett, felles sykehus i Mjøsområdet vil akuttberedskapen bli bedre i hele Innlandet, og prehospitale tjenester kan rette all trafikken inn mot ett akutt mottak. I dag bruker prehospitale tjenester betydelige ressurser på å frakte pasienter mellom de ulike sykehusene og ut av opptaksområdet til Sykehuset Innlandet. I fremtiden vil det kunne brukes mer krefter der pasientene har behov for transport.

Moderne ambulanser driver både behandling og transport. Prehospital tjenester gjennomfører nå en betydelig satsing på videreutdanning av prehospitalt personell som innebærer at pasienter i fremtiden vil kunne få kvalifisert behandling raskere.

Det vil i årene som kommer være store muligheter for å utvikle de prehospitale tjenestene faglig - gjennom nytt medisinsk utstyr som muliggjør direkte kommunikasjon og overføring av observerte og registrerte pasientdata til sykehusene. Dette vil også bidra til at pasienter i fremtiden vil kunne få kvalifisert behandling raskere.

Frem mot 2025 vil man tidligere i behandlingskjeden få et bedre beslutningsgrunnlag for hva som skal skje med pasienten, blant annet hvor og til hvilket behandlingsnivå pasienten skal transporteres.

Innhold

DELPLAN PREHOSPITALE TJENESTER

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN	49
1.1 OPPDRAGET FRA STYRET.....	49
1.2 FØRUTSETNINGER.....	50
1.3 PROSESS OG METODE	50
1.4 FØRENDE PREMISSER.....	50
2. VIRKSOMHETSBIKLE - NÅSITUASJON (2012/2013).....	52
3. FREMTIDIG PREHOSPITALE TJENESTER	53
3.1 FORVENTET MEDISINSK UTVIKLING/PREHOSPITAL PASIENTBEHANDLING	53
3.2 FORVENTET UTVIKLING MEDISINSK NØDMELDETJENESTE	54
3.3 FORVENTET UTVIKLING PASIENTREISER	55
3.4 ORGANISERING AV PREHOSPITAL AKUTTMEDISINSK TILBUD	55
3.5 PERSONELL/KOMPETANSE	56
3.6 SAMARBEID OG SAMHANDLING	57
3.7 IKT – MEDISINSK TEKNISK UTSTYR – TELEMEDISIN	57
3.8 AKTIVITET	57
3.9 ØKONOMI.....	57

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Oppdraget fra styret

Dette dokumentet er en del av den samlede utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet HF i forbindelse med oppfølging av Styrets vedtak i sak nr 054-2012 om Strategisk fokus 2025 – Fremtidig utviklingsretning for spesialisthelsetjenesten i Sykehuset Innlandet, konkretisert i styresak 060-2012 Helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet - utarbeidelse av gjenstående delplaner.

Oppdraget for arbeidet fremkommer av styresaken:

"Delplan – Prehospitale tjenester

Styrking av prehospitale tjenester vil være et viktig avbøtende tiltak for å kompensere for lengre reiseavstand ved samling til ett akutt sykehus i Mjøsregionen. Delplanen skal beskrive ønsket utviklingsretning inn mot 2025 med dette om utgangspunkt. Tjenesten må også beskrive utviklingsretning for prehospitale tjenester ut fra dagens sykehusstruktur i Mjøsregionen.

Delplanen vil omfatte følgende områder:

Nødmeldetjenesten

Ambulansetjenesten (på land og i luft)

Pasienttransport

Planen skal omhandle lokalisering, dimensjonering og faglig innhold/utvikling i tjenestene. Det legges til grunn to scenarier for utviklingen av ambulansetjenesten, hvor det ene scenariet skal ta utgangspunkt i en styrking av luftambulansen i innlandet, mens det andre scenariet skal bygge på dagens dimensjonering/lokalisering av luftambulansetjenesten.

Delplanen forutsettes kostnadsvurdert."

Dette er konkretisert i mandat for arbeidet internt i divisjonen:

"Oppdraget tilsier at de interne arbeidsgruppene beskriver følgende i tråd med føringer i styresak 060-2012 og i IS1369:

- Status – dagens situasjon
- Forventet utvikling
- Dagens aktivitet – omfang
- Forventet aktivitetsendring.
- Dimensjonering og lokalisering
- Kostnadsvurdering (estimat)
- Arbeidsgruppenes delrapporter bør begrenses til 5 sider.

Detaljer og avklaringer knyttet til mandatet avklares med divisjonsdirektør.

1.2 Forutsetninger

Divisjon Prehospitale tjenester har gjennom de innledende prosessene støttet ideen om ett hovedsykehus for Innlandet i Mjøsområdet. Dette bygger på erfaringer med dagens struktur / organisering. Divisjonens utviklingsplan vil være preget av dette.

Med et sentralisert hovedsykehus med akutfunksjoner, vil det akuttmedisinske prehospitale tilbudet måtte kunne kompensere for lengre avstand / reisetid i form av kapasitet og kompetanse. Pasientreiser vil også få økt produksjon, men her vil blant annet infrastruktur, rekvisisjonspraksis, lover og forskrifter, IKT-løsninger og tilbud innen kollektiv-transport ha betydning.

1.3 Prosess og metode

For arbeidet med utviklingsplanen ble det nedsatt arbeidsgrupper med representanter fra de ulike avdelingene.

Arbeidsgrupper:

- Utvikling av prehospital medisin (Geir Kristoffersen)
- Nødmeldetjenesten (Avdelingssjef Arne Stokke)
- Ambulansetjenesten (Avdelingssjef Odleif Bakken)
- Pasienttransport (Avdelingssjef Odd L. Sunde / Avdelingssjef Borghild Hammer)
- Koordinerende arbeidsgruppe (Geir Kristoffersen)
- Beskrivelsen presenteres som "Visjon for Prehospitale tjenester" i 2025"

Ansvarlig:

Divisjonsdirektør Geir Kristoffersen

1.4 Førende premisser

Utviklingsplanen for Prehospitale tjenester er tuftet på den kontekst og mulig utvikling man kjenner til i 2013. Svært mange variabler vil kunne påvirke utviklingen og dermed kostnadene for prehospitale tjenester.

De mest sentrale her er endringer i rammeforutsetninger fra sentrale myndigheter i form av endrede myndighetskrav / føringer, og en annen og mer sentralisert organisering av prehospitale tjenestetilbud. Her nevnes:

Pasientreiser:

- Økt grad av rettighetsstyring vil påvirke behov / volum (prioriteringer, ventetider, responstider, brukermedvirkning)
- Elektroniske løsninger, forenkling regelverk (sjablong-oppgjør), pasientrettigheter og behandleres rekvisisjonspraksis.

AMK- Ambulansetjeneste

Følgende kan være med på å påvirke ambulansebehov og evt annen dreining av behov prehospitalt:

- Større / sentraliserte AMK-sentraler / felles nødnummer.

- Sentraliserte legevakter med for dårlig bakvaksdeknning.
- Utvikling av rekruttering til legevakter (slik som aldersgrense for fritak fra legevakter, kun bruk av vikarer i stedet for fastleger fra egen kommune / egne kommuner mv)
- Samhandlingsreformens effekt (den akuttmedisinske kjede, ø.-hjelpestilbud, utviklingen av volum innen sykehusbehandling vs. kommunalt tilbud / LMS tilbud fram i tid)

Andre effekter man kan se for seg er:

- Befolkningsframskrivninger (SSB) antyder avfolkning av "bygde-Norge", og påvirkning av alderssammensetning i retning av flere eldre i forhold til yngre, særlig utenom byene. Dette vil påvirke mulig behov for ambulansetjenester og pasient-transport desentralt i form av volum, mens avstand tilsier at tilbud ikke kan fjernes helt bl.a. pga avstander.
- Begrenset tilbud innen kollektiv transport forventes å øke desentralt. For Sykehuset Innlandet vil det være av stor betydning at kollektiv-tilbudet sentralt styrkes betydelig i retning av nytt hovedsykehus. Dette vil lette pasientlogistikk inn til og ut fra sykehuset, og med det også redusere kostnadsvekst til Pasientreiser betydelig (Jfr også arbeidsreiser for ansatte i lys av rekruttering, begrense trafikale utfordringer og styrking av miljøprofil).

Luftambulansebase

I føringene for arbeidet er det fra Styrets side lagt inn at det skal vurderes et tilbud med og uten luftambulansebase ved hovedsykehuset. Under arbeidets gang tydeliggjøres det at det faglig og logistisk vil være svært uhensiktsmessig å ikke etablere en luftambulansebase ved hovedsykehuset. En base vil kunne gi faglige akuttmedisinske synergieffekter lokalt og styrke tilbudet desentralisert uten å øke antall ambulanser ved at luftambulansen henter kritisk dårlige pasienter. Det er derfor lagt til grunn at det vurderes å etablere en ambulansebase ved hovedsykehuset som også vil dekke de områdene fra Mjøsområdet og østover som i dag er beskrevet med lang flytid fra eksisterende baser.

Psykisk helsevern

Plassering av det psykiatrisk spesialiserte sykehustilbudet er ikke konkludert. For å kunne etablere et bedre og spesialisert transport-tilbud for psykiatriske pasienter med behov for ambulanse, vil dette være enklere å realisere med en plassering av det spesialiserte psykiatriske sykehuset sammen med det somatiske hovedsykehuset.

2. Virksomhetsbilde - nåsituasjon (2012/2013)

Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet HF består i 2013 av Pasientreiser, AMK-sentralen og ambulansetjenesten.

De to pasientreiseavdelingene i Moelv ivaretar:

1. Organiseringen av pasientreiser for befolkningen i Innlandet som skal ha behandling i spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste ("direktoppgjør").
2. Saksbehandling i Helse Sør-Øst – området for pasienter som skal ha refusjon for sine utlegg til pasientreiser ("enkeltoppgjør").

Innenfor akuttmedisin utenfor sykehus og nødmeldetjenesten ivaretas av to avdelinger; ambulansesavdelingen og AMK-Innlandet. Begge avdelingene er blant de største i nasjonal sammenheng.

Dagens organisering reflekterer dagens sykehusstruktur. Gjennom det siste tiåret har det likevel vært en utvikling i divisjonen til i større grad å samle tjenesteutviklingen, der det har vært hensiktsmessig for å ivareta samfunnets forventninger. Eksempler på dette er etableringen av et samlet pasientreisekontor, felles AMK-sentral for Innlandet og en samling av driften av ambulansetjenesten under én felles ledelse i regi av Sykehuset Innlandet. Dette innebærer at divisjonens organisering av tjenestene også er forberedt for innpassing i en ny struktur av sykehusene i Innlandet til ett felles hovedsykehus.

Dagens organisering med fire sykehus relativt nært hverandre i Mjøsområdet, med varierende grad av funksjonsfordeling og spesialisering, skaper utfordringer for prehospitale tjenester i form av fordeling av akutt pasienter og mye transport mellom sykehusene. Ambulansetilbud vil alltid måtte være plassert desentralisert. En forlenget avstand til et sentralisert akutt sykehus med et samlet faglig tilbud, vurderes ikke kritisk om man foretar nødvendig tiltak som ivaretar endret kapasitetsbehov og transporttid og tiltak for å ivareta kompetanse i tjenestene. En noe forlenget transporttid for tjenestene i distriktene tåles da de har relativt lav aktivitetsgrad i utgangspunktet, mens dagens by-/sykehusbaserte tjenester som er hardt belastet før, vil få mye mindre Oslo- kjøring og trafikk mellom dagens sykehus. Dette vil i stor grad kunne kompensere for den økte avstanden til hovedsykehuset.

Med bakgrunn i det prehospitale miljøets oppfatning ved å støtte modellen med hovedsykehus, avgrenses utviklingsplanen i tråd med det. Alternativet å videreføre dagens modell vil by på de samme utfordringene vi har i dag med økende styrke, og med et betydelig økt behov for transport for både akutte og planlagte tilstander til de større sykehusene i Oslo-området og Trondheim for å ivareta befolkningens forventninger til spesialisert tjenestetilbud. Dette vil medføre lengre transporter som både faglig og økonomisk vil være krevende.

3. Fremtidig prehospitale tjenester

Dette kapittelet gir et sammendrag av hovedtrekkene fra utviklingsplanene for områdene

1. Medisinsk utvikling og kompetanse
2. Medisinsk nødmeldetjeneste og AMK-Innlandet
3. Ambulansetjenesten
4. Pasientreiser

3.1 Forventet medisinsk utvikling/prehospital pasientbehandling

I perioden ser man ikke for seg radikale endringer av hva som er mulig å gjøre behandlingsmessig prehospitalt. Det største potensialet for å gi befolkningen et styrket tilbud er:

- Gode observasjoner med muligheter for overføring av registrerte medisinske data til sykehusets akuttmottak
- innføring av blodprøvetakning prehospitalt ("pasientnær diagnostikk"),
- bedre kommunikasjon mellom prehospitalt miljø og sykehus,
- etablering av muligheter for at innsatspersonell med spesialkompetanse kan komme transporter med alvorlig syke / skadde i møte.

Dette vil også danne grunnlag for at akutt sykehuset skal være best mulig forberedt til å ta i mot kritisk syke pasienter med riktig ressursinnsats. Frem mot 2025 vil man tidligere i behandlingsskjeden få et bedre beslutningsgrunnlag for hva som skal skje med pasienten, blant annet hvor og til hvilket behandlingsnivå pasienten skal transporteres.

Tjenesten vil utføres ut fra nærmere definerte krav til bemanning, kompetanse og utstyr, og innenfor et ansvarlig ressursbruk. Det må forventes en fortsatt aktivitetsvekst som følge av befolkningenes forventninger om det "beste tilbudet". Tjenesten vil bli målt ut fra nasjonale kvalitetsindikatorer. Utvikling av medisinteknisk utstyr og gode muligheter for data og bilde-overføring vil medføre at flere behandlingssløp starter i ambulansen etter at legene på sykehuset har analysert oversendte bilder og data om pasienten. Dette vil kreve god kompetanse hos ansatte og ensartet behandling basert på eget prosedyreverk. Krav til god dokumentasjon ved behandling iverksatt prehospitalt vil skje digitalt og bli overført elektronisk til mottagende avdeling.

Samarbeidet med lokal legevakt og andre tjenester representerer tryggheten ved akuttmedisinske hendelser i lokalmiljøet. Sentralisering av legevakter fører til at ambulanspersonellet i større grad må håndtere akutte hendelser i hjemmet enn før, men de store legevaktene må forventes å ha bedre kompetanse og mer avansert utstyr for behandling og stabilisering før videre transport.

Luftambulansetjenesten vil utbygges og dimensjoneres slik at denne i større grad vil være deltakende initialt i de akutte hendelsene.

Behovet for bedre kompetanse blant ambulanspersonell har gjennom de senere år økt i takt med den medisinske utvikling og de behandlingstiltak som forventes igangsatt utenfor sykehus. Grunnutdanningen av ambulanspersonell vil bli en høyskoleutdanning med muligheter for spesialisering innen akuttmedisin. Dette vil medføre krav om annen avlønning og derved økte lønnsutgifter.

Krav om god kompetanse og en desentralisert tjeneste som vi har i Sykehuset Innlandet medfører at det blir utfordrende å opprettholde nødvendig kompetanse i de tjenestene som er plassert desentralisert, hvor innbyggertallet er lavt og mulighetene for å oppnå bred klinisk praksis blir noe begrenset.

Det må bli en sentral strategi for Sykehuset Innlandet å sikre rekruttering, utdanning og kvalitetsutvikling innenfor de prehospitale tjenester.

I perioden mot 2025 skal virksomheten sette fokus på:

- Kompetanseutvikling som gir tjenestene mulighet til å løse de oppgaver som forventes ivaretatt
- Dimensjonering av luft- og bilambulansetjenesten for å utvikle et robust og mest mulig likeverdig tilbud til befolkningen.
- Være i front i forhold til å ta i bruk ny medisinsk teknologi til bruk for ambulansetjenesten.
- Styrke samarbeidet med kommunene for å utvikle det akuttmedisinske tilbudet lokalt.
- Videreføre eksisterende vaktordninger og forbedre arbeidsmiljømessige forhold som sikrer god rekruttering
- Ivaretagelse og oppfølging av medisinsk faglig systemansvar

3.2 Forventet utvikling medisinsk nødmeldetjeneste

AMK-Innlandet er en av landets største sentraler målt i areal som dekkes, antall henvendelser og antall ambulanser til rådighet.

AMK-funksjonen står foran utfordringer og endringer i forbindelse med:

1. Nytt nødnett
2. Forslag om ett nødnummer, reduisering av antall sentraler/ evt samlokalisering
3. Endringer i sykehusstruktur, økte forventninger i samfunnet i form av bl.a prehospital responstid,
4. Teknologisk utvikling

Noen av utviklingstrekkene vil medføre en forenkling av håndtering, andre vil kunne føre til behov kompenserende tiltak for å ivareta befolkningens behov for akuttmedisinske tjenester. Dette forutsetter at utviklingen følges opp løpende innenfor aktivitet, responstider, bemanningens omfang og kompetansenivå mv.

Nødmeldetjenestens behov for samarbeid må understøttes av IKT-systemer med tilstrekkelig funksjonalitet for også å kunne bistå hverandre på tvers og se hverandres ressurser. Et slikt arbeid er påstartet og må gis høy prioritet. Samhandling mellom AMK, legevakt, fastleger, akuttmottak i sykehus, akutt-tilbud kommunalt, mv har i seg mange utfordringer, men også et stort potensial til beste for befolkningen.

3.3 Forventet utvikling pasientreiser

Innenfor pasientreiseområdet vil det særlig være pasientens rettigheter regulert gjennom lover og forskrifter som vil påvirke utvikling og kostnader på pasientreise-området, samt prisutvikling knyttet til KPI (konsumprisindeks), maksimalprisforskrift og nye tilbud. Kunnskapen vi har i dag tilsier at pasientens rettigheter ikke vil svekkes.

Med økt antall innbyggere, økt gjennomsnittsalder, økning i livsstilssykdommer kombinert med helsevesenets evne og kompetanse til å diagnostisere og behandle, vil antall pasientbehandlinger øke. Disse forholdene sammen med endring i organisering av helsetjenestene vil påvirke bruk av pasientreiser. Antall, omfang, lengde og mulighet for samordning av reiser vil være avgjørende for ressursbruk. Antall pasientreiser vil øke, både på generell basis og for tilrettelagte reiser spesielt.

3.4 Organisering av prehospital akuttmedisinsk tilbud

Det vil være et behov for større differensiering i transporttilbud. Dette muliggjøres bedre ved samling til ett hovedsykehus.

Etablering av en luftambulansebase

Legges til grunn som en forutsetning ved etablering av ett hovedsykehus for å kunne kompensere for lengre avstand til akuttstasjon-tilbud. Luftambulansebase legges i tilknytning til hovedsykehuset. Legeressurs kan brukes i akuttambulanse (evt. i kombinasjon med utrykningsteam ved hovedsykehuset.)

Akuttambulanse

I tråd med ambulanseplan og videreutvikling av denne ut fra aktivitetsutvikling og kompetansekrav

Akuttmedisinsk lege / "luftambulanselege uten helikopter"

Det bør vurderes å ha leger med akuttmedisinsk kompetanse i vakt ved desentralt sykehus med eventuelt kun elektiv virksomhet og med lang avstand til sykehus med akuttfunksjoner, for å bistå med stabiliserende behandling / forberedelse og bistand ved transport..

"Singel-paramedic"

Utryknings-bil /- ambulanse med spesielt kvalifisert personell

Utrykningsbil med lege (bakvakt / kjørevakt ved legevakt).

Eventuelt i kombinasjon med Singel-paramedic

Ved legevakter / i samarbeid med kommunehelsetjeneste

Spesialisert ambulanser

Behov utredes for:

- To-båre-ambulanser
- Transportambulanser
- Helse-ekspres med båre eller liggestoler
- Spesialkjøretøy for transport av pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

AMK-lege-funksjonen:

For å understøtte beslutninger i ambulansetjenesten og bistå i vurderinger av hendelser, vil en større grad av tilstedeværelse og aktiv bruk være av betydning ved etablering av et hovedsykehus med lengre transporttid til sykehus. Godt utbygde IKT-tjenester med bildeoverføring fra skadested / pasient til AMK og Akuttmottak vil styrke disse mulighetene.

Typer hendelser

Større hendelser / Traumepasienter bør i større grad kunne tas i mot ved hovedsykehuset i Innlandet.

Hjertepasienter med behov for akutt intervensjon (PCI) bør kunne tilbys behandling med et hovedsykehus Dette vil redusere antall transporter til andre sykehusområder / HF.

Utstyr til observasjoner / beslutningsstøtte og behandling.

Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet skal være på høyde med utviklingen nasjonalt.

3.5 Personell/kompetanse

Tilstrekkelig tilgang på personell vil være en nøkkelfaktor for å sikre faglighet og trivsel blant de ansatte. En "turnover" på 5 % (alle ansatte arbeider i gjennomsnitt 20 år) legges til grunn (det krever en ettervekst på minimum 20 nye årlig i ambulanseavdelingen).

På alle tjenesteområdene vil kunnskap / kompetansenivå være sentralt. På alle områder vil faglighet være kjernen i yrkesutøvelsen, men også opplevelsen av bli møtt på en god måte vektlegges av brukerne / pasientene. Summen av dette skal ivaretas. Det forutsetter gode basale utdanninger med en bevissthet og refleksjon over egen fagutøvelse på alle områdene.

På pasientreiseområdet ser vi en utvikling der kunnskap om pasientrettigheter og juss stadig blir viktigere for å tilby gode tjenester og nå oppsatte mål. Raske beslutninger er stadig viktigere. Området er i ferd med å utvikle seg fra et tradisjonelt *call-senter* til en kompetanseavdeling

I ambulansetjenesten består arbeidet til dels av "beredskapstid", som betyr at man "venter på oppdrag". I perifere områder utgjør gjerne beredskapstiden en større del enn i sentrale områder. Dette medfører at personalet får mindre erfaring over tid ved at antall pasientmøter er få og det blir sjelden man får praktisert kritiske medisinske prosedyrer. Dette må kompenseres i form av trening / øvelse / simulering lokalt, eller rotasjonsordninger i perioder.

Innenfor den akuttmedisinske siden vil det bli behov for å styrke enkeltfunksjoner og utvikle nye funksjoner som kompenserende tiltak:

AMK-personell:

Særskilt etterutdanning for AMK personell har vært etterlyst. Det må utvikles gode systemer for oppfølging av AMK-personell faglig og belastningsmessig (krevende hendelser, høy vaktbelastning på ubekvem tid).

Høyere basal utdanning / Høgskoleutdanning ambulansesfag.

Bachelor utdanning / 3 årig paramedic tilbys fra 2014 ved høgskole(r). Dette krever en rekke avklaringer nasjonalt som er under vurdering. Sykehuset Innlandet må etterstrebe utviklingen som skjer nasjonalt.

Samarbeid med annet innsatspersonell

Personell i brannvesenet med tilleggskompetanse innenfor førstehjelp, vil også i framtiden være et viktig supplement for å bistå helsepersonell ved akutte hendelser, særlig i distriktene. I redningstjenesten og ved større hendelser vil frivillige organisasjoner fortsatt utgjøre en vesentlig ressurs.

3.6 Samarbeid og samhandling

Både innad mellom tjenesteområdene i prehospitaltjenester og utad med samarbeidspartener, er det et stort potensial for å utvikle samarbeid og samhandling. Synergieffekter til beste for befolkningen skal alltid være et sentralt engasjement i divisjonen pga posisjonen mellom SI og omverdenen. De fleste sviktsituasjonene skjer i den fasen divisjonens tjenester opererer.

3.7 IKT – medisinsk teknisk utstyr – Telemedisin

Innenfor alle tjenesteområdene i prehospitaltjenester vil det være viktig at det legges til rette for å ha gode IKT-systemer for å understøtte pasientbehandling. Ved å kunne overføre medisinske data fra ambulansetjeneste til sykehus med kompetent personell, vil det kunne fattes beslutninger om riktig behandling på tryggere basis og tidligere i forløpet.

Standardiserte grensesnitt i kommunikasjonsløsninger og medisinsk teknisk utstyr forutsettes løst gjennom de regionale (/ nasjonale) prosesser som er startet opp. Dette vil muliggjøre en langt mer effektiv samhandling rundt pasienten, men også på tvers mellom sykehusområder og kommunehelsetjenesten. Arbeidet med felles IKT struktur i nødmeldetjenesten, inkludert kommunehelsetjenesten må organiseres regionalt / nasjonalt for å ivareta behovene for samhandling på tvers.

Det er avdekket et stort behov for økonomiske ressurser til utviklingsarbeid og investeringer på området. Manglende muligheter eller vilje til å satse på denne utviklingen, anses som en risiko for å få realisert mulige løsninger som er realistiske teknologisk.

En av de viktigste strategiske valg for Pasientreiser fremover uansett sykehusstruktur, vil være innenfor IKT. Forenkling og automatisering av prosesser vil være viktig for avdelingens evne til optimalt å utnytte ressursene.

3.8 Aktivitet

Aktivitetsendringer pga nytt hovedsykehus er primært vurdert i ambulansetjenesten. Her er det beregnet en økning pr år på 3.363 timer.

Aktiviteten i pasientreiser er i stor grad knyttet til andre variabler som vil påvirke uavhengig av valgt sykehusstruktur. En dreining i retning av å kunne benytte rimeligere transportmåte og riktig rekvirering vil ha størst effekt.

3.9 Økonomi

Økonomisk utvikling i prehospitaltjenester vil i hovedsak ha betydning for tjenesteområdene ambulansetjeneste (inkl luftambulanse) og pasientreiser. Hvor stort utslag dette vil ha som følge av endringer på grunn av generell utvikling og ikke isolert sett med bakgrunn i nytt hovedsykehus, er vanskelig å beregne. Uavhengig av sykehusstruktur vil det være behov for betydelige investeringer innenfor IKT for å støtte opp om de medisinske og utstyrsmessige mulighetene og for å ivareta kommunikasjonsbehov mellom AMK-sentraler, ambulanser og sykehus.

På pasientreiseområdet forventes det at pasientrettigheter, infrastruktur på kollektivtrafikk, IKT utvikling, prisvekst på transport og prisvekst knyttet til nye anbud vil være vil de største enkeltvariablene på kostnadsbildet. Dette i større grad enn om sykehuset Innlandet videreføres med

ett hovedsykehus eller med flere somatiske driftsenheter. En generell kostnadsutvikling på pasientreiseområdet økende fra 2012 på omkring 230 mill kr til vel 310-320 mill kr må påregnes (+ 80 -90 mill kr / ca 35 %). Dette er et grovt estimat og basert på en generell utvikling uavhengig av sykehusmodell.

De største mulighetene til å dempe kostnadsøkningen ligger i å tilrettelegge for godt kollektiv transporttilbud, rett rekvirering, kompetanseutvikling og IKT løsninger. En god kollektiv dekning ved nytt hovedsykehus vil raskt kunne ha effekt på flere millioner kroner. Dette vil også ha betydning for ansattes arbeidsreiser, belastningen på vegger og miljøhensyn.

Ambulansetjenestens årsbudsjett for 2013 er omkring 325 mill kr. Etableringen av ett hovedsykehus vil medføre behov for en kostnadsøkning på omkring 33 mill kr. knyttet til aktivitetsendring og avskrivninger (derav kr 10 mill kr til medisinsk drift ved ekstra luftambulansebase) (Ekskl. generell kostnadsøkning).

Kostnader knyttet endret behov / krav innenfor Medisinsk teknisk utstyr, IKT og kompetanse er ikke beregnet. Endringer på disse områdene anses å skje uavhengig av sykehusmodell.

Et økt kompetansebehov som medfører høyere krav til personalets utdanningsnivå (høgskolenivå), vil medføre høyere avlønning enn dagens. Med halvparten av de ansatte i slik kategori, vil dette medføre økte lønnskostnader på omkring 10-15 mill kr årlig.

Effekter av samhandlingsreformen for prehospitale tjenester er ikke forsøkt beregnet. Man kan frykte at endret bruk av prehospitale ressurser knyttet til kommunale ø-hjelps-plasser og større legevaktsdistrikter vil medføre beredskapsmessige utfordringer som må kompenseres med flere tilgjengelige ambulanseressurser. Dette vil imidlertid skje uavhengig av sykehusstruktur. Etablering av en ny heldøgnsambulanse har en kostnad på 6-6,5 mill kr/år.

Kapittel 4



Delplan Psykisk helsevern

Sammendrag

Divisjon Psykisk helsevern skal også i fremtiden yte viktige og gode tjenester til helseforetakets befolkning. Det pågår for tiden mange omstillinger for å tilpasse seg fremtidens utvikling innen fagfeltet og det ligger overordnede føringer til grunn for hvilke rammer psykisk helsevern skal utvikle seg etter/mot når det gjelder faglig organisering og lokalisering.

For divisjon Psykisk helsevern vil et hovedspørsmål i et 2025 perspektiv være om sentralsykehusfunksjonene fortsatt skal ivaretas på SI Sanderud og SI Reinsvoll, eller om sentralsykehusfunksjonene bør samlokaliseres med eller i umiddelbar nærhet til et nytt akuttpsykehus/hovedpsykehus ved Mjøsbrua. En eventuell samling av sentralsykehusfunksjoner til et nytt hovedpsykehus vil forutsette avvikling av sentralsykehusfunksjonene på SI Sanderud og SI Reinsvoll.

De nasjonale føringene er at DPSene skal utvikles til å utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet med befolkningsansvar for den voksne delen av befolkningen i sitt opptaksområde. De sentraliserte sykehusoppgavene vil ivareta et befolkningsansvar for hele SI. I begrepet "sentralsykehusfunksjon" ligger det at det ikke utvikles tilsvarende tilbud på DPS/BUP nivå. I nåværende sentralsykehusorganisering gis det tilbud til pasienter om lukket akutt, sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri, døgnbehandling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, akutt døgnbehandling for barn og unge og døgnbehandling for psykoseproblematikk.

Det understrekes at i dette utkastet er det relativt overordnede perspektiv som fremsettes. Det er ikke tatt hensyn til nåværende bygningsmasse eller samfunnspolitiske spørsmål. Det er tenkt i retning av hva som faglig vil være det beste for psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Styret har enda ikke tatt stilling til hvor stort det fremtidige nye sykehuset skal være, både benevnelsen "ett akuttpsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus og lokalmedisinske sentra" og "akuttpsykehus/hovedpsykehus" er benyttet i styredokumenter. I divisjon Psykisk helsevern er forståelsen at det vil utvikles fremtidige kommunale tjenester/funksjoner og lokalmedisinske sentra i distriktene, i tillegg til det nye sykehuset. Dette kan i noen grad få betydning for psykisk helsevern fordi det i Opptappingsplan for psykisk helsevern ble vektlagt at DPS utbyggingen skulle være samlokalisert eller i nær tilknytning til somatiske sykehus. Divisjonen er gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst pålagt å fortsette utviklingen med vekt på DPS i regionene, og sentralsykehusfunksjoner som mer spissede behandlingstilbud.

Innhold

DELPLAN PSYKISK HELSEVERN.....	59
1. INNLEDNING OG BAKGRUNN	62
1.1 OPPDRAGET FRA STYRET.....	62
1.2 OVERORDNEDE FØRINGER.....	62
1.3 FORUTSETNINGER.....	63
1.4 PROSESS OG METODE	63
1.5 NASJONALE OG REGIONALE FØRINGER	65
2. VIRKSOMHETSBIKLE, STATUS 2013 -2014.....	66
3. FREMTIDIG TJENESTER INNENFOR DIVISJON PSYKISK HELSEVERN.....	67
3.1 SAMLE SENTRALSYKEHUSFUNKSJONER I HOVEDSYKEHUSET	67
3.1.1 <i>Fagtilbud og pasientfokus</i>	68
3.1.2 <i>Personale og ledelse</i>	69
3.1.3 <i>Økonomiske- og bygningsmessige forhold</i>	69
4. KONKLUSJON	70

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Oppdraget fra styret

Styresak 160-2012 beskriver at det skal utarbeides en delplan for Divisjon Psykisk helsevern²⁴ som del av en helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet. Planen skal ta utgangspunkt i nasjonale og regionale føringer og utarbeides i samsvar med styrets vedtak i sak 054-2012 – Strategisk fokus 2025.

Planen skal skissere ønsket utviklingsretning for innholdet i spesialisthelsetjenestetilbudet inn mot 2025. Framtidig tilbud skal ses i sammenheng med samhandlingsreformen. I planen skal det framgå hva som bør samles, og hva som bør være desentralisert. Sentralt er spørsmålet om lokalisering av framtidig virksomhet innen fagfeltet.

Styret besluttet 29.11.2012 å utsette styrebehandling av de resterende delplaner som del av en helhetlig utviklingsplan til 19.4.2013.

1.2 Overordnede føringer

Strategisk fokus 2025 ligger til grunn for arbeidet, med vedtak om en utviklingsretning mot ett somatisk akuttsykehus i Mjøsområdet. Det er nødvendig å vurdere hvor stor del av virksomheten innen Divisjon Psykisk helsevern som bør lokaliseres i det nye sykehuset.

Styresak Helse Sør-Øst 108-2008²⁵ ligger til grunn for Strategisk fokus 2025. Her beskrives hvordan ulike funksjoner i sykehusområdene i Helse Sør-Øst skal organiseres for å sikre robuste fagmiljøer og god kvalitet på tjenestene. I tråd med styresakene 046-2010 og 061-2010 skal det utarbeides områdeplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern, som blant annet skal beskrive status for tjenestene, utviklingsområder og synliggjøring av struktur og funksjonsdeling som velges for å trykke kapasitetsbehovet samt satsningsområder. Oppdraget gjentas i Oppdrag- og bestillingsdokumentet fra Helse Sør-Øst for 2010 og 2011.

Helsedirektoratets veileder²⁶ beskriver en nødvendig omstilling med endring av ansvar og oppgavefordeling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tilbudene.

Styret i Sykehuset Innlandet valgte i desember 2010 å opprette prosjekt "Psykisk helsevern 2011-2013", styresak 092-2010. Prosjektdirektivet ble vedtatt av styret 28.februar 2011, med følgende hovedmål:

1. *Prosjektet skal gjennomgå og eventuelt foreslå endringer i struktur og faglig innhold i tjenesten, herunder fordeling av oppgaver og ansvar mellom sentralsykehus- og lokalsykehusfunksjoner samt fordeling av sentralsykehusfunksjoner mellom SI Reinsvoll og SI Sanderud.*
2. *Prosjektet skal evaluere og eventuelt foreslå endringer i ledelses- og organisasjonsmodellen for divisjonen innenfor rammen av de overordnede føringer og budsjettmessige rammer.*

²⁴ Styresak 060-2012 Helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet – utarbeidelse av gjenstående delplaner

²⁵ Styresak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområder 1 hovedstadsprosessen

²⁶ Psykisk helsevern for voksne, Distriktpsikiatriske sentre. Veileder IS-1388

3. *Prosjektet skal utarbeide forslag til tilpasninger av driften til vedtatte ressursrammer. Driftstilpasningene skal foregå i tre budsjettår fra og med 2011.*
4. *Prosjektet skal utarbeide områdeplaner for hhv TSB og psykisk helsevern i tråd med styresakene 046-2010 og 061-2010 i Helse Sør-Øst RHF.*
5. *Prosjektet skal bidra til oppfølging av Helsetilsynets konkrete bekymringsområder, ref notat av 24.11.10.*
6. *Prosjektet kan ta initiativ til utredning og oppfølging av andre utfordringsområder som ledelse og ansatte i divisjonen mener er relevante.*

Rapporten ble godkjent i styret 20.12.2012 sak 095-2012²⁷. I innstilling fra administrerende direktør skal Masterplan Omstilling 2013-2014 og Masterplan bygg 2013-2014 fremlegges for styret til orientering. Prosjektet hadde forslag til endringer, blant annet faglig utvikling, og det jobbes pr dags dato med Masterplan fag.

Når det gjelder områdeplanene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helse, har disse foreløpig blitt satt på vent, idet gjennomføringen av prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013 vil være retningsgivende for områdeplanene. Man tar sikte på styrebehandling av områdeplanene høst 2013.

1.3 Forutsetninger

Lokalisering av framtidige tjenester innen Psykisk helsevern skal utvikles fra følgende perspektiver²⁸:

- DPSene skal utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet, og ha befolkningsansvaret for psykisk helsevern i sitt opptaksområde.
- Akutt- og krisetjenester tilhører DPSenes kjerneaktiviteter
- Alle DPS skal utvikle akutt- og krisetjenester i form av døgntilbud, dagtilbud, poliklinisk tilbud, og tilbud om hjemmebehandling.
- DPSenes akutt- og krisetjenester skal ha utvidet åpningstid, helst til kl. 2130 på hverdager, og begrenset åpningstid i helger og høytider.
- Lukket akutt skal være sentralsykehusfunksjon
- Ressursfordelingen mellom sentralsykehus og DPS skal være 50/50 innen 2014, og 40/60 innen 2016.
- Ressursfordelingen mellom psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge skal være 80/20 innen 2014.

1.4 Prosess og metode

I tråd med prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013 og styrets vedtak i sak 095-2012, har divisjon Psykisk helsevern utarbeidet Masterplan Bygg og Masterplan Omstilling. Begge masterplanene ble styrebehandlet 28.2.2013. Masterplan Fag er under arbeid.

For Masterplan Bygg 2013-2014 samarbeider nå divisjon Psykisk helsevern med divisjon Eiendom og internservice om gjennomføring. Masterplan Bygg omfatter planlegging, prosjektering og

²⁷ Sak 095-2012 endringer i faglig struktur og organisering av psykisk helsevern. Oppfølging av rapporten fra Psykisk helsevern 2011-2013

²⁸ Styrevedtak i sak 095-2012

gjennomføring av bygningsmessige tilpasninger ved endringer i tråd med styrets vedtak og Masterplan Omstilling.

Masterplan Omstilling 2013-2014 skal bidra til en planlagt, systematisk og åpen prosess for implementering av styrets vedtak om endringer i divisjon Psykisk helsevern. Masterplanen skal bidra til forutsigbarhet for ansatte i de endringsprosessene som skal gjennomføres. Planens hovedfokus skal være utvikling av pasienttilbudet og endringer av drift i tråd med nasjonale faglige føringer og styrets vedtak.

For divisjon Psykisk helsevern vil et hovedspørsmål i et 2025 perspektiv være om sentralsykehusfunksjonene fortsatt skal ivaretas på SI Sanderud og SI Reinsvoll, eller om sentralsykehusfunksjonene bør samlokaliseres med eller i umiddelbar nærhet til et nytt akuttsykehus/hovedsykehus ved Mjøsbrua. En eventuell samling av sentralsykehusfunksjoner til et nytt hovedsykehus vil forutsette avvikling av sentralsykehusfunksjonene på SI Sanderud og SI Reinsvoll.

I rapporten fra prosjekt Psykisk helsevern er endringer i psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for barn og unge for de nærmeste årene grundig gjennomgått. I tillegg har gruppen arbeidet med forslag til organisasjons- og ledelsesmodell innenfor divisjon Psykisk helsevern. Men, det er viktig å minne om at styrevedtaket (sak 095-2012) ikke forholder seg til utviklingsplanen frem mot 2025.

De nasjonale føringene er at DPSene skal utvikles til å utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet med befolkningsansvar for den voksne delen av befolkningen i sitt opptaksområde. De sentraliserte sykehusoppgavene vil ivareta et befolkningsansvar for hele SI. I begrepet "sentralsykehusfunksjon" ligger det at det ikke utvikles tilsvarende tilbud på DPS/BUP nivå. I nåværende organisering er det lukket akutt, sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri, akutt døgnbehandling for barn og unge og deler av psykoseavdelingen som utgjør sentralsykehusfunksjoner.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er dagens organisering at avgiftning, utredning, langtidsbehandling, familiebehandling og behandling av gravide rusmiddelmissbrukere er sentralsykehusfunksjoner fordelt på SI Reinsvoll og SI Sanderud

Det understrekes at i dette utkastet er det relativt overordnede perspektiv som fremsettes. Det er ikke tatt hensyn til nåværende bygningsmasse eller samfunnspolitiske spørsmål. Det er tenkt i retning av hva som faglig vil være det beste for psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet. Styret har enda ikke tatt stilling til hvor stort det fremtidige nye sykehuset skal være, både benevnelsen "ett akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus og lokalmedisinske sentra" og "akuttsykehus/hovedsykehus" er benyttet i styredokumenter. I divisjon Psykisk helsevern er forståelsen at det i 2025, etter mer enn 10 år med Samhandlingsreformen, vil det være somatiske funksjoner som er ivaretatt av kommunene, i tillegg til det nye sykehuset. Dette kan i noen grad få betydning for psykisk helsevern fordi det i Opptappingsplan for psykisk helsevern ble vektlagt at DPS utbyggingen skulle være samlokalisert eller i nær tilknytning til somatiske sykehus. Divisjonen er gjennom oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst pålagt å fortsette utviklingen med vekt på DPS i regionene, og sentralsykehusfunksjoner som mer spissede behandlingstilbud.

Ledergruppen i divisjon Psykisk helsevern (divisjons- og avdelingsledelse) behandlet utviklingsplan på ledermøte 24.januar 2013. I møtet konkluderte ledergruppen med at man støtter at relevante behandlingstilbud ved sentralsykehusavdelingene (SI Reinsvoll og SI Sanderud) flyttes til et nytt Hovedsykehus/Mjøssykehus.

1.5 Nasjonale og regionale føringer

Helsetjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har siden 1998 blitt bygget ut og utviklet etter tydelige føringer fra nasjonale myndigheter. Disse føringene bygger på de overordnede politiske målsettinger som ble fremmet gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse. Målsettingene var tydelige på at brukerperspektivet skal styrkes og at en skal bygge ut lokalbaserte tjenester ved DPSene. De årlige bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene har siden 2002 gitt tydelige føringer i samme retning, hvor det blant annet legges til grunn utvikling av robuste lokalsykehusfunksjoner (DPS) innen psykisk helsevern, samhandling med kommunene og samarbeid med somatiske fagområder

I tillegg til tidligere nevnte styresaker er de viktigste styringsdokumentene for divisjon Psykisk helsevern følgende:

- Opptappingsplanen for psykisk helse
- Opptappingsplanen for rusfeltet
- Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB
- DPS veilederen
- BUP veilederen
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47-2011)
- HSØ-styresak nr. 046- (TSB) og 061-2010 (Psykisk helsevern)
- Oppdragsdokument 2011 og 2012 fra Helse Sør-Øst til HF-ene

I tråd med samhandlingsreformens intensjoner, skal de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommunene omfatte forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling. Hva som blir det konkrete innholdet av samarbeid er foreløpig ukjent for divisjonen. Det er fra Helse- og omsorgsdepartementet varslet endringer fra 2014/2015.

2. Virksomhetsbilde, status 2013 -2014

Divisjon Psykisk helsevern er organisert i en egen divisjon i Sykehuset innlandet og har avdelinger og både i Hedmark og i Oppland.

I Rapport²⁹ fra "Prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013" er det gjennomført en kartlegging av divisjonens nåværende drift. For øvrig vises det til divisjonens aktivitetsrapporter og månedsrapporter som gir en oversikt over divisjonens behandlingsaktivitet.

²⁹ Rapport fra Prosjekt Psykisk Helsevern 2011-2013

3. Fremtidig tjenester innenfor divisjon Psykisk helsevern

Oppdraget fra styret er knyttet til utviklingsretning for tjenestene, og i hvordan tjenestene bør organiseres i et 2025-perspektiv når Sykehuset Innlandet har bygget et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua.

3.1 Samle sentralsykehusfunksjoner i hovedsykehuset

Svært mange psykiske lidelser har en nær sammenheng med biologiske forandringer i hjerne og kropp og fordrer undersøkelse av blod, spinalvæske eller med billeddiagnostikk. Dette gjøres i noen grad i dag og da må pasienter eller prøver transporteres. Tydeligst kommer dette frem i alderspsykiatri med utvikling av forskjellige demenslidelser. Men også ved andre lidelser som schizofreni og alvorlige depresjoner viser forskning at utredning med hensyn til biologi stadig blir viktigere. Det vil derfor være hensiktsmessig å ha nær tilgang til slike undersøkelser. Likeledes må det pekes på at ved rusproblematikk er det en rekke tilleggs komplikasjoner av somatisk art som lettere kan behandles ved å være i et somatisk sykehus som for eksempel infeksjonssykdommer. Avrusning/ avgiftning kan også føre med seg somatiske komplikasjoner som lettere kan bli tatt hånd om med nær tilgang til intensivavdelinger/medisinske avdelinger. Enkelte ganger kan det dreie seg om livstruende situasjoner.

På den annen side kan det betones at behandling av psykiske lidelser har en sterkere sosial og psykologisk komponent enn somatiske lidelser. Ved mange typer lidelse kan det være snakk om tilknytningsforstyrrelser, sosial misstilpasning, eller traumer av forskjellige art som ligger bak vanskelighetene pasienten lider under. Her vil hovedtyngden av behandlingen være miljø eller samtaleterapi av forskjellig slag, selv om farmakologisk behandling også er av betydning. Det vil være pasienter hvor samhandling med somatisk sykehus har liten eller ingen betydning. For eksempel vil det være lite behov for somatiske sykehustjenester når det gjelder sikkerhetsavdelingen eller langtidsbehandling av psykotiske pasienter. I sistnevnte perspektiv kan det være nødvendig å gjøre en fornyet vurdering av hva som skal være DPS funksjoner og hva som skal behandles i sykehus. Pr i dag tilbys hovedtyngden av døgnbehandling for psykoselidelser ved sentralsykehus, med en relativt lang liggetid. Dette også fordi DPS, slik det er definert i dag ikke skal ha spesialfunksjoner. Det kan likevel være at deler av dette behandlingstilbudet i fremtiden skal organiseres som et tilbud ved DPS.

Videre har DPS i dag kun ansvar for eget område og ikke funksjoner for hele sykehusområdet. Her er det allikevel åpnet opp for alternativ type tenkning om organisering, ved at styret har godkjent at spiseforstyrrelsesenheten i psykisk helsevern er lagt til et DPS.

I tillegg kan det nevnes at Helse Sør-Øst har vedtatt at det skal opprettes to enheter for tvangslidelser (en for barn og en for voksne) i hvert sykehusområde, som skal plasseres i poliklinikk (les DPS) og ha ansvar for hele sykehusområdet.

I dag vet vi at mange, særlig de alvorligste psykiske lidelsene har sterke biologiske komponenter i tillegg til psykologiske og sosiale sider. Med en slik bakgrunn er det viktig å påpeke at psykiske lidelser må sies å være av bio-psyko-sosial karakter i langt sterke grad enn de aller fleste sykdommer som behandles i somatisk sykehus. Noe av det samme kan sies når det gjelder behandling av pasienter med et rusmiddelmissbruk. I den akutte fasen er det ingen tvil om at nærhet til somatiske funksjoner av stor betydning, men rehabilitering over tid er mer psykososial i sin tilnærming. Innen TSB spiller den farmakologiske delen en viss rolle hos mange rusmiddelmissbrukere også for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Sammen med ovennevnte bør samarbeidet med kommunene intensiveres. Samhandlingsreformen er fortsatt i startfasen og fortsatt er det slik at ulike pasientgrupper faller mellom to stoler når det gjelder tiltak.

I dette perspektivet er det og grunn for å tro at divisjon Psykisk helsevern kan ha noe å tilføre andre deler av Sykehuset.

- Psykisk helsevern har bygd opp god kompetanse innen alderspsykiatrifeltet og vil kunne være en god støttespiller til geriatrifeltet.
- Mange pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har somatiske komplikasjoner, hvor gjensidig kunnskapsutveksling med somatiske avdelinger bør være av interesse.
- Det er påvist en nær sammenheng mellom hjerte/karlidelser og depresjon. Det vil her være naturlig for aktuelle avdelinger i det somatiske sykehuset å samarbeide med Divisjon psykisk helse.

Dette for å nevne noen overlappende områder hvor felles lokalisasjon lettere vil kunne bety samarbeid mellom den somatiske delen av sykehuset og psykisk helsevern. Det kan lett trekkes frem flere eksempler hvor psykisk helse har betydning for somatisk lidelse og vil kunne spille en rolle i rekonvalesens av pasienter.

Det kan og være grunn til å problematisere hvor mye som skal være igjen av lokalsykehusfunksjoner ved bygging av et nytt hovedsykehus. Pr i dag synes ledergruppen i divisjonen at det kunne vært en tettere kontakt med somatisk sykehus enn hva det faktisk er. DPS kommer til å utgjøre hovedtyngden av divisjonens behandlingstilbud, og akuttavdelingene ved DPS vil kunne ha behov for en nærhet til somatiske sykehusfunksjoner. Hvordan dette skal ivaretas med et nytt hovedsykehus hvor nåværende sykehusstruktur nedlegges vil gi ekstra utfordringer. Det er viktig å ha med divisjonens særegenheter og DPSenes plassering med henblikk på pasientbehandling, når divisjon Psykisk helsevern blir en del av en større sykehusstruktur.

3.1.1 Fagtilbud og pasientfokus

Det vanskelig å si om et nytt felles hovedsykehus i Moelv/Biri området vil gjøre det mer attraktivt for spesialister å søke seg dit enn hva som er tilfelle for våre to sentralsykehus i dag. Men det er grunn for å tro at et større fagmiljø muligens vil gjøre det mer attraktivt å jobbe der enn i de to sentralsykehusene som vi nå har, slik at rekruttering kan bli enklere og muligheter for spesialisering vil øke med større fagmiljøer. En samling av alle tjenestene vil gjøre små og sårbare fagmiljø større og mer robuste, noe som er viktig i rekrutteringsøyemed.

I divisjon Psykisk helsevern er det pr. i dag varierende grad av spesialistdekning. I stor grad har psykologspesialistene søkt seg til poliklinikkene og langtidsbehandlingsenheter, mens legedekningen har vært mer jevnt fordelt, selv om det i perioder har vært problemer med å fylle enkelte stillinger. Nåværende ordning med styringssystemet for legestillinger og tildeling av kvoter fra helsemyndighetene oppheves fra 1.juli 2013. I den nye ordningen kan også spesialisthelsetjenesten opprette stillinger i tråd med behovene innen helseregionenes sørge for ansvar. Videre bør det nevnes at det i 2012 ble klart fra Helse- og Omsorgsdepartementet at det skal etableres en egen medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

Pasienter med psykiske lidelser har en større sykkelighet også somatisk. En samling i nytt akuttsykehus vil øke kompetansebredden når flere fagpersoner med sine spesialfelt er samlet, og dette utvider muligheten for tverrfaglighet og å dele kompetanse internt samt tverrfaglig forskning. Samtidig kan det være en utfordring å flytte fagmiljøer, og det kan være en fare for at kompetanse forsvinner og samarbeidsrelasjoner fragmenteres.

Samling med øvrige fagområder vil bety at man unngår avstander ved overflytting mellom enheter internt i Sykehuset Innlandet. Det vil være enklere å ha kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet, samt å gi likeverdige tilbud med god kvalitet til alle.

3.1.2 Personale og ledelse

Samling til et større og mer robust fagmiljø vil sannsynligvis være attraktivt og virke rekrutterende, hvor medarbeidere får mulighet til egen kompetanseutvikling, enklere kompetansedeling og interne hospiteringsmuligheter i et større fagmiljø, som kan virke stimulerende. Samling skaper mangfold og bidrar til å gi intern styrke. Det er enklere å lede og forankre beslutninger i samlede fagmiljøer, kommunikasjonskanalene forenkles, og det blir større mulighet for å skape fellesskapsfølelse internt i helseforetaket, divisjonen og fagfeltet. Korte avstander bidrar til å øke uformelt samarbeid. Man blir bedre kjent med flere og kan enklere løse oppgaver sammen. Det er mulighet for mer fleksibel og effektiv bruk av ledere og støttefunksjoner. Medarbeidere i divisjon Psykisk helsevern vil ha tilgang til felleslokalteter og servicefunksjoner på lik linje med øvrige medarbeidere i Sykehuset Innlandet.

Noen medarbeidere vil imidlertid få lengre arbeidsvei, og rekruttering av medarbeidere som vektlegger arbeidsvei framfor et spesialisert fagmiljø kan bli en utfordring. Som følge av flytting kan det oppstå kulturkollisjon med motsetninger og konflikter internt, og pasientfokuset kan bli midlertidig svekket. Store miljøer kan være uoversiktlige og byråkratiske og kan gi grobunn for subkulturer. En risiko er at arbeidsmiljøet vil lide og samarbeidsevnen svekkes.

Fagpersoner kan ha muligheter til å veksle mellom perioder med arbeidsplass inne i hovedsykehuset og ute i DPSene. Geografisk avstand kan kompenseres med den raske utviklingen som finner sted innen utvikling av telemedisinsk samhandling.

3.1.3 Økonomiske- og bygningsmessige forhold

Nye lokaliteter som er etablert og driftes etter tidsriktige energiforvaltning vil forventes å være økonomiske og billigere i drift. Divisjonen har i dag mye bygningsmasse både på SI Sanderud og SI Reinsvoll som er kostbare å drifte og som kan avvikles ved samlokalisering i et nytt akuttsykehus. Samling av behandlingstilbudene og fagmiljøene kan øke fleksibiliteten og gi en effektiv ressursutnyttelse. Utnyttelse av stordriftsfordeler innen servicetjenester vil kunne redusere driftskostnader. Med nytt bygg og nytt utstyr vil vedlikehold og nyanskaffelser bli redusert de første årene.

Samling i nytt akuttsykehus vil gi tjenestene tidsriktige lokaler og muligheter for godt tilrettelagte uteområder som er tilpasset fremtidens tjenester. Nytt og tidsriktig utstyr vil være inkludert og intern logistikk være hensyntatt gjennom god planlegging av lokalene. Dagens lokaler ved SI Sanderud og SI Reinsvoll er gamle, de er lite hensiktsmessige og de trenger betydelig oppgradering for å møte fremtidige lokaler for pasientbehandling og krav til fasiliteter. Det kan bidra til at tjenesten utad blir mer synlig som eget fagfelt.

Det kan være en risiko at et nytt sykehus blir bygget for lite, som igjen kan medføre at forventningene til nye og tilrettelagte lokaler for behandling får mindre hensiktsmessige forhold enn man har i dag. Dersom det planlegges med omfattende sambruk av felleslokalteter, kan logistikken rundt slik sambruk bli en utfordring. Det kan også bli lange avstander internt i bygget til aktuelle felleslokalteter, noe som reduserer effektivitet og fleksibilitet. Uro og støy fra alarmer og ambulanser kan virke forstyrrende og skape utrygghet for pasienter.

Når det gjelder bygningstekniske forhold vil dokumentet ikke gå mer inn på dette annet enn å si at disse må tilrettelegges for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og at Sikkerhetsavdelingen krever spesielle tiltak.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil det i et 2025 perspektiv være naturlig å legge avgiftning, utredning og behandling av gravide rusmiddelmissbrukere til et nytt akuttpsykiatrihus. Samtidig vil det være lite hensiktsmessig å la deler av behandlingstilbudet innen TSB ligge alene igjen på SI Reinsvoll, og man må da tenke på en ny organisatorisk struktur og ny geografisk plassering.

Dette dokumentet beskriver ikke divisjonens regionale tilbud til gravide rusmiddelmissbrukere og familietilbud, idet det er vanskelig å forutsi fremtidig utvikling av de to regionale funksjonene. Det er mulig at dette er tjenester som HFene i Helse Sør-Øst RHF sitt nedslagsområde på sikt velger å tilby som en del av de offentlige tjenestene innen eget HF.

4. Konklusjon

Framover mot 2025 og etter den tid, vil endringer i samfunnet stille krav til utvikling av tjenestene innen psykisk helsevern. Samling til store fagmiljøer og store investeringer til et nytt sykehus vil trolig medføre at behandlingstilbudene innen psykisk helsevern ikke blir videreført på samme måte som i dag.

For divisjon Psykisk helsevern er det viktig at det utvikles og bygges opp gode kommunale tilbud til pasienter med psykiske lidelser. Det er også av viktig for DPSene hvilke somatiske tjenester som vil tilbys ved lokalmedisinske sentra (LMS) i tillegg til tjenestene ved et nytt Hovedsykehus/Mjøssykehus, særlig fordi man innen psykisk helsevern ønsker et tettere samarbeid med somatikken. DPSene kommer til å utgjøre hovedtyngden av divisjonens behandlingstilbud til befolkningen i opptaksområdet, og særlig DPSenes akutt ambulante tjenester vil kunne ha behov for en nærhet til lokalmedisinske sentra i tillegg til det nytt Hovedsykehus/Mjøssykehuset.

For divisjonen er det viktig at man i planlegging av nytt sykehus sørger for at alle de faglige særegenheter for behandling av pasienter med psykiske lidelser blir ivarettatt.