

Til behandling i Sykehuset Innlandets styre 27. april 2018:

► Utviklingsplan 2018-2035

Sykehuset Innlandet

*LYKKEN er ikke å bli innlagt
på sykehus.*

Sitat fra bruker

Pasientens helsetjeneste er avhengig av å lage pasientsentrerte og tverrfaglige pasientforløp. For å få til dette er Sykehuset Innlandet avhengig av å endre sykehusstruktur. Dette er en gjensidig avhengighet mellom gode pasientforløp og framtidig målbilde i Sykehuset Innlandet.

Ane Kaurstad, prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1. Bakgrunn og historikk	5
1.1 Historikk for helseforetaket	5
1.2 Gjennomføring av prosjektet.....	6
2. Nåsituasjonen.....	8
2.1 Folkehelseprofil.....	8
2.2 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet	9
2.3 Pasientbehandling – pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring	9
2.4 Oppgavedeling og samhandling.....	13
2.5 Organisering og ledelse	16
2.6 Bemanning og kompetanse	18
2.7 Forskning og innovasjon	20
2.8 Nåsituasjon økonomi	22
2.9 Teknologi og utstyr.....	23
2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter.....	24
3. Overordnede strategier og føringer.....	26
3.1 Overordnede strategier og føringer.....	26
4. Utviklingstrekk og framskriving.....	27
4.1 Utviklingstrekk	27
4.2 Framskrivningsmodell	31
4.3 Demografi og sykdomsutvikling.....	32
4.4 Andre endringsfaktorer	32
4.5 Samlet aktivitetsframskriving.....	34
4.6 Kapasitetsberegning.....	34
5. Analyse og veivalg	36
5.1 Framtidig målbilde for helseforetaket.....	36
5.2 Kriterier for valg av framtidig målbilde.....	36
5.3 Valgt hovedløsning	37
6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste.....	38
6.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet	38
6.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring	39
6.3 Helse Sør-Øst sine sju prioriterte fagområder.....	47
6.4 Oppgavefordeling og samhandling	55
6.5 Organisasjon og ledelse.....	56
6.6 Bemanning og kompetanse	57
6.7 Forskning og innovasjon	58
6.8 Økonomi	59
6.9 Teknologi og utstyr.....	61
6.10 Bygg.....	62

Sammendrag

Utvikling av pasientens helsetjeneste

For å imøtekomme framtidens utfordringer må Sykehuset Innlandet gjennomføre grunnleggende organisatoriske, kulturelle, strukturelle og teknologiske endringer. En dreining fra nåværende fagstruktur til organisering i pasientforløp sikrer en arbeidsform som er pasientsentrert, tverrfaglig og har fokus på gode prosesser. De nødvendige organisatoriske tilpasningene kan bidra til økt utnyttelse av teknologiske løsninger i pasientbehandlingen. Pasientforløp strekker seg fra hjem til hjem og på tvers av behandlingsnivåer i og utenfor foretaket. Synergier som oppstår når forskning og utdanning knyttes tettere opp mot klinisk virksomhet, vil understøtte den ønskede utviklingen.

Utviklingsplanen skisserer basert på innspill fra tverrfaglige arbeidsgrupper og workshop et «*generelt pasientforløp*» og fire utvalgte forløp «*en god start*», «*den alvorlig syke pasienten*», «*den eldre pasienten*» og «*den helhetlige pasienten*». Forløpene må videreutvikles i tett samarbeid med tverrfaglige team fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanter. I forbindelse med workshop I og II samt høringsmøter med kommuner og brukerorganisasjoner, har Sykehuset Innlandet fått konkrete innspill på fokusområder og prosjekter for å videreutvikle samarbeidet med kommunene i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste.

Sykehuset Innlandets nåsituasjon og videreutvikling

Sykehuset Innlandet har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og prehospitale tjenester for ca 400 000 innbyggere i Hedmark og Oppland. Foretaket har virksomhet på 40 steder. Helseforetaket har nylig gjennomført idéfasen for ny sykehusstruktur med endelig vedtak av framtidig mål bilde i oktober 2017 (styresak nr 079-2017). Vedtaket legger føringer for et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et stort akutt sykehus «Mjøssykehuset» samt samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester og utvikling av prehospitale tjenester. Foretaksrådet for Helse Sør-Øst RHF besluttet i juni 2017 at ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen skal overføres fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus fra 1. januar 2019. Endringen skaper faglige og økonomiske utfordringer for Sykehuset Innlandet.

Arbeidet med utviklingsplanen ble påbegynt ultimo oktober 2017, og er gjennomført som en åpen prosess med bred involvering. Arbeidet har fulgt den nasjonale «Veileder for arbeidet med utviklingsplan» og Helse Sør-Østs «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer».

Folketallet i Hedmark og Oppland vil øke med 14 % fram mot 2040, med en markant økning på 73 % i andelen eldre over 70 år. Endringene i alderssammensetningen vil bidra til at flere vil ha kroniske og sammensatte sykdomsbilder. Befolkningen får stadig bedre kunnskap om egen sykdom og behandlingstilbud, og vil dermed stille større krav til tilgjengelighet, medvirkning og etterrettelighet. Gjennom samvalg, fokus på det som gir verdi for pasienten og pasientforløp skal Sykehuset Innlandet videreutvikle tilbudet til pasientene.

Helsevesenets utvikling antas å dra i to retninger; økt sentralisering av fag, kompetanse og utvalgte behandlinger, men samtidig også gode muligheter for økt desentralisering av behandling og oppfølging. Den medisinskfaglige spisskompetansen utvikler seg mot større grad av spesialisering, økt bruk av kostbare høyteknologiske løsninger og behov for tverrfaglige behandlingsteam. Samtidig vil teknologiske trender som økt bruk av stordataanalyser, kunstig intelligens og prosessautomatisering kunne føre til betydelige forbedringer i effektivitet og kvalitet. Andre teknologier som mobile løsninger, apper, virtuell/augmentert virkelighet, vil legge til rette for desentralisering og hjemmebehandling. Dette forutsetter gode løsninger for økt samhandling med kommunale tjenester.

Dagens sykehusstruktur i Innlandet ble etablert i en tid hvor sykehus med datidens kompetanse kunne behandle hele pasienten nærmest uavhengig av diagnose. I takt med den medisinske og teknologiske utviklingen har sykehusenes innhold vært i stadig endring, mens mye av den fysiske strukturen består uendret. Fagområder har blitt forgrenet til nye spesialiteter, og fagmiljøene er i større grad avhengige av hverandre. Sykehusene har dermed over tid fått ulike profiler, og kan

sjelden behandle alle pasienter uavhengig av diagnose. En utfordring knyttet til dette er kvalitetsforskjeller innad i foretaket og avvik fra nasjonale kvalitetsindikatorer.

Gjennomgående for sykehusene er at dagens sykehusvirksomhet har tilpasset seg bygningsstrukturen, og ikke omvendt. Dette medfører utfordringer knyttet til logistikk og flyt. En bærekraftig utvikling fordrer en bygningsmasse som kan legge til rette for en moderne infrastruktur for medisinsk teknisk utstyr og IKT.

Helse Sør-Øst RHF har gitt regionale føringer om nærmere vurdering av syv prioriterte fagområder: psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rehabilitering, habilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitale tjenester. Felles for fagområdene er trender som speiler behovet for en moderne og evidensbasert tilnærming med fokus på helhetlige pasientforløp. Sykehuset Innlandet har lavere 5-års overlevelse enn landsgjennomsnittet på de fem største kreftformene med uønsket variasjon i resultatene for 5-årsoverlevelse mellom de ulike divisjoner i foretaket. Med grunnlag i dette er det konkludert med at foretaket bør samle volumet av kreftkirurgi og medisinsk onkologi på færre lokasjoner for å møte krav om volum og kvalitet.

Sykehuset Innlandet har et ansvar for å møte trendene befolkningen står ovenfor slik at foretaket i tiden fram mot 2035 kan levere gode, trygge og effektive helsetjenester. De demografiske, epidemiologiske, faglige og teknologiske trendene forutsetter en strukturell, faglig og bygningsmessig endring for å oppnå optimale pasientforløp. Arbeidet med idéfaseutredningen konkluderte med modellen med ett stort akuttssykehus, Mjøssykehuset lokalisert ved Mjøsbrua, kommer best ut. I henhold til utredningen vil en samling av foretakets spesialiserte funksjoner og akutte områdefunksjoner best imøtekomme de overordnede utviklingstrekkene. Samlingen vil bidra til at foretaket utvikler solide fagmiljøer som har gode muligheter for innovasjon og høyspesialisert behandling. Mjøssykehuset vil danne et knutepunkt i et nettverk som sikrer god faglig kompetanse fra pasientens hjem, via lokale tilbud, til det mest spesialiserte. Samlet sett er det denne modellen som best legger til rette for god faglig kvalitet og utvikling av framtidige tilbud til pasientens beste og har best økonomisk bæreevne.

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseforetaket

Sykehuset Innlandet HF er ett av elleve helseforetak som inngår i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet HF ble stiftet 1. januar 2003 etter sammenslåing av de tidligere helseforetakene Hedmark Sentralsykehus HF, Kongsvinger sjukehus HF, Tynset sjukehus HF og Sanderud Sykehus HF og Oppland Sentralsykehus HF. Disse sykehusene fungerte som selvstendige helseforetak i en overgangsperiode fra 1. januar 2002 til etableringen av Sykehuset Innlandet HF.

Sykehuset Innlandet har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innenfor somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg, habilitering, rehabilitering og prehospitale tjenester i Hedmark og Oppland. Helseforetaket har også ansvar for å administrere tildeling og ettersyn av medisinske behandlingshjelpemidler og å administrere syketransportordningen i opptaksområdet.

Den somatiske virksomheten er fordelt på seks sykehusenheter i Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Kongsvinger og Tynset, lokalmedisinske sentre i Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt poliklinikktilbud på Hadeland. Foretaket har to psykiatriske sykehus på Sanderud og Reinsvoll, distriktpsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker samt habiliterings- og rehabiliteringsenheter i Hedmark og Oppland. Foretakets administrasjonssenter har siden juni 2005 vært lokalisert i Brumunddal.

Det geografiske opptaksområdet til Sykehuset Innlandet er fylkene Hedmark med 22 kommuner og Oppland med 26 kommuner, totalt 48 kommuner. Regionen har omlag 400 000 (2017) innbyggere med en geografisk utstrekning fra Akershus grense i sør til Trøndelag i nord. Mellom disse ytterpunktene er det ca. 300 kilometer.

I juni 2017 besluttet foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF at ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen skal overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus Universitetssykehus HF fra 1. januar 2019. Som følge av denne endringen vil Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde ha om lag 360 000 innbyggere i 2019. Sykehuset Innlandet HF deltar sammen med Akershus Universitetssykehus HF i et omstillingsprosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet har etablert et internt prosjekt for å vurdere konsekvenser for og tilpasninger av foretakets drift fra 2019.

Sykehuset Innlandet har i årene 2014-2017 gjennomført idéfasen for ny sykehusstruktur med endelig vedtak av framtidig målbilde i oktober 2017, jf styresak nr 079-2017 «*Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde*»:

1. Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.
2. Styret gir sin tilslutning til et framtidig målbilde med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttssykehus, kalt Mjøssykehuset. Mjøssykehuset får en rolle som knutepunkt i et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud for hele Innlandet.
3. Styret tilrår, med bakgrunn i den gjennomførte idéfasen med tilhørende høringsinnspill, at Mjøssykehuset lokaliseres ved Mjøsbrua.
4. Styret anbefaler at følgende alternative løsninger utredes i konseptfasen:
 - a. Mjøssykehuset dimensjonert for å behandle pasienter innenfor de fagområder og lokalsykehusfunksjoner som beskrevet i saksutredningen. I tillegg til dimensjoneringen av Mjøssykehuset skal det i Sykehuset Innlandet utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.
 - b. Nullalternativet

Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging.

Sykehuset Innlandet HF må parallelt utvikle et tilbud i dagens sykehus tilpasset det framtidige målbildet med samhandlingsmodeller med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, polikliniske tilbud og dagbehandling.

5. *Styret finner at saken er tilstrekkelig utredet og belyst gjennom idéfaserapporten med underlagsdokumenter og den gjennomførte høringen. Styret godkjenner den fremlagte idéfaserapporten med de endrede rammebetingelser som er beskrevet.*
6. *Styret ber administrerende direktør oversende saken med anbefaling til behandling i Helse Sør-Øst RHF, og legger til grunn at det regionale helseforetaket overtar arbeidet med konseptfasen, inkludert utforming av mandat.*

1.2 Gjennomføring av prosjektet

1.2.1 Mandat og organisering

Utviklingsplanen skal ses i sammenheng med Sykehuset Innlandets vedtatte målbilde om god samhandling med primærhelsetjenesten, desentralisering av spesialisthelsetjenester, økt prehospital satsing og etablering av Mjøssykehuset. Videre fokuserer planen på Sykehuset Innlandets valgte strategi om forløpstenking.

Arbeidet med utviklingsplanen ble etablert som et prosjekt med oppstart ultimo oktober 2017, og er gjennomført som en åpen prosess med bred involvering. Det er avholdt dialogmøter med divisjonenes ledergrupper, helsefaglig råd, medisinsk fagråd, brukerutvalget, ungdomsrådene, geografiske samarbeidsutvalg, overordnet samarbeidsutvalg og tillitsvalgte. Prosjektet har hatt en styringsgruppe bestående av representanter fra KS Hedmark og Oppland, NTNU Gjøvik, Høgskolen i Innlandet, foretakets ledergruppe, foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombudet.

I prosjektet ble det etablert fire tverrfaglige arbeidsgrupper med representanter fra divisjonenes fagmiljøer, brukerrepresentanter og praksiskonsulenter. Arbeidsgruppene skulle lage skisser til pasientforløp med arbeidstitler «den alvorlig syke pasienten», «den eldre pasienten», «god start» og «den helhetlige pasienten», ref kapittel 6.2.

Divisjonenes fagmiljøer har vært involvert i arbeidet med de sju fagområdene som omtales spesielt i kapittel 6.3 (psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering, rehabilitering, hjerneslag, kreftkirurgi og prehospitaltjenester).

Styret i Sykehuset Innlandet og foretakets ledergruppe har blitt holdt løpende orientert om arbeidet og har vært involvert i vurdering av veivalg og mål.

1.2.2 Interessenter

Prosjektet gjennomførte en interessentanalyse i oktober 2017 med oppdatering i januar 2018. De viktigste interessentene har vært kommuner, praksiskonsulenter, brukere, utdanningsinstitusjoner, etablerte nettverk som overordnet samarbeidsutvalg og geografiske samarbeidsutvalg, samt ledere, fagråd, tillitsvalgte og vernetjeneste internt i Sykehuset Innlandet.

Det ble opprettet egen internett- og intranettside med informasjon om arbeidet med utviklingsplanen.

1.2.3 Medvirkning og aktiviteter

I desember 2017 ble workshop I om utviklingsplanen avholdt der brukerrepresentanter, kommunene, KS Hedmark og Oppland, fylkeslegene, pasient- og brukerombudet, Revmatismesykehuset, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark og Oppland, samt ledere og fagmiljøer i Sykehuset Innlandet var målgruppe. Målet var at samarbeidspartnerne skulle utfordre og inspirere Sykehuset Innlandet til nytenkning omkring utvikling av pasientens helsetjeneste fram mot 2035.

I januar 2018 ble workshop II avholdt med den samme målgruppen. Hovedtemaene på denne samlingen var desentralisering og distribuering av spesialisthelsetjenester og videreutvikling av

prehospitale tjenester. Deltakerne bidro med mange gode forslag til felles utviklingsprosjekter for sykehuset og kommunene der noen av prosjektene er under etablering (per mars 2018). Nedenfor vises noen av forslagene til felles prosjekter for kommuner og Sykehuset Innlandet:

- Prosjekt for ambulansetjenesten og kommuner for bedre pasientbehandling og ressursutnyttelse på tvers av forvaltningsnivåene – utvikle samarbeidet mellom ambulansetjeneste, fastleger, legevakt og hjemmesykepleien.
- Prosjekt i en eller flere kommuner der funksjonen «kreftkoordinator» videreutvikles til «**helsekoordinator**» for de mest komplekse pasientgruppene
- Prosjekt om **felles ambulante team** med fagpersoner fra kommune og sykehus på tvers av somatikk og psykisk helsevern
- Prosjekt om **felles strategi for utvikling av teknologiske løsninger** som bruk av e-læring, app-teknologi, VR-briller, chatteløsninger og andre framtidige muligheter på tvers av forvaltningsnivåene
- Prosjekt for sykehus og kommuner om tilbudet til og **samhandlingen om syke barn og unge**
- Prosjekt om **framtidens utdanning** for blant annet sykepleiere – et samarbeid mellom sykehus, kommuner, HINN og NTNU Gjøvik
- Prosjekt om **kompetanseoverføring** mellom sykehus og kommune

1.2.4 Høringsmøter

Sykehuset Innlandet gjennomførte våren 2017 en omfattende høring av forslag til ny sykehusstruktur (idéfaserapport) og har derfor i arbeidet med utviklingsplanen valgt å gjennomføre høringsmøter med utvalgte interessentgrupper. Helse Sør-Øst RHF har uttrykt forståelse for helseforetakets spesielle situasjon.

Brukerutvalget, Overordnet samarbeidsutvalg og de foretakstillitsvalgte ga innspill til utviklingsplanens kapittel 6 *Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste* i organenes ordinære møter. Det ble avholdt egne høringsmøter med hhv kommunene og brukerorganisasjonene i mars 2018. Hovedtemaet i høringsmøtet med kommunene var drøfting av ulike tiltak som kan bedre samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene. Brukerorganisasjonenes innspill var knyttet til behovet for god informasjon til befolkningen og forutsigbare pasientforløp «fra hjem til hjem» der behandling på sykehus kun er en liten del av behandlingsforløpet.

Politisk referansegruppe for prosjekt ny sykehusstruktur ble orientert ved starten av arbeidet med utviklingsplanen høsten 2017 og om utviklingsplanens mål for utvikling av pasientens helsetjeneste i mars 2018. De geografiske samarbeidsutvalgene deltok i april 2018 i vurderingen av risiko- og muligheter av tiltak beskrevet i utviklingsplanen og framtidig målbilde for ny sykehusstruktur. Risiko- og mulighetsanalysen presenteres i overordnet samarbeidsutvalg og styringsgruppen for arbeidet med utviklingsplanen våren 2018.

2. Nåsituasjonen

2.1 Folkehelseprofil

Analysen fra Folkehelseinstituttet viser at innbyggerne i Hedmark og Oppland har en folkehelseprofil som ligger nær opp til befolkningsgjennomsnittet med tall som avviker noe i negativ retning for Hedmark og noe i positiv retning for Oppland. Det er noe høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og psykisk sykdom hos unge i Hedmark sammenlignet med landsgjennomsnittet. For tykk- og endetarmskreft er forekomsten lavere enn i resten av landet. Forekomsten av alle disse sykdommene i Oppland ligger noe under landsgjennomsnittet.¹

Tabell 2.1 (1) Helse og sykdomsprofil til befolkningen i Hedmark og Oppland sammenlignet med den generelle befolkningen i Norge 2017

Helse og sykdom (Folkehelseprofil 2017)	Hedmark	Oppland	Norge
Forventet levealder menn (år)	79	79,6	79,9
Forventet levealder kvinner (år)	83	83,3	83,8
Hjerte- og karsykdommer behandlet i sykehus (per 1000)	17,1	15,5	16,7
Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller (per 1000)	69,9	78,7	80
Type2 diabetes, legemiddelbrukere (per 1000)	43	35	36
Psykiske symptomer/lidelser, primærhelsetj., 15-29 år (per 1000)	165,5	156,6	158,2

Kilde: Tallene er for 2016 og er hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

Det er tydelig sammenheng mellom livsstil og forekomst av sykdom. I statistikken fra Folkehelseinstituttet framkommer det at andelen fysisk inaktive og inntaket av sukker er høyere i både Hedmark og Oppland enn resten av landet. Hedmark har noe høyere grad av inaktivitet og røyking enn resten av landet, mens Oppland har lavere andel røykere blant unge. Det er forhøyet forekomst av overvekt og fedme blant 17-åringene i begge fylkene.

Tabell 2.1 (2) Levevaner til befolkningen i Hedmark og Oppland sammenlignet med den generelle befolkningen i Norge 2017

Levevaner (Folkehelseprofil 2017)	Hedmark	Oppland	Norge
Fysisk inaktive (prosent)*	50	47	46
Røyking, daglig 16-44 år (prosent)	9	7	9
Røyking, daglig 45-74 år (prosent)	22	17	17
Sukkerholdige drikker, inntak, 16-79 år - daglig, andel (prosent)*	18	18	16
Overvekt inkl. fedme, 17 år (prosent)	26,3	26,2	22,7

Kilde: Tallene er for 2016 (tall fra 2015 er merket stjerne) og er hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>

Framtidig sykdomsutvikling vil reflektere befolkningens nåværende helsetilstand og levevaner. I aktivitetsframskrivningene som ble gjennomført i forbindelse med idéfaserapporten ble det brukt en rekke endringsfaktorer for å justere for blant annet noen av disse effektene. Dette beskrives nærmere i kapittel 4.3 og 4.4.

¹ Folkehelseprofil v/Folkehelseinstituttet (2017)

2.2 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Sykehuset Innlandet skal ha pasientens behov i sentrum og sørge for gode helsetjenester til alle pasienter i området. De fleste pasienter ønsker å være aktive medspillere i samvalg av behandling og behandlingsnivå. Befolkningen får i økende grad kunnskap om egen sykdom og tilgjengelige behandlingstilbud, dette gjør at pasienter og pårørende stiller stadig større krav til kvalitet, pasientsikkerhet og medvirkning. Kravene vil være av både faglig og funksjonell karakter.

Rapportmålinger av pasienterfaringer tolkes gjennom indikatorer som bidrag til vesentlig informasjon fra pasienter om hvordan kvaliteten i behandlingen oppleves. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten publiserte i 2016 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne pasienter på sykehus (PasOpp-rapporten). Undersøkelsen viste at Sykehuset Innlandet har like gode eller bedre resultater enn landsgjennomsnittet på alle de ni undersøkte indikatorene og har signifikant bedre resultat tilknyttet ventetid.² Samtidig viser resultatene at det har vært en forbedring fra 2011 tilknyttet pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering og standard. De resterende indikatorene er uendret. Områdene med lavest skår omfatter informasjon om sykdommen og prøveresultater, samt muligheter til å delta i beslutninger knyttet til egen behandling. Det er variasjon i resultatene mellom de ulike divisjonene i foretaket.

På systemnivå er foretakets brukerutvalg pasientens og befolkningens talerør. Leder og nestleder i brukerutvalget møter som observatører i foretakets styre. Unge brukere involveres særlig gjennom ungdomsrådene i Sykehuset Innlandet.

2.3 Pasientbehandling – pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

2.3.1 Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer

Somatikk

I 2017 hadde Sykehuset Innlandet totalt ca. 65 000 døgnopphold med ca. 229 000 liggedager, med en gjennomsnittlig liggetid på 3,5 dager. Antall dagopphold var ca. 40 500 (ca. 175 per dag, 230 dager i året) og antall polikliniske konsultasjoner var ca. 363 000 (ca. 1 575 per dag, 230 dager i året). I tillegg var det omfattende aktivitet på de medisinske støttefunksjonene bildediagnostikk og laboratorie-tjenester. Aktivitetsdata er registrert på ansvarshavende sykehus og ikke nødvendigvis hvor aktiviteten reelt har funnet sted. Dette betyr f.eks. at polikliniske konsultasjoner innenfor øyefaget registreres på Elverum selv om konsultasjonen faktisk fant sted på Lillehammer. Det samme gjelder poliklinisk aktivitet ved lokalmedisinske senter som registreres i den avdelingen som har ansvaret, eks. dialyse ved Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter som registreres på Lillehammer. Kun aktivitet som er refusjonsberettiget er med i oversikten. Tallene kan derfor gi et noe misvisende bilde av den faktiske aktiviteten ved de enkelte sykehusene.^{3,[1]}

Tabell 2.3.1 (1) Somatisk aktivitet ved Sykehuset Innlandet i 2017
(Tabellen viser refusjonsberettiget aktivitet i henhold til innsatsstyrt finansiering)

	Døgnopphold	Liggedager	Dagopphold	Poliklinikk	Totalt
Elverum	11 825	38 607	14 450	97 267	123 542
Hamar	11 158	35 648	3 498	41 293	55 949
Gjøvik	12 742	43 971	4 683	88 392	105 817
Lillehammer	17 438	63 174	9 202	64 776	91 416
Kongsvinger	7 086	26 669	6 801	55 141	69 028
Tynset	3 450	9 889	1 747	10 495	15 692
Hab./Rehab.	969	10 744	29	5 128	4 916
I alt	64 668	228 702	40 410	362 492	466 360

² PasOpp rapporten 2016:169

^[1] Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk

Psykisk helsevern

Den samlede aktiviteten innenfor psykisk helsevern og rus (inkludert sykehuspsykiatri for voksne og barn, samt distriktpsikiatriske sentre) utgjorde i 2017 totalt ca. 4 000 døgnopphold med ca 104 000 liggedager (gjennomsnittlig liggetid 26 dager). Det var ca. 180 000 dagopphold og polikliniske besøk.³

Tabell 2.3.1 (2) Den samlede aktiviteten innen psykisk helsevern og rus ved Sykehuset Innlandet i 2017

Psykisk helsevern	Døgnopphold	Liggedager	Dagopphold og polikliniske konsultasjoner
Psykisk helsevern for voksne (PHV)	3 327	78 482	109 165
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	403	15 697	23 213
Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	343	10 257	47 642
I alt	4 073	104 436	180 020

Aktivitet 2017 – uten aktivitet som ikke er refusjonsberettiget

Habilitering og rehabilitering

Habilitering er i all hovedsak en dagbasert tjeneste, med stadig større grad utredninger og diagnostisering gjennom tverrfaglige polikliniske konsultasjoner, eller i pasientens eget hjem eller nærmiljø når dette er nødvendig. Oppfølging gjøres ambulant og samtidig med veiledning og samarbeid med kommunene. Aktivitet tilknyttet habilitering og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet i 2017 utgjorde totalt 969 døgnopphold med ca. 10 700 liggedager og en gjennomsnittlig liggetid på 11 dager. Antall polikliniske konsultasjoner var ca. 5 100.

Sykehuset Innlandet behandler pasienter etter hjerneskade, ved bevegelsesutfordringer og ved muskel- og skjelettsmerter ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, som ligger på Ottestad og Gjøvik. Lungesyke pasienter har et utrednings- og rehabiliteringstilbud på Granheim lungesykehus.

Prehospitale tjenester

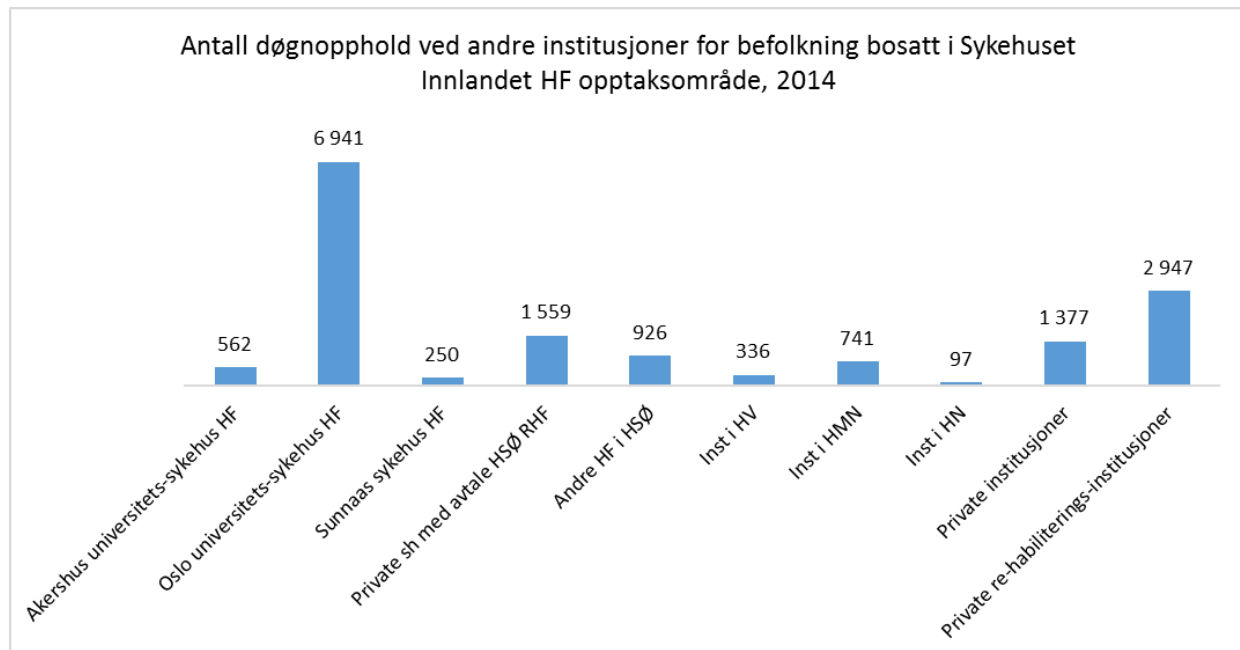
Divisjon Prehospitale tjenester leier totalt 29 ambulansestasjoner spredt rundt i Hedmark og Oppland. Divisjonen har også ansvaret for AMK-sentral, den medisinske tjenesten ved luftambulansens base på Dombås, pasientreisekontor og spesialisthelsetjenestetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres.

Pasientstrømmer

Sykehuset Innlandet har egendekningsgrad for døgnopphold på 79 prosent. Den største «lekkasjen» av døgnopphold er til Oslo universitetssykehus på 9 prosent av alle døgnopphold i 2014. Det er også lekkasje til private sykehus som har avtale med Helse Sør-Øst RHF, inkludert Revmatismesykehuset som har hovedansvaret for revmatologi i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet.⁴

³ Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, psykiatri del 2

⁴ Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk del 1

Figur 2.3.1 (1) Antall døgnopphold ved andre institusjoner for befolkning bosatt i Sykehuset Innlandets opptaksområde, 2014

Kilde: Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk del 1

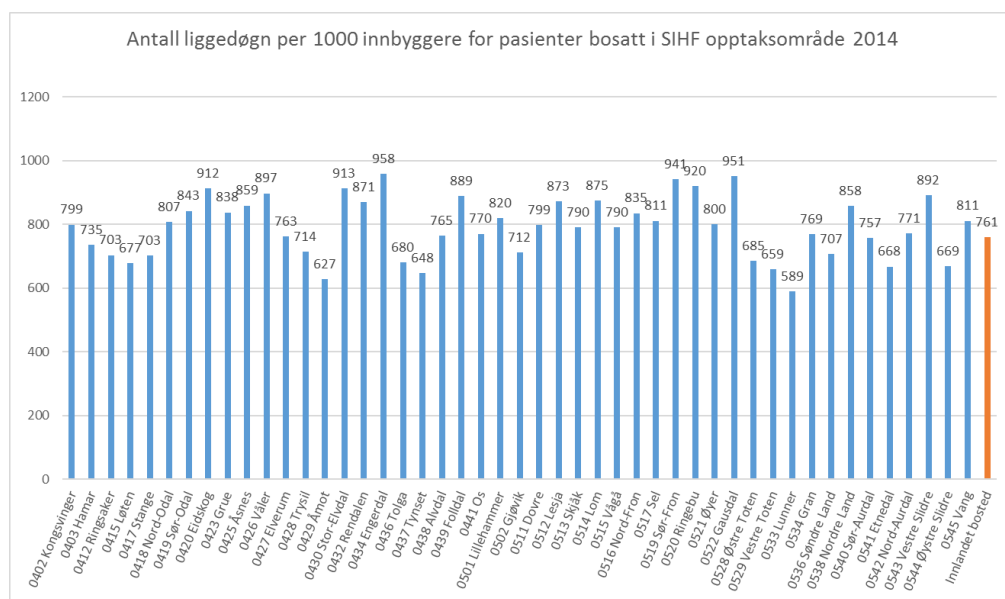
Forbruksrater

Antall liggedager for befolkningen i Sykehuset Innlandets opptaksområde er 757 liggedager pr 1000 innbyggere (ekskludert privat rehabilitering). Gjennomsnittet i Norge er 696 liggedager pr 1000 innbyggere.

Analysen fra Senter for klinisk analyse og evaluering antyder at Sykehuset Innlandet kan ha et overforbruk av helsetjenester^{5,6}. Sykehuset Innlandet har et forbruk som er over landsgjennomsnittet innenfor sju av 12 utvalgte inngrep (acromionreseksjon, menisk reseksjon, hammertå/hallux valgus, utvalgt håndkirurgi, karpal syndrom, lyskebrokk og hemorider). Innenfor innsetting av primære hofte- og kneproteser ligger også foretaket over landsgjennomsnittet. Det er også en betydelig variasjon mellom Hedmark og Oppland. I 2016 fikk 218 per 100 000 innbyggere i Hedmark innsatt primær hofteprotese, mens tilsvarende tall for Oppland var 141 per 100 000. For primære kneproteser var tallene 151 per 100 000 i Hedmark versus 91 per 100 000 i Oppland. Årsaken til denne variasjonen må utredes nærmere.

⁵ Dagkirurgi i Norge 2011-2013, SKDE rapport Nr. 1/2015 Utvalgte inngrep

⁶ Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE rapport Nr. 4/2016

Figur 2.3.1 (2) Forbruksrater liggedøgn i Sykehuset Innlandets opptaksområde, 2014

Kilde: Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk del 1

2.3.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for å skape pasientens helsetjeneste. Helseforetaket er i gang med omstillingsarbeid som skal identifisere områder med uønsket variasjon i pasienttilbudet. Innsatsen skal rettes mot disse områdene gjennom konkrete forbedringstiltak. Foretakets sentrale kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (SIKPU) ledes av administrerende direktør og har et mandat som omfatter pasientsikkerhet, prioritering av saker og læring på tvers i organisasjonen. Alle divisjoner har opprettet et Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (DKPU). Noen av divisjonene har i tillegg innført kvalitetsråd på avdelingsnivå. Sykehuset Innlandet bruker i dag et overordnet dokumentstyringssystem og system for uønskede hendelser (Kvalitetsportalen).⁷

Sykehuset Innlandet har siden Folkehelseinstituttet i 2011 startet publisering av indikatorer for 30-dagersoverlevelse for førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse, hatt negative avvik på flere av disse områdene. Tallene for siste måling (2016) viser at Sykehuset Innlandet har signifikant dårligere overlevelse på totaloverlevelse, hjerneslag og hoftebrudd. Institusjonsrapportene for de ulike divisjoner viser også at helseforetaket har variasjon i overlevelse. Innenfor indikatoren 30-dagers totaloverlevelse, er to av våre sykehussignifikant bedre enn landsgjennomsnittet, mens to er signifikant dårligere. Også innenfor de tre andre indikatorene har foretaket enkelt sykehus som har signifikant dårligere overlevelse enn landsgjennomsnittet.⁸

Arbeid med kvalitetsforbedring er et målrettet og langsiktig arbeid med oppbygging og videreutvikling av god faglig praksis og forbedringskompetanse. Virksomhetsstrategien fra 2017 har følgende mål for perioden 2018-2021⁹:

- Innføre felles pasientforløp og arbeidsprosesser i Sykehuset Innlandet med fokus på faglig kvalitet.
- Redusere variasjonen i pasientbehandlingen.
- Overlevelse etter sykehusinnleggelse skal økes til 95,2 prosent målt ved indikatoren «30 dager totaloverlevelse».

⁷ Strategi for pasient- og pårørendeopplæring i Sykehuset Innlandet HF 2014-2017

⁸ Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2016

⁹ Virksomhetsstrategi 2018-2021

- Sykehuset Innlandet skal ha en åpen og god meldekultur med mål om færre alvorlige uønskede hendelser.
- Totalforbruket av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 prosent innen 2020 sammenliknet med 2012.
- Andelen sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 prosent.
- Ingen pasienter skal oppleve brudd på fristen som er satt etter vurdering av behovet for å starte helsehjelp.
- Gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til start av helsehjelp skal være under 60 dager innen somatikk, og under 45 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.3.3 Pasientopplæring – om mestring og involvering

Pasienter har lovfestet rett til medvirkning, informasjon og opplæring. Et av målene med pasientopplæring er å øke pasientenes og de pårørendes kunnskap om helse og hvordan man selv kan styrke egen mestring for å leve med helseutfordringer. Ressurssenter for pasient- og pårørendeopplæring (RPPO), har et divisjonsovergripende ansvar for å bistå med å utvikle lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og langvarige helseutfordringer. Senteret har helsepedagogisk kompetanse og støtter klinikkene i å opprette mestringkurs for pasienter- og pårørende og sikrer at det er brukarmedvirkning i planlegging, gjennomføring og evaluering av kursene.

Helsetjenesten skal endres fra «Hva feiler det deg?» til «Hva er viktig for deg?». Opplæringen baserer seg på en standard metode der fagkunnskap og brukerkunnskap sidestilles i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbud og bidrar til at det arbeides spesielt med utvikling av arbeidsformer som sikrer reell brukarmedvirkning blant annet gjennom samvalg. Det gruppebaserte opplæringstilbudet har en egenverdi ved at brukerne møter hverandre og deler erfaringer, og får tilgang til etablerte møteplasser og informasjonssentra.

Tjenestens grunnidé er at dette ikke er opplæring i et fag som skal læres, men et liv som skal leves.

2.4 Oppgavedeling og samhandling

2.4.1 Oppgavefordeling internt i Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandets somatiske funksjonsfordeling per juni 2016 er kortfattet gjengitt i tabell 2.4.1 (1). De somatiske sykehusene har blant annet akuttbehandling, operasjon, intensiv/overvåkning og bildediagnostikk. I tabellen oppgis tilbudene både som polikliniske tilbud, dag- og døgntilbud.

Tabell 2.4.1 (1) Sykehuset Innlandets somatiske sykehusvirksomhet (status oktober 2016)

Virksomhets-område	SI Elverum	SI Hamar	SI Gjøvik	SI Lillehammer	SI Kongsvinger	SI Tynset
Akutt	Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv	Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv Overvåknings-enhet	Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv Overvåknings-enhet Palliativt team	Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv Overvåknings-enhet Palliativt team	Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv Overvåknings-enhet Smertepoliklinikk	Akuttmottak Anestesi Operasjon Medisinsk og kirurgisk overvåkning
Barne- og ungdom	Poliklinikk Sengepost Nyfødtintensiv		Poliklinikk	Poliklinikk Sengepost Nyfødtintensiv	Poliklinikk	
Bilde-diagnostikk	Generell røntgen Nukleærmedisin	Generell røntgen BDS	Generell røntgen	Generell røntgen Nukleærmedisin BDS	Generell røntgen	Generell røntgen
Ergoterapi/ Fysioterapi	Ja	Fysioterapi	Ja		Ja	Fysioterapi
Gynekologi/ føde	Poliklinikk Sengepost Dagkirurgi Fødeavdeling	Poliklinikk Dagkirurgi	Poliklinikk Sengepost Dagkirurgi Fødeavdeling	Poliklinikk Sengepost Dagkirurgi Kvinneklinnikk	Poliklinikk Sengepost Fødeavdeling	Poliklinikk Jordmorstyrt fødestue i sykehus
Indremedisin	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, hudsykdommer Kreftbehandl. Nyremedisin og dialyse (med satellitt) Hjerte-overvåkning	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, hormon-sykdommer Kreftbehandl. Geriatrici	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, hormon-sykdommer, infeksjon, hematologi Kreftbehandl. med stråleterapi Geriatrici	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, infeksjon Kreftbehandl. Nyremedisin og dialyse (med satellitt) Geriatrici	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, hormon-sykdommer Kreftbehandl. Dialysesatellitt (fra Elverum) Overvekts poli. Revmatologi	Generell indremedisin: Fordøyelses-sykdommer, hjertemedisin, lungemedisin, hjerneslag, hormon-sykdommer Kreftbehandl. Dialyse (Røros) Geriatrici Søvnnavnitt Hudpoliklinikk
Ortopedi	Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi	Ortopedisk poliklinikk	Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi	Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi Revmakirurgi	Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi Revmakirurgi	Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi
Kirurgi	Bløtdel Poliklinikk	Poliklinikk og sengeposter Dagkirurgi Gastrokirurgi Mamma/endokrin kirurgi Karkirurgi Urologi	Poliklinikk og sengepost Dagkirurgi Gastrokirurgi Fedmekirurgi Karkirurgi (dagkirurgi)	Poliklinikk og sengepost Dagkirurgi Gastrokirurgi Urologi	Poliklinikk og sengepost Dagkirurgi Gastrokirurgi Urologi	Poliklinikk og sengepost Dagkirurgi Gastrokirurgi Tann-behandling Urologi
Laboratorie-medisin	Blodbank og medisinsk biokjemi	Blodbank og medisinsk biokjemi	Blodbank og medisinsk biokjemi	Blodbank og medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi og patologi	Blodbank og medisinsk biokjemi	Blodbank og medisinsk biokjemi
Nevrologi	Poliklinikk	Poliklinikk		Poliklinikk og sengepost		Avtalespesialist
Øre-nese-hals	Poliklinikk Sengepost Høresentral		Poliklinikk Sengepost Høresentral Tann-kjeve		Poliklinikk Høresentral	
Øye	Poliklinikk Sengepost			Poliklinikk	Poliklinikk	Avtalespesialist
Pasienthotell / Sykehotell ²⁶	Pasienthotell*	Pasienthotell*	Pasienthotell*	Pasienthotell*		Sykehotell*

* Pasienthotell er et hotell i sykehus (godkjent som sykehusareal) hvor pasienten enten kan være innlagt og ligge der pga. lite eller ikke pleiebehov, eller være ren gjest. Sykehotell er hotell i areal som ikke er godkjent som sykehusareal.

Sykehuspsykiatrien for voksne samt barn og unge ivaretas av sykehusene Reinsvoll og Sanderud. Se tabell 2.4.1 (2) for oversikt over funksjonsfordeling mellom disse.

Tabell 2.4.1 (2) Funksjonsfordeling sykehuspsykiatri i Sykehuset Innlandet

Sykehus	Lokalisasjon	Funksjoner
SI Reinsvoll	Reinsvoll i Vestre Toten	1. Akuttpsykiatri og psykosebehandling 2. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
SI Sanderud	Ottestad i Stange	1. Akuttpsykiatri- og psykosebehandling 2. Alderspsykiatri 3. Avdeling for tverrfaglig spesialisert 3. Barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling 4. Distriktpsykiatrisk senter Elverum-Hamar på sykehuset

Kilde: Bearbeidet fra tekst i Idéfaserapporten (2016)

Det meste av den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern og rus ivaretas på fem distriktpsykiatriske sentre (DPS); Elverum-Hamar, Gjøvik, Kongsvinger, Lillehammer og Tynset. DPS-ene har virksomhet på tilsammen 13 steder inkludert lokaler tilknyttet de somatiske sykehusene, i lokaler tilknyttet sykehuspsykiatrien på Sanderud og i egne lokaler i Nord-Gudbrandsdalen, i Valdres, på Hadeland og i Hamar sentrum.

2.4.2 Oppgavefordeling mellom Sykehuset Innlandet og andre helseforetak

Det er formalisert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF for Fjellregionen¹⁰ hvor pasienter får tilbud på tvers av dagens regionale helseforetaksgrenser ved Tynset sykehus. Denne regionen har et befolkningsgrunnlag på omlag 25 000 innbyggere, hvorav 20 000 fra Hedmark, resten kommer fra kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag.

Helseforetaket ivaretar også somatiske lokalsykehusfunksjoner for Nes kommune i Akershus med omlag 19 500 innbyggere etter avtale med Helse Sør-Øst RHF. Denne avtalen opphører når spesialisthelsetilbudet i Kongsvingerregionen overføres til Akershus universitetssykehus fra 2019.

2.4.3 Samhandling med kommuner og fastleger

Befolkningen i Innlandet vil øke de nærmeste årene. Andelen eldre vil øke vesentlig. Flere vil få behov for behandling og pleie, og presset på helse- og omsorgstjenestene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten vil øke. Dette stiller økende krav til god samhandling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Sykehuset har en velfungerende praksiskonsulentordning (PKO). Fastlegene knyttet til ordningen involveres hyppig i forbedrings- og utviklingsarbeid i sykehuset.

Sykehuset Innlandet har lovpålagte avtaler med alle kommunene i henhold til samhandlingsreformen. Helseforetaket har etablert spesialisthelsetilbud med poliklinikk og dagbehandling ved de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres. Tilbudet er samlokalisert med kommunale og interkommunale tilbud og formalisert gjennom driftsavtaler mellom den aktuelle vertskommunen og helseforetaket. Desentraliserte polikliniske tilbud på Hadeland vil bli utvidet våren 2018.

2.4.4 Samhandling med private og avtalespesialister

Sykehuset Innlandet har som ambisjon å være konkurransedyktige på tilgjengelighet, ventetider og kvalitet. Innlandets befolkning har i tillegg flere private tilbydere innenfor somatikk, rehabilitering, psykisk helsevern og rus. Enkelte utfyller Sykehuset Innlandet sitt tilbud mens andre oppfattes å være i konkurranse med sykehusets tilbud. Omlag en femtedel av de polikliniske konsultasjonene i Hedmark og Oppland utføres av avtalespesialister.¹¹

¹⁰ Fjellregionen består av kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Folldal og Rendalen i Hedmark, og kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag

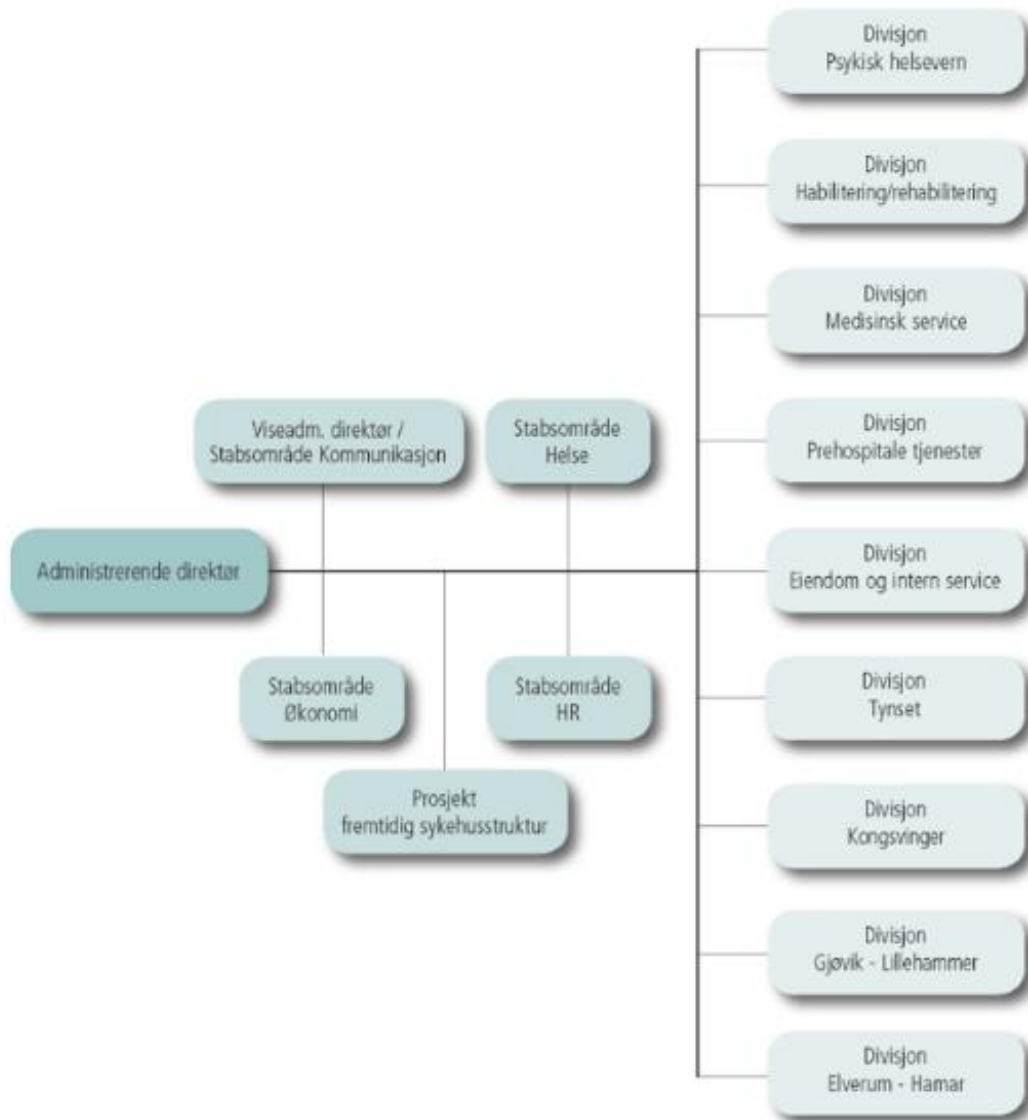
¹¹ Bistand til gjennomføring av idéfase for Sykehuset Innlandet. Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk del 1

2.5 Organisering og ledelse

2.5.1 Dagens organisering og ledelsesstruktur

Organisasjonsstrukturen framgår av organisasjonskartet nedenfor (Figur 2.5.1 (1)).

Figur 2.5.1 (1) Organisasjonskart Sykehuset Innlandet



Kilde: <http://sykehuset-innlandet.no/om-oss-si/fakta/organisering>

Sykehuset Innlandet er organisert i ni divisjoner – fire geografiske divisjoner og fem tverrgående divisjoner. I tillegg har Sykehuset Innlandet fire stabsområder og et prosjektområde. Virksomheten er inndelt i fire ledelsesnivåer; administrerende direktør, divisjonsdirektør/stabsdirektør, avdelingssjef og seksjons/enhetsleder.

Organisasjonsmodellen vurderes per i dag som egnet for å ivareta stedlig ledelse, lokalt initiativ og engasjement samt økonomisk styring. Samarbeid mellom divisjonene for å utvikle felles faglige prosedyrer, felles læring, helhetlige pasientforløp og redusert uønsket variasjon, forutsetter ledelsesmessig tilrettelegging og oppfølging. Foretakets geografiske divisjonsstruktur og ledelsesmodell gjør det imidlertid utfordrende å oppnå helhetlig faglig fokus på tvers av sykehusene.

2.5.2 Ledelse

Ledelse er et viktig fokusområde i Sykehuset Innlandet. Ledelse og måten ledelse blir utøvd på er en viktig faktor som påvirker pasientbehandling, medarbeidernes arbeidsmiljø og virksomhetens resultater. Foretaket skal legge til rette for ledere som ivaretar helhetlig lederskap, et samlet ansvar for personal, kvalitet, fag og økonomi.

Det arbeides systematisk med ledelsesutvikling i helseforetaket. Det pågår kontinuerlig ulike utviklings- og opplæringstiltak for å understøtte og videreutvikle lederkompetansen.

Alle ledere skal ha lederavtaler hvor det er en tydeliggjøring av ansvar og fullmakter. Lederavtalene inneholder krav og mål for et driftsår og evalueres i årlige ledersamtaler.

2.5.3 Medarbeiderundersøkelsen – om ledelse og arbeidsmiljø

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført høsten 2016 med en svarandel på 71 prosent. Undersøkelsen viser at for samlet opplevd lederatferd scorer helseforetaket likt som referanseverdien i Helse Sør-Øst. For arbeidsmiljø scorer Sykehuset Innlandet marginalt høyere enn referanseverdien fra Helse Sør-Øst, for de fleste temaene med unntak av *arbeidsbelastning* som er likt og *egenkontroll* som har negativt avvik.¹²

Figur 2.5.3 (1) Oppsummerte hovedresultater fra medarbeiderundersøkelsen

	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
MÅL	4944	70	70		69
FORBEDRINGER	4932	70	70		70
FAGLIG UTVIKLING	4882	65	67		66
KVALITET	4909	77	77		77
TRYGGHET	4886	79	80		78
RESPEKT	4865	77	77		76
MOTIVASJON	4895	78	79		78
ARBEIDSGLEDE	4888	79	81		78
TILHØRIGHET	4888	77	79		77
MEDVIRKNING	4872	60	61		60
ROLLEKLARHET	4876	89	89		88
SOSIALT SAMSPILL	4873	81	81		80
KONFLIKTER	4869	77	77		76
ARBEIDSBELASTNING	4869	64	66		64
EGENKONTROLL	4870	42	44		46
ROLLEKONFLIKT	4858	72	73		70
OPPLEVD LEDERADFERD	4848	77	78		77
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	4490	83	83		84

Kilde: Medarbeiderundersøkelsen 2016 (Rapport for Sykehuset Innlandet HF)

Fra 2018 er det en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse, miljø og sikkerhetskartlegging (HMS) og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen kalt ForBedring. Undersøkelsen ble gjennomført i Sykehuset Innlandet i mars og april 2018 og måler ulike dimensjoner ved pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og helse, miljø og sikkerhet oppsummert i ni ulike temaer. Det finnes ikke referanser for resultatene i denne undersøkelsen, men det ser ut som om foretaket har et tilfredsstillende resultat på de fleste dimensjoner med unntak av «arbeidsforhold».

På påstanden «Jeg må noen ganger utføre arbeidsoppgaver uten tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å fullføre dem» og «Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)» har foretaket et resultat på 46. Det er spesielt de store somatiske divisjonene som scorer lavt på disse påstandene.

¹² Medarbeiderundersøkelsen 2016 (Rapport for Sykehuset Innlandet HF)

2.6 Bemanning og kompetanse

2.6.1 Bemanning

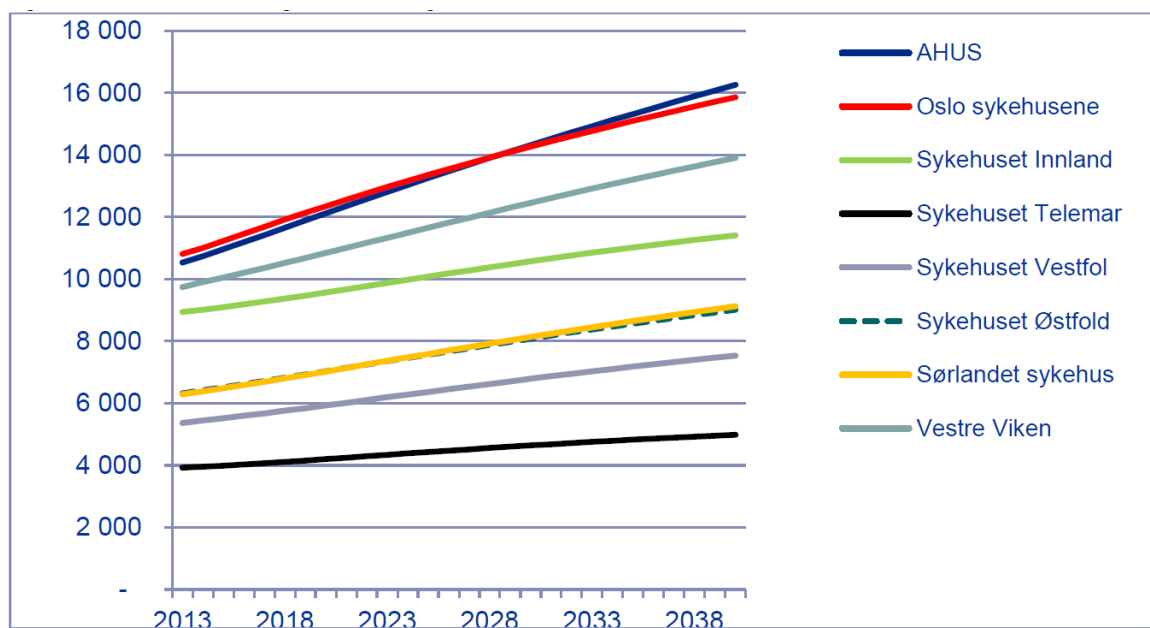
To tredeler av Sykehuset Innlandets ressursinnsats er knyttet til personell. De ansattes holdninger, kunnskaper og ferdigheter er den viktigste forutsetningen for virkningsfulle, trygge og effektive spesialisthelsetjenester.

Sykehuset Innlandet hadde i 2017 i gjennomsnitt 9972 ansatte, fordelt på 7455 årsverk, sammenlignet med 7498 i 2016. 41,3 prosent av medarbeiderne jobbet deltid, som er nest høyest i foretaksgruppen. Andel deltidsansatte har gått svakt ned i perioden 2015 til 2017. Tabellen 2.6.1 (1) under viser antall ansatte i ulike stillingsgrupper i Sykehuset Innlandet.

Tabell 2.6.1 (1) Stillingskategorier for ansatte Sykehuset Innlandet

Stillingskategori	Antall
Leger (totalt)	894
<i>Overleger</i>	435
<i>LIS 2 og 3</i>	418
<i>LIS 1</i>	41
Psykologer	216
Sykepleier	2794
Helsefagarbeider/hjelpepleier	437
Diagnostisk personell	352
Pasientrettede stillinger	1170
Apotekstillinger	2
Drifts/teknisk personell	631
Ambulansepersonell	446
Forskning	57
Administrasjon / ledelse	1054
Totalt	8053

I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan ble det utarbeidet en rapport om bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040 (Statistisk sentralbyrå, 2015). I denne ble det konkludert med at Innlandet kan forvente en vekst i bemanningsbehovet mot 2040 på 27,6 prosent, som er blant de laveste i landet. Se figuren under for illustrasjon av disse trendene.

Figur 2.6.1 (1) Forventet utvikling av bemanningsbehov

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2015

Økningen i andelen eldre sammen med små årskull i yrkesaktiv alder kan ifølge flere utredninger komme til å skape et misforhold mellom tilgang til og etterspørsel etter helsearbeidere. Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2016 en overordnet behovsanalyse som viste økende behov for spesialistbehandling innenfor blant annet kreftsykdommer og psykisk helsevern. En nasjonal bemanningsmodell er utarbeidet for å identifisere behovet for helsepersonell fram mot 2030. Foretaket har ikke foretatt egne analyser knyttet til denne modellen. En detaljert beskrivelse av hvor en kan forvente underdekning av helsepersonell i årene framover basert på denne modellen foreligger derfor ikke. Beregnet årsverksbehov er 7 185 i perioden 2018-2021, jevnfør foretakets økonomisk langtidsplan.

Alderssammensetningen viser at 37,5 prosent av de ansatte innenfor de ulike legekategoriene er 55 år eller eldre. For øvrige stillingskategorier er det tilsvarende tallet 28,9 prosent.

2.6.2 Utdanning

Utdanning er en lovpålagt oppgave som omfatter både grunnutdanning, videreutdanning og etterutdanning. Helseforetaket bidrar både med praksis og praksisbasert undervisning. I løpet av 2017 var det i alt 425 studenter innenfor helsefaglige bachelorutdanninger, herunder 330 sykepleierstudenter, med i alt 1500 praksisopphold. Sykehuset Innlandet hadde 58 lærlinger fordelt på ambulanse, helsefag og institusjonskøkk. 92 leger er hvert år i LIS1-løp og åtte fysioterapeuter er i turnustjeneste.

Rundt 50 sykepleiere og anslagsvis 300 leger var i 2017 i videre- og spesialistutdanning. Sykehuset Innlandet har tett samarbeid med Høgskolen i Innlandet og NTNU Gjøvik gjennom en strategisk samarbeidsavtale og faste møtepunkter om alle bachelorutdanningene.

Medisinstudenter fra Universitet i Oslo er utplassert ved alle de store somatiske og psykiatriske enhetene inntil 24 uker i året. I tillegg har divisjon Tynset medisinstudenter fra NTNU Trondheim 32 uker i året. Den største kontaktflaten mot universiteter etter grunnutdanningen utgjøres av kombinerte stillingsinnehavere ved Sykehuset Innlandet og NTNU/Universitet i Oslo. Foretaket tar jevnlig imot leger som er i spesialisering allmenntmedisin, men dette er ikke faste utdanningsstillinger.

Utdanningsaktiviteten ved sykehuset skal bidra til at sykehuset til enhver tid har den kompetanse som moderne sykehus behøver.

2.6.3 Kompetanse

Sykehuset Innlandet yter sammensatte og varierte tjenester som krever både bredde- og spisskompetanse.

Økt spesialisering, rask faglig utvikling, effektivisering, kortere liggetider og dreining fra døgn- til dagbehandling endrer kompetansebehovene. Kompetansen må ses i sammenheng med primærhelsetjenestens behov for kompetanseoverføring. Utvikling av velferdsteknologi vil gjøre det mulig å følge opp flere pasientgrupper digitalt og i hjemmet. Forskningskompetanse vil bli viktigere for å møte økende kvalitets- og kompetansekrav som følge av omstillingen innenfor spesialistutdanningen. Ledelseskompetanse vil være sentral for å gjennomføre strukturendringer i Sykehuset Innlandet, for å styrke samarbeid og samhandling, og for å motivere og involvere medarbeidere i utvikling av tjenesten. Ingeniør- og designkompetanse vil bli viktig i en periode der automatisering, robotisering og etter hvert kunstig intelligens forventes å erstatte mange av oppgavene dagens helsearbeidere har.

2.6.4 Rekruttering

Dekningen av og tilgangen på spesialkompetanse varierer mellom fagområdene i foretaket. Foretaket har størst rekrutteringsutfordring innenfor fag som er fragmenterte, hvor fagmiljøene er små og sårbare. En vanskelig bemanningssituasjon innenfor fag som onkologi og hematologi viser hvor sårbar sykehusdriften er på grunn av mangel på nøkkelkompetanse. Andre utsatte fag er stråleonkologi, lungemedisin, mamma-endokrinkirurgi, hudsykdommer, patologi og innenfor psykisk helsevern er det stort behov for barne- og ungdomspsykiatere, psykiatere og psykologspesialister. Tilgangen til helsepersonell med riktig kompetanse kommer til å bli en kritisk utfordring for Sykehuset Innlandet i årene som kommer. Dagens spredte struktur hvor alle sykehus har akuttfunksjoner innenfor medisinske og kirurgiske fag, gir grunn til å anta at rekrutteringsutfordringene kan bli større i Innlandet sammenlignet med andre foretak i Helse Sør-Øst.

Det er høy gjennomsnittsalder blant sykepleiere innenfor områdene anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie (AIO). Det er utfordrende å dekke nåværende og framtidig behov gjennom ekstern rekruttering. Foretaket må kontinuerlig sørge for videreutdanning av eget personell. NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet bidrar gjennom godt samarbeid og fleksible løsninger til at foretaket kan utdanne tilstrekkelig antall AIO studenter for å dekke dette behovet.

Innenfor videreutdanning i barnesykepleie er det liten rekruttering. Dette kan bli en utfordring på sikt hvis trenden ikke endrer seg. Denne utdanningen finnes ikke ved NTNU Gjøvik eller Høgskolen i Innlandet.

Rekruttering av bioingeniører er utfordrende. Foretaket utreder i samarbeid med Høgskolen i Innlandet muligheten for etablering av bachelorutdanning i Innlandet.

2.7 Forskning og innovasjon

2.7.1 Forskning

Sykehuset Innlandet har stor og økende forskningsaktivitet, og ligger i nasjonal sammenheng høyt i produksjon av forskningspoeng blant sykehusene som ikke er universitetssykehus nasjonalt. Målet er en 10 prosent økning i antall tellende publikasjoner årlig. Se tabell 2.7.1 for oversikt over aktivitetsparametere.

Tabell 2.7.1 (1) Produksjon artikler, doktorgrader og årsverk

Produksjon	2016	2015	2014	2013
Ant avlagte doktorgrader	8	7	5	2
Ant publiserte artikler	156	145	97	89
Ant årsverk forskning	68	58,4	56,8	53,4

Kilde: NIFU-rapport, Sykehuset Innlandet HF, Årsrapporter

I Sykehuset Innlandet var det ved inngangen til 2018 50 PhD-stipendiater og ni postdoktorstipendiater i løp, disse finansieres både av interne og eksterne midler. I 2018 vil ytterligere 11 ansatte starte et PhD-løp, og fire starter post.doc løp, et antall som kan øke avhengig av tilslag på søknader om eksterne midler.

I tråd med foretakets virksomhetsstrategi er det igangsatt et arbeid med å utvikle og samle forskningsmiljøet i forskningsgrupper etter gitte kvalitetskriterier. Forskningsgruppene skal bidra til utvikling av mer robuste forskningsmiljøer som er integrert i klinisk virksomhet, større konkurransekraft ift å innhente eksterne midler, brukermidvirkning i forskning, i tillegg til å gi forskningen i Sykehuset Innlandet en mer tydelig profil.

Forskningsgruppene har medlemmer på tvers av sykehusene, og er etablert innenfor temaområder som rus og psykiatri, alvorlige psykiske lidelser hos voksne, nevrou utvikling, aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, mor og barn, ortopedi, overvekt og fedme samt tjenesteutvikling og innovasjon. Sykehuset Innlandet har i tillegg tre forskningssentre lagt til divisjon Psykisk helsevern; Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), Alderspsykiatrisk forskningssenter og Religionpsykologisk senter.

Sykehuset Innlandet avsetter øremerkede midler som lyses ut til gjennomføring av forskningsprosjekter (forprosjekt, PhD, post.doc, og annet) og til forskningsgrupper i helseforetaket. Midlene tildeles etter kvalitetskriterier og i henhold til virksomhetsstrategi i både Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst RHF. Styret i Sykehuset Innlandet har videre vedtatt å styrke ressursgrunnlaget for forskning, og det er vedtatt en 3-årig opptrappingsplan for forskning (fra 2017). Samtidig vil det være et stort fokus på innhenting av ekstern finansiering fra store helseprogrammer i Norsk forskningsråd (NFR), EU og andre eksterne kilder.

Det er i løpet av de siste årene tilsatt flere forskere i kombinasjonsstillinger med høgskoler og universiteter, som virkemiddel for utvikling av samarbeid og ytterligere økt forskningsaktivitet, i tillegg til å være et viktig virkemiddel for å holde på klinikere med forskerkompetanse i Innlandet.

I de videre planene framover inngår en sterk prioritering av samarbeid innenfor forskning, forskningsutdanning og forskerstøttefunksjoner med høyere utdanningsinstitusjoner i Innlandet som inngår i det strategiske samarbeidet; NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet. Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Innlandet samarbeider i et prosjekt med mål om å utvikle et helsefaglig PhD-utdanningstilbud med hovedforankring i Innlandet.

Oppdragsforskning i Sykehuset Innlandet er hovedsakelig forskning i samarbeid med legemiddelindustrien. Denne type kliniske studier har som formål å studere effekter av legemidler og eventuelt annet medisinsk utstyr via standardiserte og godkjente forskningsprotokoller, som igjen er viktig forskning for å sikre best mulig pasientbehandling. Det er inngått rammeavtale med Inven2 som fra 2015 administrerer alle nye prosjekter innenfor oppdragsforskning.

2.7.2 Innovasjon

Med det nye målbildet for utvikling mot en ny sykehusstruktur og helsetjeneste i Innlandet er helseforetaket i en fase hvor behovet for omstilling, nytenkning og innovasjon i tjenestene er stort. Et innovasjonsstøttesystem og struktur som kan bidra til at gode idéer løftes fram og tas over i prosjektsamarbeid med andre kompetansemiljøer/bedrifter, klynger der søknadsarbeid om ekstern finansiering er en del av samarbeidet, vil bli viktig framover. Et slikt støttesystem er under utvikling, og ansvaret for innovasjon er lagt til forsknings- og innovasjonsavdelingen. Innovasjoner med potensial for kommersialisering meldes til og ivaretas av Inven2 AS gjennom en samarbeidsavtale.

Sykehuset Innlandet benytter i dag klynger som møteplasser og til dialog om nye forsknings- og innovasjons prosjekter og samarbeider tett med det regionale virkemiddelapparat for å fremme innovative anskaffelser og forskningsbasert innovasjon for nye, nyttige og nyttiggjorte produkter, tjenester og prosesser.

For å sikre godt tilfang av innovasjonsideer implementer Sykehuset Innlandet Induct software i 2018. Dette verktøyet benyttes også til å måle aktivitet og nytte av innovasjonsprosjektene. I 2018 er det et mål å etablere 30 innovasjonsprosjekter, arrangere 12 møteplasser mellom sykehus og eksterne innovasjonsaktører via samarbeid med klynger, og gjennom det skaffe ekstern finansiering til våre innovasjonsaktiviteter. Det er utviklet flere innovasjons- prosjektspor og søknader om ekstern finansiering med utspring i idéer og behov i klinisk praksis hentet fra innovasjonsklinikere, spesielt

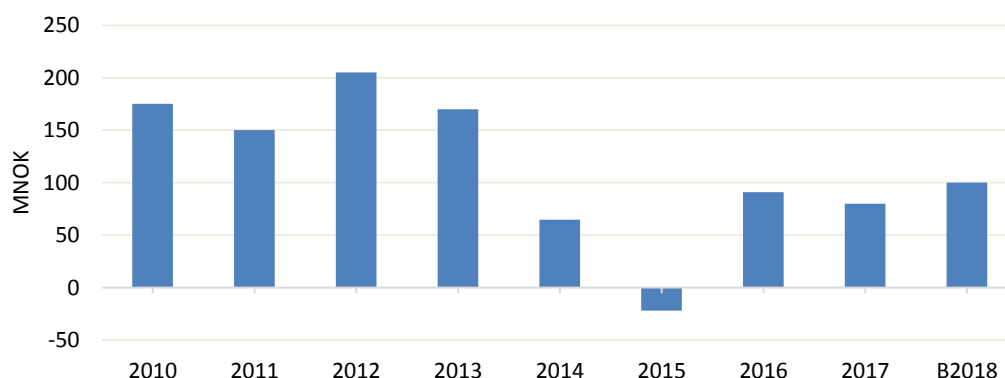
knyttet til psykisk helsevern og prehospitale tjenester. Samtlige prosjektspor er utviklet i samarbeid med andre kompetansemiljøer og utdanningsinstitusjoner, klynger og bedrifter/næringsliv og kommuner der det er relevant.

Sykehuset Innlandet ble i 2017 formelt medlem av to klynger; forum for virtual reality teknologi i Innlandet (VR-klyngen «VRINN») som samler bedrifter i regionen innenfor virtual reality teknologi, og Terningen Nettverk som er en innovasjonsklynge som samler aktører fra offentlig-privat-frivillig sektor (også kommuner) med folkehelse som overbygning på klyngesamarbeidet. Sykehuset Innlandet var medarrangør på den årlige konferansen Nordic VR-forum på Hamar i november 2017, og hadde ansvar for et eget konferansespor som en del av konferansen fokusert på bruk av virtual reality teknologi innenfor helse. «SIM Innlandet», landets eneste simuleringssenter innenfor psykisk helsevern, har i 2017 utviklet og etablert seg som «SIM Innlandet – senter for simulering og innovasjon», og har kommet langt i å utvikle digitaliserte læringsverktøy, med bruk av virtual reality teknologi, som også er tatt i bruk i kommuner og prehospitale tjenester.

2.8 Nåsituasjon økonomi

Sykehuset Innlandet har i årene 2010-2013 hatt gode årsresultater. Med unntak av 2015 har imidlertid foretaket levert positive årsresultater også etter 2013. Siste års nøkkeltall for ISF-produktivitet og SAMDATA kostnads-indikatorer viser at foretaket evner å forbedre driften, og har et av de mest effektive somatiske virksomhetene i regionen målt i variable inntekter pr brutto månedsværk. Det er likevel behov for å videreføre forbedringsarbeidet i årene framover.

Figur 2.8.1 (1) Utvikling i årsresultat for Sykehuset Innlandet HF, 2010–2018



Behovet for å sikre en bærekraftig utvikling, og tilstrekkelige investeringsmidler til bl.a. medisinsk teknisk utstyr, informasjons- og kommunikasjons teknologi og bygg, innebærer at det må realiseres positive årsresultater også i tiden framover. Eksisterende bygg har en gjennomsnittlig alder på ca. 50 år. Vedlikeholdsetterslepet på byggene er beregnet til å utgjøre ca. 2,5 milliarder kroner. Videre medfører økende alder på medisinsk teknisk utstyr til hyppigere driftsstans og økte kostnader til drift og vedlikehold. Foretaket har tilstrekkelig oppsparte midler til nødvendige investeringer på kort sikt, men det budsjetterte resultatet på 100 millioner kroner for 2018 anses ikke som bærekraftig over tid. For å kunne opprettholde ønsket investeringsnivå, bør foretaket ha et resultatnivå på ca. 200 millioner kroner per år. Et slikt nivå anses ikke som realistisk på kort sikt. Seneste års utvikling viser at foretaket har stor kostnadsvekst innenfor områdene høykostmedisiner, behandlingshjelpemidler, pasientreiser, gjestepasienter og bruk av privat rehabilitering. I tillegg er Innlandet sin befolkningsvekst relativt sett lavere enn for de andre sykehusområdene i Helse Sør-Øst, og medfører at foretaket får en reduksjon i sine faste inntekter fordi behovet for helsetjenester relativt sett blir mindre enn for andre foretak. Det vil bli behov for å tilpasse kapasiteten framover til nye økonomiske rammer.

Opptaksområdet til Kongsvingerregionen skal overføres til Akershus universitetssykehus med virkning fra 1. januar 2019. I 2018 vil fokuset være å gjennomføre virksomhetsoverdragelsen på en god måte for pasienter og ansatte. Samtidig må det planlegges for nødvendige endringer for å tilpasse driften til nye økonomiske rammer fra 2019 og årene framover. Overføringen av Kongsvingerregionen er

estimert til å gi en netto økonomisk utfordring på ca. 110-150 millioner kroner årlig. Omstillinger for å tilpasse seg dette reduserte inntektsnivået tar tid, og det vil være nødvendig med større omstillinger internt i foretaket og overgangsordninger fra det regionale helseforetaket i en overgangsperiode på 3-4 år.

Den økonomiske situasjonen i Sykehuset Innlandet oppfattes som krevende og innsparingsbehovet vil øke i årene framover. For å sikre en bærekraftig drift med god kvalitet, er det vurdert at foretaket fram mot 2021 må redusere driftsnivået med ca. 340 millioner kroner ifht dagens nivå. Det er satt i gang flere omstillingstiltak som forventes å gi effekt i 2018 og årene framover. Særlig er det forventet at det pågående arbeidet med fokusområdene og optimalisering av pasientforløp vil gi økonomiske gevinster gjennom bedre ressursutnyttelse. Fokusområdene består av områder der kostnadene de siste årene har økt voldsomt, herunder høykostmedisiner, pasientreisekostnader, privat bruk av rehabilitering, og behandlingshjelpemidler. Sykehuset Innlandet har også en stor andel utskrivningsklare pasienter som medfører ineffektiv drift og dårlig ressursutnyttelse. Arbeidet med disse fokusområdene vil kunne stoppe den store kostnadsveksten og bedre resultatene og ressursutnyttelsen i foretaket knyttet til disse områdene.

Dagens økonomiske utfordringsbilde viser at det er behov for en tilpasning av foretakets økonomiske drift både på kort og lang sikt. På kort sikt er det nødvendig med kontinuerlig forbedringsarbeid innenfor dagens struktur. Sykehuset Innlandet har en relativt kostnadseffektiv drift samtidig som det er en relativt lavere vekst i befolkningsgrunnlaget enn i andre helseforetak. Dette betyr at det på lengre sikt kreves en ny sykehusstruktur for å sikre den økonomiske bærekraften (se kapittel 6.8).

Helseforetakets vedtak om målbilde for framtidig sykehusstruktur vil sammen med utviklingsplanen legge viktige føringer for bl.a. økonomiske prioriteringer og ytterligere omstillingstiltak i årene framover.

2.9 Teknologi og utstyr

2.9.1 Informasjon- og kommunikasjonsteknologi

Bruk av IKT i Sykehuset Innlandet skal sikre at rett informasjon er tilgjengelig til rett tid til rett person, slik at alle ansatte kan utføre sine oppgaver effektivt og med høy kvalitet. Både prosesser for klinisk arbeid og for ledelse og administrasjon krever god, hurtig og sikker informasjonstilgang. Dagens pasientforløp består i økende grad av helsetjenester fra flere virksomheter som til sammen dekker pasientens behov for behandling og pleie. IKT må derfor understøtte samhandling mellom alle aktørene i pasientforløpet og tilfredsstille pasienters og pårørendes økende krav og forventninger til at informasjon er tilgjengelig på en sikker måte i digitale kanaler.

Helseforetaket har spesielle utfordringer ved at foretaket er spredd over et stort område, samt at det er mange tilknyttede operative steder (om lag 70). Med over 6500 PC arbeidsstasjoner og mer enn 9000 brukere, er det en kompleks organisasjon som skal ha hensiktsmessig IKT støtte. Sykehuset Innlandet har også utfordring ved at de fleste sykehusbygg er gamle og at infrastrukturen er etablert over en lang tidsperiode.

IKT-området i Sykehuset Innlandet har gjennomgått en omfattende utvikling de siste årene. Det meste av informasjonen i sykehusene er på digitalt format, men ikke alt er tilgjengelig på en slik måte at det møter forventningene i kjernevirksomheten. Det er fortsatt mangler i informasjonsflyten mellom sykehusene i Helse Sør-Øst, mot primærhelsetjenesten og til pasientene selv. Dagens systemer bidrar i mindre grad til å støtte effektivisering av arbeidsprosessene i klinikken.

Dagens IKT systemer tilfredsstiller heller ikke godt nok pasienters- og pårørendes ønske og behov for å få tilgang på egne data via sikker internettilgang.

Direktoratet for E-helse har etablert prosjekter som i framtiden vil få stor innvirkning på samhandling mellom sykehus, fastleger og pasienter. Eksempel på dette er etablering av kjernejournal og e-resept. I stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) «*En innbygger – én journal*», setter regjeringen retningen for en ønsket utvikling. Det er langt fram til en felles journal vil være realisert. I mellomtiden må det bygges midlertidige løsninger som kan utveksle informasjon på en sikker måte mellom helseinstitusjoner,

kommunehelsetjeneste, fastlege og til pasienten selv. Sykehuset Innlandet er avhengig av regional og nasjonal satsing for å løfte IKT systemene og dets anvendelse til et høyere nivå.

2.9.2 Medisinsk teknisk utstyr

Sykehuset Innlandet er om lag på middels norsk nivå for å ta i bruk nye teknologiske løsninger i pasientbehandlingen. Unntaket er en helt ny, topp moderne operasjonsstue med mulighet for bruk av operasjonsrobot og videokonferanse med bistand fra ekstern ekspertise.

Verdien av medisinteknisk utstyr i Sykehuset Innlandet er om lag 1,1 milliard kroner, hvorav behandlingshjelpemidler utgjør 101 millioner kroner. Medisin teknisk utstyr har gjennomsnittsalder på 9,2 år, mens tilsvarende for behandlingshjelpemidler er 4,3 år. Ved gjennomsnittsavskrivning på 10 år, vil det være behov for årlig reinvestering på 110 millioner kroner for medisin teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler. Det er da ikke tatt hensyn til etterslep, nye behov samt medisinsk og teknologisk utvikling.

Dagens medisinsk tekniske utstyr har en gjennomsnittsalder på 9,2 år og det vil være behov for betydelig fornying av utstyr innen få år. Det vil i et kort tidsperspektiv være behov for en ny strålekanon ved SI Gjøvik.

2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.10.1 Areal

Dagens sykehusbygg i Sykehuset Innlandet ble kartlagt i forbindelse med arbeidet med idéfaserapporten og ble oppsummert i en egen delleveranse.¹³

Det totale arealet som Sykehuset Innlandet råder over er ca. 360 000 m². Se tabell 2.9.1 for oversikt over hvordan arealer fordeler seg over ulike funksjoner.¹³

Tabell 2.10.1 (1) Areal og kapasitet

Områder	Areal
Somatiske og psykiatriske sykehus	250 000 m ²
Habilitering og rehabilitering	17 000 m ²
Sum (somatisk/psyk./hab./rehab.)	267 000 m ²
Ambulanse, LMS, DPS/BUP	30 000 m ²
Enkelte andre arealer DPS/BUP, lagerplasser, teknisk, parkering og arealer som er ute av drift	60 000 m ²
Totale arealet Sykehuset Innlandet råder over (avrundet)	360 000 m ²

Kilde: Tallene er hentet fra tekst fra idéfaserapporten (2016)

¹³ Kartlegging av eiendomsporteføljen i forbindelse med strategisk og taktisk planlegging

2.10.2 Tilstandsvurdering

Gjennomgående for sykehusene er at dagens sykehusvirksomhet har tilpasset seg bygningsstrukturen, og ikke omvendt. Dermed er den totale arealkapasiteten ikke optimalt utnyttet, noe som videre gir utfordringer knyttet til logistikk og flyt. Det er ulike behov og muligheter for forbedringer på de eksisterende byggene i foretaket og det er gjort vurderinger av dagens sykehus ut fra et sett kriterier relatert til blant annet rommenes funksjonalitet og fleksibilitet, funksjonelle nærheter mellom sykehusets funksjonsområder samt pasient- og personalflyt. Sykehus som skal fungere i, på vei mot og etter 2040, bør tilstrebe å oppfylle disse kriteriene på en særlig god måte, slik at pasientene kan behandles etter gjeldende standarder på internasjonalt høyt nivå. Hovedkonklusjonen i Tilstands- og egnethetsanalysen er imidlertid at de kliniske og logistiske funksjoner utføres så godt som mulig innenfor dagens bygningsmessige struktur i foretaket, men utfordringen er at noen bygg ikke er hensiktsmessige for dagens virksomhet. Denne utfordringen vil øke i framtiden dersom det ikke skapes ny og forbedret bygningsmessig struktur. Det vurderes videre i Tilstands- og egnethetsanalysen at det er behov for forbedret pasientflyt for blant annet akutte pasienter noe som vil kreve ombygginger på eksisterende sykehus.¹⁴

Den gjennomsnittlige vektete alderen for bygningsmassen utgjør ca 50 år. Med bakgrunn i normal forventet levealder på ca. 60 år, er bygningsmassen omtrent 80 prosent av sin levealder. For helsebygg er det ikke bare byggets levealder som er av betydning, men også byggets funksjonelle levealder som ofte er lavere enn byggets levealder på grunn av nye krav til for eksempel romstørrelser og utstyr.

Sykehuset Innlandet gjennomførte med bistand fra Multiconsult en kartlegging av eiendomsporteføljen i 2013. I overkant av 68 prosent av den kartlagte bygningsmassen sin samlede vektete tekniske tilstand ble vurdert til god eller tilfredsstillende, og 30 prosent ble vurdert som ikke tilfredsstillende. 2 prosent av bygningsmassen ble vurdert som svært dårlig og med akutt behov for oppgradering. Sammenlignet med andre lignende kartlegginger er den tekniske tilstanden for bygningsmassen ved SI omtrent som gjennomsnittet for sykehusbygg i Norge.

Norsk Standard 3424 benytter fire tilstandsgrader (Tg) for byggverk. Disse har følgende definisjoner:

Tabell 2.10.2 (1) Areal og kapasitet

Tilstandsgrad 0: ingen symptomer eller avvik
Tilstandsgrad 1: svake symptomer, mindre eller moderate avvik
Tilstandsgrad 2: middels kraftige symptomer, vesentlige avvik
Tilstandsgrad 3: kraftige symptomer, stort eller alvorlig avvik

Sykehuset Innlandet har særlig utfordringer med infrastrukturen i bygningsmassen. Nytt utstyr og nye installasjoner for pasientbehandling gir økte krav og behov til elektriske anlegg som krever betydelige investeringer. Det samme gjelder på VVS-området, hvor f.eks. gamle avløpsanlegg og rørføringer gjør driften svært utfordrende. Som et eksempel har Sykehuset Innlandet en tilstandsgrad på heiser på 1,76. Målet er en tilstandsgrad er 1,2.

Den tekniske tilstandsgraden er fallende i Sykehuset Innlandets bygningsmasse. I 2013 viste kartleggingen en samlet tilstandsgrad på 1,3. En ny kartlegging i 2016 viste en samlet tilstandsgrad på 1,4. Det samlede estimerte oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslep) er estimert til ca 2,5 milliarder kroner i 2018. Dette etterslepet er økt fra 1,96 milliarder kroner i 2013, en økning på ca 28 prosent.

¹⁴ Idefaserapporten (2016)

3. Overordnede strategier og føringer

3.1 Overordnede strategier og føringer

Utviklingsplan 2018-2035 for Sykehuset Innlandet skal bidra til realisering av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Meld. St.11 (2015-2016)).

Dokumentene «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer» og «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF er lagt til grunn for Sykehuset Innlandets arbeid med utviklingsplanen. De faglige satsingsområdene som omtales i utviklingsplanen, er i tråd med føringene fra Helse Sør-Øst RHF.

Styresak 079-2017 «Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – godkjenning av idéfaserapport med anbefaling av framtidig målbilde» med tilhørende utredninger fra idéfasen, er viktige foretaksspesifikke strategier og plandokumenter som ligger til grunn for arbeidet med utviklingsplanen.

Sykehuset Innlandet har i sitt arbeid med utviklingsplanen også vektlagt tidligere kapasitetsvurderinger for hovedstadsområdet som bakgrunn for realisering av Mjøspsykehuset. Helseforetaket vurderer det som viktig for utfordringene i hovedstadsområdet at det videreutvikles et spesialisert tilbud med høy kompetanse i Innlandet. Målet er å sikre at pasientene i Hedmark og Oppland kan få de fleste tilbud om utredninger og behandling i Innlandet og kun må til Oslo universitetssykehus ved behov for regionale og nasjonale behandlingstjenester. Det vises her til styresakene 068-2007 «Samlet program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst», 038-2008 «Omstillingsprogrammet – Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen» og 067-2008 «Omstillingsprogram – Videre arbeid med en helhetlig strategi for hele Helse Sør-Øst» i Helse Sør-Øst RHF.

4. Utviklingstrekk og framskriving

4.1 Utviklingstrekk

4.1.1 Overordnede utviklingstrekk

Demografiske endringer, endringer i befolkningens helsetilstand, medisinskfaglig utvikling og teknologiske nyvinninger samt endringer i arbeidsmarked og offentlig prioritering av helse- og omsorgstjenester vil hver for seg og sammen endre helsesektoren. I tillegg vil pasientene være bedre informert og interessert i å styre sin egen helse.¹⁵ Statistisk Sentralbyrå (SSB) anslår at folketallet i Norge vil øke til nær 6 millioner innbyggere i 2035. Andelen av eldre med kroniske og komplekse sykdomsbilder som for eksempel demens vil øke, samtidig vil også andelen av yngre med diabetessykdom og/eller sykkelig overvekt øke.¹⁶

I en samfunnsøkonomisk analyse som ble publisert av Helsedirektoratet, presenteres fire overordnede scenarier framover mot 2040, om framtidens etterspørsel og tilbud av helsetjenester:

I det første scenariet, *konkurransedyktig velferd*, ser man for seg at offentlig sektor tar i bruk alle arbeidsbesparende og velferdsfremmende teknologier og hvor helse prioriteres foran andre sektorer. Det andre scenariet, *trygghet fremfor alt*, beskriver en tung satsning på helse og omsorg men med betydelige barrierer for bruk av nye teknologier som kan effektivisere tjenesteproduksjonen. Det tredje alternativet, *livsstil på eget ansvar*, gjenspeiler en framtid hvor det offentlige ikke har klart å utnytte moderne løsninger, og hvor private aktører effektiviserer driften ved hjelp av nye teknologier og stordriftsfordeler. Dette kan føre til ulik tilgang til helse- og omsorgstjenester. Det fjerde og siste scenariet, *effektivitetssamfunnet*, beskriver en framtid hvor både det offentlige og det private tar i bruk nye teknologier¹⁷.

Figur 4.1.1 (1) Fire scenarier for bruk av teknologi i offentlige helsetjenester



Kilde: Samfunnsøkonomisk analyse

¹⁵ Nasjonal helse- og sykehusplan. Meld. St. 11 (2015-2016)

¹⁶ SSB – Befolkningsframskriving 2017

¹⁷ Helse-Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli? Samfunnsøkonomisk-Analyse (2018)

Kilde: Helse-Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli?

For at det offentlige skal kunne være konkurransedyktig i de kommende årene vil det måtte legges til rette for arbeidsbesparende og velferdsfremmende teknologier som beskrevet i scenariene *konkurransedyktig velferd* og *effektivitetssamfunnet*. Begge disse scenariene legger opp til en større grad av spesialisering og sentralisering for å realisere bruk av ny teknologi og for å utnytte stordriftsfordeler. Disse overordnede demografiske og samfunnsmessige utviklingstrekkene bør tas høyde for i organisering av framtidig sykehusstruktur.

4.1.2 Faglige utviklingstrekk

Når det gjelder faglige utviklingstrekk forventes en økende grad av spesialisering; ny utdanningsmodell for leger legger blant annet opp til at flere grenspesialiteter blir egne hovedspesialiteter. Dette vil sammen med økte kvalitetskrav og bruk av teknologisk komplekse behandlingstilbud kunne øke behovet for sentralisering av en del utrednings- og behandlingstilbud.

På den andre siden vil en generell trend mot hjemmebehandling av pasienter og økende samhandling med primærhelsetjenesten kunne føre til økende desentralisering av tilbud. Framtidens helsevesen må også kunne tilpasse seg pasienter som er velinformerte og som engasjerer seg i sin egen helse.

I utviklingen av framtidens spesialisthelsetjeneste vil følgende faglige trender være av stor betydning:

- Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på rettigheter, pasientsikkerhet og medvirkning. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.
- Den medisinske og teknologiske utviklingen fører til en organisatorisk utvikling. Pasientforløp vil erstatte fagstrukturen for bedre å legge til rette for en multidisiplinær tilnærming i en prosess- og pasientorientert arbeidsform. Nettverk med samarbeid innenfor de ulike pasientforløp utvikles på tvers av behandlingsnivå.
- Sykdomspanorama vil forandres. Forbedrede behandlingsmetoder vil skape nye behov hos pasientene som har kroniske sykdommer og/eller invalidiserende og behandlingskrevende restsymptomer.
- Den raske kunnskapsutviklingen med tilgang til og behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder vil fortsette. For eksempel vil mini-invasiv teknikk og intervensjonsbehandling erstatte åpen kirurgi og medfører også at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt økt pasientsikkerhet.
- Klinisk forskning og utdanning vil ha større integrasjon mot klinisk virksomhet og synergier bør understøttes organisatorisk.

For å oppnå optimale pasientforløp forutsettes en kulturell, strukturell, faglig og bygningsmessig forandring. Virksomheten må videreutvikles for å kunne møte befolkningens økte behov for spesialisthelsetjenester, men også for sikre driftseffektivitet og optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

I idefaserapporten vurderes konsekvenser av volum og faglige anbefalinger for hvert av de ulike medisinske fagspesialitetene og man finner generelt trendene tilsier at behandlingen bør sentraliseres og samles på færre enheter sammenlignet med dagens organisering, se tabell 4.1.2.

Tabell 4.1.2 (1) Oversikt over anbefalinger for befolkningsgrunnlag og faglige avhengigheter

Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner Somatikk 2040	Anbefaling befolknings- grunnlag, Minimum		Anbefalte faglige avhengigheter	På antall sykehus, Nå**	Konsekvenser av volum og faglige anbefalinger, Antall enheter**	Mulighet for å desentral- isere elektive tjenester
Intensiv			OP, akuttmottak, kard-lab/endoskopi, kardiologi, nefrologi, nevrologi, kirurgi, intervensjonsradiologi, laboratorium	5	1 Intensiv; 1-3 IMC	
Akuttmottak ¹⁸			Anestesiologi, intensiv, OP, bildediagnostikk, ortopedi, kirurgi, indremedisin, intervensjonsradiologi, laboratorium	5	1-3	
Kirurgi (Gaskir.) ¹⁹	300 000	500 000	Operasjon, intensiv, bildediagnostikk, endoskopi, laboratorium	4	1-2	Ja
Ortopedi/revmakir. ¹⁹	300 000	500 000	Operasjon, intensiv, bildediagnostikk, laboratorium	4	1-2	Ja
Karkirurgi*			Intervensjonsradiologi, laboratorium	1	1	Ja
Mamma/endokrinkir.*				1	1	Ja
Urologi*				2	1	Ja
Kreftkirurgi alle ²⁰	200 000		Radiologi, patologi, anestesi og intensiv, laboratorium, indremedisin, kirurgi	1-4	1	
Kreftkirurgi colon ²⁰	100 000			3	1	
Indremedisin basis ¹⁹	100 000	200 000	Bildediagnostikk, laboratorium	5		Ja
Indremedisin spesial ¹⁹	200 000					
Kardiologi			Akuttmottak, bildediagnostikk, laboratorium, intensiv, lungemedisin	5+3 pacem.	1-3	Ja
Lungemedisin basis ²¹	250 000	500 000	Bildediagnostikk, laboratorium, intensiv, kardiologi, akuttmottak, nukleærmedisin	5	1-3	Ja
Lungemedisin spesial					1	
Nevrologi ¹⁹	250 000	400 000	Akuttmottak, anestesiologi, intensiv, OP, bildediagnostikk, laboratorium	1	1	Ja
Revmatologi ¹⁹	200 000		Ortopedi, bildediagnostikk, indremedisin, laboratorium	1 + 1 avtale	1-2	Ja
Nefrologi med dialyse ¹⁹	200 000	500 000	Intensiv, kirurgi, urologi eller karkirurgi, endokrinologi og kardiologi, laboratorium	2	1-2	Ja
Onkologi/hematologi ²²	500 000		Radiologi, patologi, laboratorium,	5	1	Ja

¹⁸ Sundhedsstyrelsen, Bilag til rapport om «Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen», juni 2007¹⁹ Helse Sor-Øst RHF, Prosjektrapport Innsatsområde 1: Hovedstadsprosessen DP2: Spesialiserte funksjoner, mars 2008²⁰ Helsedirektoratet, IS-2284 Kreftkirurgi i Norge, mars 2015²¹ Helse Nord, Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord, februar 2011, side 4²² Region Hovedstaden, Enhed for hospitalsplanlægning, Beskrivelse af muligheder for den fremtidige organisering av hæmatologien, feb 2014, side 9

			anestesi/intensiv, gastrokirurgi, ortopedi eller plastikkirurgi, kardiologi, nefrologi, endokr., lungemedisin,			
Geriatrici ²³	100 000	300 000	Anestesi og intensiv, kirurgi, ortopedi, indremedisin, nevrologi, psykisk helsevern, ØNH, øye, laboratorium	3	1-2	Ja
Gastroenterologi*			Endoskopi, intervensjonsradiologi, laboratorium	6	Ikke vurdert	
Endokrinologi*				4	Ikke vurdert	
Gynekologi, obstetikk ²⁴	350 000		Neonatologi, anestesi og intensiv, bildediagnostikk, laboratorium, gaskirurgi, urologi, fysio, intervensjonsradiologi	4 gyn/føde	1	Ja
Pediatrici ²⁵	150 000		Anestesi og intensiv, kirurgi, ØNH, nevrologi og nevrofys., øye, BUP, rehab., diagnostisk radiologi med MR, med nukleærmedisin, laboratorium	2	1	Ja
Nyfødtintensiv			Seccio OP, laboratorium	2	1	
ØNH ²⁶	200 000	250 000	Anestesi og intensiv, indremedisin, pediatri ved behandling av barn, nukleærmedisin, kirurgi, laboratorium	2	1	Ja
Øye ²⁷	500 000		Anestesiologi med intensiv nivå 2, endokrinologi, revmatologi og nevrologi	1	1	Ja
Bildediagnostikk				5	Ikke vurdert Ja	
Habilitering og rehabilitering			Indremedisin/lungemedisin, pediatri, psykisk helsevern og nevrologi	5	1-2	Ja
Psykisk helsevern og rus			Infeksjonsmedisin, nevrologi, kvinneklinikk, avansert intensiv medisin, radiologi, anestesi, pediatri	2	1	Ja

4.1.3 Teknologiske utviklingstrekk

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver denne utviklingen:

«Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk. Men vi vil også se en utvikling der vi får enklere og mer mobilt utstyr. Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre

²³ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan(2016-2019), november 2015, side 43

²⁴ Region Hovedstaden, Center for Sundhed, Enhed for hospitalsplanlægning, Analyse af fødselsområdet, mars 2014, side 17-18

²⁵ Region Hovedstaden, Center for Sundhed, Enhed for hospitalsplanlægning, Analyse af fødselsområdet, mars 2014, side 6

²⁶ Rapport for specialet: Oto-rhino-laryngologi (Øre-næse-halskirurgi), februar 2008

²⁷ Region Hovedstaden, Hospitalsplan for Region Hovedstaden 2007, 2007, side 120

eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med pasienten som aktiv medspiller.»²⁸

Økt kunnskap og stadig mer avansert teknologi gir mulighet for nye metoder, mer nøyaktig diagnostikk og mer målrettet, effektiv og skånsom behandling. Den teknologiske utviklingen vil i et 2040-perspektiv sannsynligvis følge to hovedtrender; samling av behandling som er komplisert, kompetanse- og utstyrsnivå, og desentralisering i form av enklere behandling, dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling.

Bruk av robotisering (RPA = robotic process automation), 3-D printing og kunstig intelligens (KI) vil forandre hverdagen til pasientene og helsepersonell og føre til forbedret behandling og optimalisering av ressursbruk. KI vil kunne bli brukt til støtte for diagnostisering, beslutningsstøtte og pasientbehandling. Virtuell fjerndiagnostikk er forventet å bli mer aktuelt. Nye materialer og kvantesprang innen nanoteknologi muliggjør utvikling av helt nye behandlingsmetoder for en rekke medisinske fagområder.

Ny teknologi og nye behandlingsmåter tas ofte først i bruk på de største sykehusene, men etter hvert som teknologien er «moden», tas den i bruk flere steder. Det forutsetter store investeringer, er plasskrevende og betinger samling av kompetanse på færre geografiske steder i Innlandet. Framtidige sykehusbygg må utformes så fleksible at de kan tilpasses framtidige behov uten unødig omfattende og kostnadsnivående ombygging.

Den faglige og teknologiske utviklingen virker i to retninger, og understøtter både sentralisering og desentralisering av funksjoner. Behandlinger som stiller store krav til prosedyreferdigheter og er avhengig av dyrt og avansert utstyr og større team av helsearbeidere, bør sentraliseres. På den andre siden støttes desentralisering av andre funksjoner ved IKT, telemedisinsk kommunikasjon, kompetanseoverføring, forenklet logistikk med droner og enklere, billigere og mer tilgjengelig utstyr. Tverrfaglige team på tvers av sykehus med virtuelle møter kan kompensere for små fagmiljøer og lite pasientgrunnlag.

4.2 Framskrivningsmodell

Utviklingsplanen er et overordnet dokument som gir føringer for hvordan Sykehuset Innlandet skal arbeide for å møte befolkningens framtidige behov for helsetjenester.²⁹ Det planlegges for store endringer i spesialisthelsetjenesten, samtidig som det er usikkerhet knyttet til hvor raskt utviklingen vil skje og hvilken retning den vil ta. Nasjonale myndigheter har derfor lagt til grunn at planleggingen av framtidig behov for bemanning og bygningsmessig kapasitet skal følge nasjonale modeller. Modellen for framtidig bygningsmessig kapasitet forvaltes i dag av Sykehusbygg.

I forbindelse med idéfasen³⁰ gjennomførte Sykehusbygg befolknings- og aktivitetsframskrivninger for perioden fram til 2040. Disse er basert på Sykehuset Innlandet sin aktivitet i 2014, framskrevet i tråd med den nasjonale modellen. Denne framgangsmåten tar dermed utgangspunkt i og legger til grunn dagens forbruksmønstre. Innlandet har et høyt forbruk sammenlignet med snitt i Norge, dette høye forbruket vil framskrives. Tallgrunnlaget er senere justert som følge av beslutning om overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenester i Kongsvingerregionen fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus fra 2019³¹.

Aktivitetsframskrivningen tar utgangspunkt i faktisk aktivitet i 2014 og en befolkningsframskrivning fra SSB, noe som samlet gir en demografisk aktivitetsframskrivning. Denne demografiske aktivitetsframskrivning blir justert på grunnlag av sykdomsutvikling som følge av blant annet endringer i epidemiologi, forebygging og nye behandlingstilbud og -muligheter. Denne justeringen vil typisk medføre en *økning* i estimert aktivitet. Framskrivningen blir deretter ytterligere justert med endringsfaktorer som hver for seg medfører en *reduksjon* i estimert framskrevet aktivitet. Dette inkluderer faktorer som overføring av oppgaver til kommune, omstilling til dagopphold, omstilling til observasjonssenheter og pasienthotell samt kortere liggetider. Størrelsen på disse endringsfaktorene er

²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 25-26

²⁹ Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

³⁰ Idéfaserapport – fremtidig sykehusstruktur (2016)

³¹ Tilleggsrapporten til Sykehuset Innlandets idéfase (2017)

satt på grunnlag av faglige vurderinger og er lagt inn i modellen sykehusbygg benytter for framskrivning.

Helse Sør-Øst RHF har nylig gjennomført framskrivinger basert på aktiviteten i 2015, med noe justerte endringsfaktorer. De nye framskrivningstallene er i samme størrelsesorden som de man fant i forbindelse med arbeidet med idéfaserapporten og påfølgende analyser i tilleggssrapporten. De nye tallene bekrefter behovene og dermed det styrevedtatte målbildet. Framskrivingene for Sykehuset Innlandet vil bli oppdatert ved oppstart konseptfase.

4.3 Demografi og sykdomsutvikling

4.3.1 Demografisk framskrivning

Med grunnlag i Statistisk sentralbyrå sine MMMM-tall er det framskrevet befolkningsvekst på 14 prosent fra 2014 til 2040 i opptaksområdet. MMMM-tall tilsvarer middeltall for nasjonal vekst, fruktbarhet, levealder og netto innvandring. Aldersgruppen 70 år + har en særlig stor framskrevet vekst (73 prosent) i Innlandet, mens aldersgruppene 0-17 år og 18-69 år har en mer beskjeden framskrevet vekst på henholdsvis 6 prosent og 5 prosent. Dette innebærer at andelen eldre vil øke betydelig i årene fram mot 2040 noe som vil kunne medføre betydelig økning i behovet for helsetjenester, samtidig som det blir en forholdsvis mindre populasjon å rekruttere helsepersonell fra.

Tabell 4.3.1 (1) Befolkningsframskrivning for opptaksområdet til Sykehuset Innlandet med justering for overføring av Kongsvinger til Akershus universitetssykehus 2014 – 2040^{32, 33}

Sykehuset Innlandet HF	2014	2020	2025	2030	2035	2040	Prosentvis endring 2014 - 2040
Aldersgruppe							
0-17 år	81 876	80 904	82 985	84 697	86 609	86 833	6 %
18-69 år	268 140	272 321	275 035	277 832	280 007	281 337	5 %
70+ år	53 835	63 943	71 421	79 277	85 777	93 023	73 %
Totalt	403 851	417 168	429 441	441 806	452 393	461 193	14 %
Kongsvinger sykehus HF		71 478	73 706	76 130	78 401	80 469	
Sykehuset Innlandet HF (justert*)		345 690	355 735	365 676	373 992	380 724	

* Befolkningsframskrivning opptaksområdet SI justert for overføring av Kongsvinger sykehuset til Akershus sykehus

4.3.2 Sykdomsutvikling

Den rent demografiske aktivitetsframskrivningen justeres som følge av endringer i epidemiologi, forebygging og nye behandlingstilbud. Her inkluderes effekten av nye diagnostiserings- og behandlingsmetoder som vil medføre at flere pasienter vil få et tilbud. Følgelig vil dette medføre en økning i den samlede aktiviteten. Videre vil flere overleve alvorlige sykdom eller skade. Dette vil medføre en betydelig økning i behovet for oppfølging og behandling, habilitering og rehabilitering. Samlet vil disse trendene medføre en økning i framskrevet aktivitet.

4.4 Andre endringsfaktorer

4.4.1 Endringsfaktorer

Etter den initiale demografiske framskrivningen etterfulgt av oppjustering av aktiviteten for sykdomsutvikling, blir det lagt til grunn en reduksjon i aktiviteten som følge av andre påfølgende

³² Idéfaserapporten (2016)

³³ SSBs sine befolkningsframskrivinger er brukt for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus HF og det er her tatt utgangspunkt i befolkningen til følgende kommuner: Kongsvinger, Nes, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue og Åsnes

endringsfaktorene. Det er anslått ulike endringsfaktorer for ulike diagnosegrupper, og den samlede endringsfaktoren for ulike typer opphold oppgis derfor som intervaller. Nærmere bestemt anslår man at oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten reduserer antall døgnopphold med opptil 15 prosent. Omstilling fra døgnopphold til dagopphold reduserer antall døgnopphold med mellom 0 og 50 prosent varierende mellom ulike pasientgrupper. Videre anslår man at endring i omsorgsnivå gir en reduksjon i døgnopphold med mellom 0 og 75 prosent avhengig av pasientforløp. Intern effektivisering av arbeidsprosesser antas ikke å redusere antall døgnopphold, men det ventes en reduksjon i liggetid på mellom 8 og 15 prosent avhengig av pasientforløp.

Det er viktig å merke seg at kapasitetsbehovet vil avvike fra anslagene dersom disse omstillingene forekommer i mindre grad enn det som er lagt til grunn for aktivitetsframskrivningene.

4.4.2 Andre faktorer

Aktivitetsframskrivningen beskrevet ovenfor ligger til grunn for Sykehusbygg sin rapport for analyse og aktivitet og kapasitetsbehov fra 2014. Utover de gitte endringsfaktorene peker Sykehusbygg i sin rapport på noen andre faktorer knyttet til ny teknologi som kan påvirke forbruket i begge retninger. Man tenker seg blant annet at følgende kan gi redusert forbruk av helsetjenester;

- Økt kunnskap om risikofaktorer reduserer risikoatferd og styrker forebygging – den informerte pasienten har et redusert forbruk
- Lett kontakt med fagpersoner reduserer behovet for oppmøte
- Måltrettet behandling på individnivå reduserer risiko- og behandlingsbehov
- Ny teknologi styrker samhandlingen

Samtidig ser man for seg at følgende faktorer kan gi økt forbruk

- Fritt behandlingsvalg og politisk støtte styrker pasientrollen
- Faglig, individualisert behandling øker muligheter og krav
- Ny teknologi gir tilgang til informasjon om sykdom som skaper utrygghet
- Økt fokus på individet og individuelle løsninger øker behovet

Samlet sett er det dermed vanskelig å anslå hvordan effekten av disse øvrige faktorene – holdningsendringer, måltrettet behandling, endringer i pasient rollen samt ny teknologi – samlet vil påvirke den framtidige aktiviteten. Det er derfor nødvendig å ta høyde for en grad av usikkerhet i de aktuelle framskrivningene.

I foretaksmøtet med Helse Sør-Øst RHF 29. juni 2017, vedtok helseminister Bent Høie at Sykehuset Innlandet Kongsvinger med tilhørende befolkningsområde overføres til Akershus universitetssykehus fra 1. januar 2019. Prehospitale tjenester skal overføres til Oslo universitetssykehus.

Sykehuset Innlandet leverer spesialisthelsetjenester til befolkningen i Kongsvinger, Sør-Odal, Eidskog, Nord-Odal, Grue og Nes i Akershus. Innenfor den somatiske delen av virksomheten er egendekningsgraden (andelen pasienter som behandles ved Kongsvinger sykehus) 52 prosent. 14 prosent av pasientene i opptaksområdet behandles ved andre lokaliteter i Sykehuset Innlandet. Innenfor psykisk helsevern bruker Kongsvingerregionen omlag 14 døgnplasser i Sykehuset Innlandet.

Denne endringen vil ha store konsekvenser både økonomisk, organisatorisk og faglig for Sykehuset Innlandet. Netto økonomisk utfordring er foreløpig beregnet til omlag 150 millioner kroner årlig. I tillegg vil foretaket miste ISF-inntekter fra behandlinger som blir overført til Akershus universitetssykehus. Faglig vil bortfall av pasientgrunnlaget fra Kongsvingerregionen medføre betydelig nedgang i aktivitet. Den største reduksjonen i døgnaktivitet vil bli ved barne- og ungdomsavdelingen i Elverum og ved kirurgisk avdeling på Hamar. Innenfor poliklinikk og dagbehandling vil det bli reduksjon i aktivitet ved indremedisin, kirurgi, øre-nese-hals, øye og barne- og ungdomsavdelingene ved flere av divisjonene. Denne reduksjonen i foretakets pasientgrunnlag vil endre volum av pasienter innenfor flere fag. Volum er innenfor flere fagområder relatert til kvalitet og vil kreve endring i hvordan pasienttilbudet organiseres.

4.5 Samlet aktivitetsframskrivning

Aktivitetsframskrivningene tar som beskrevet over utgangspunkt i en ren demografisk framskrivning med tillegg for sykdomsutvikling og påfølgende justeringer for andre endringsfaktorer. Disse framskrivningene er basert på tallene i idéfaserapporten som inkluderer Kongsvingerregionen. Den samlede effekten på det framtidige aktivitetsbildet blir som følger:

Tabell 4.5 (1) Aktivitetsframskrivning for Sykehuset Innlandet (inkl. Kongsvinger) 2014-2040³⁴

Område	Aktivitet	2014	2020	2030	2040	Prosentvis endring (2014 – 2040)
Somatikk (inklusive hab./rehab)	Døgnopphold	63 468	67 494	73 500	73 580	16 %
	Liggedager	236 923	241 724	240 132	231 853	-2 %
	Dagbehandlinger	27 505	33 167	43 286	63 249	130 %
	Polikliniske kons.	355 732	380 543	396 744	484 213	36 %
	Operasjon døgn	14 516	*	*	16 917	17 %
	Operasjon dag	14 677	*	*	28 374	93 %
Psykisk helsevern	Døgnopphold	2 967	*	2 492	3 819	29 %
	Liggedager	70 612	*	63 078	56 051	-21 %
	Polikliniske kons.	5 856	*	8 037	9 233	58 %

Kilder: Idéfaserapporten (2016)

I de underliggende beregningene til Tilleggsrapporten (2017) finner vi at framskrevne liggedager i Sykehuset Innlandet for 2040 er 196 115 etter justering for overføring av Kongsvinger til Akershus universitetssykehus. Dette anslaget tar høyde for pasienter som tilhører Kongsvinger sitt opptaksområde, men som i dag behandles andre steder i Sykehuset Innlandet. Det foreligger imidlertid ikke detaljerte nok tall i tilleggsrapporten til å gjøre tilsvarende anslag for andre typer aktivitet og opphold.

Aktivitetsframskrivingene har tatt utgangspunkt i faktisk aktivitet fra 2014, noe som betyr at innbyggernes høye forbruk er framskrevet. Samtidig vurderes det som mindre sannsynlig at primærhelsetjenesten i Innlandet skal klare å ta imot den aktiviteten fra spesialisthelsetjenesten som det er forventet ut fra nivået i denne endringsfaktoren, spesielt i de små kommunene. Det er derfor vurdert å være mest riktig å framskrive dagens høye aktivitet, samtidig som det gir et dimensjoneringsgrunnlag der man reduserer risikoen for å planlegge med for liten kapasitet og størrelse på bygg i framtidig sykehusstruktur. En overordnet framskrivning basert på 2016-tall viser det samme bilde når det gjelder liggedøgn, mens den viser høyere aktivitet innen poliklinikk- og dagbehandling.

4.6 Kapasitetsberegning

De framskrevne aktivitetstallene slik de framgår av foregående kapittel vil omregnes til kapasitetstall. Ved en slik omregning legges det til grunn en den standart forutsetninger som for eksempel beleggsprosent på sengeposter, åpningstider i poliklinikker, lengde på polikliniske konsultasjoner osv. Disse faktorene er sentralt bestemt.

Styret ved Sykehuset Innlandet har i oktober 2017 gitt sin tilslutning til et framtidig mål bilde med et stort akuttsykehus lokalisert ved Mjøsbrua.³⁵ Tabell 4.3.1 oppsummerer totaleffekten for estimert

³⁴ Idéfaserapporten – framtidig sykehusstruktur (2016)

³⁵ Vedtak Sak NR 079 – 2017 (Styremøte Sykehuset Innlandet 20.10.17)

framtidig kapasitetsbehov for scenarier med hovedsykehus ved Mjøsbrua. De utvalgte alternativene 1A, 1C og 1E fra idefaserapporten beskriver ulike scenarier med hovedsykehus ved Mjøsbrua, men med ulik fordeling av funksjoner ved de andre sykehusene. Forskjellene i kapasitetsbehov mellom alternativene reflekterer blant annet at man tar utgangspunkt i at nybygg har høyere utnyttelsesgrad – 90 prosent for somatiske senger i motsetning til 85 prosent for ombygde/oppgraderte eksisterende bygg. Dette betyr at kapasitetsbehovet kan variere selv om aktiviteten er identisk.

Tabell 4.6 (1) Estimert total kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet justert for endret foretakstilhørighet Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde³⁶

Kapasitetsbehov 2040	0-alt Dagens modell	1A Mjøssykehus	1C Mjøssykehus med akuttsykehus Tynset og Elverum	1E Mjøssykehus med akuttsykehus Tynset, Elverum og Lillehammer
Antall senger (totalt)	791	742	753	765
Antall dagplasser	104	83	96	104
Antall poliklinikkrom	167	117	149	155
Antall operasjonsrom døgn	21	17	17	17
Antall operasjonsrom dag	20	16	17	19

Kilde: Tilleggsrapporten (2017)

Som det framgår av hele dette kapitlet er det stor usikkerhet omkring framtidig utvikling og de forutsetninger som er lagt til grunn i framskrivningsmodellen. Det er derfor helt sentralt at disse oppdateres i konseptfasen og at bygningsmassen som etableres har den nødvendige fleksibilitet for å kunne tilpasses til potensielt store endringer i befolkningens framtidige behov for spesialisthelsetjenester og hvor og hvordan pasientene vil bli behandlet.

³⁶ Tilleggsrapporten til Sykehuset Innlandets idéfase (2017)

5. Analyse og veivalg

5.1 Framtidig målbilde for helseforetaket

Sykehuset Innlandet har i perioden 2014-2017 gjennomført idéfase for utredning av ny sykehusstruktur. Styret godkjente i oktober 2017 idéfaserapporten og ga sin tilslutning til et framtidig målbilde med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttssykehus, kalt Mjøssykehuset, ref styresak 079-2017 og vedtak referert i kapittel 1.1. Mjøssykehuset får en rolle som knutepunkt i et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud for hele Innlandet. Sykehuset Innlandet har sendt saken med anbefaling til Helse Sør-Øst RHF.

Sykehuset Innlandet skal parallelt med konseptfasen utvikle pasientens helsetjeneste i dagens sykehus tilpasset det framtidige målbildet om samhandling med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.

5.2 Kriterier for valg av framtidig målbilde

Kriterier for vurdering av framtidig målbilde ble første gang vedtatt i 2011 som en del av Sykehuset Innlandets målhierarki (styresak 070-2011). Mål og vurderingskriterier er senere gjennomgått og revidert. Gjeldende kriterier ble vedtatt i styresak 057-2015. Med utgangspunkt i strategiske mål, visjon og verdiplattform er det utledet fire effektmål i utredningen av strategisk retning:

1. Trygge og gode tilbud
2. God tilgjengelighet
3. Organisering som underbygger gode pasientforløp
4. God ressursutnyttelse

En viktig ambisjon for ny struktur i Sykehuset Innlandet er at det skal være tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot slik at flytting av pasienter mellom enheter unngås, og at akutt syke pasienter skal møtes av personale på spesialistnivå hele døgnet. Samlokalisering av faglige avhengigheter er en forutsetning for å sikre god, rask diagnostisering og behandling med riktig kompetanse i hele pasientforløpet.

Vurderingen som ble gjort i idéfasen viste at modellene med ett til to akuttssykehus best oppfyller effektmålene. Modeller med ett stort akuttssykehus oppfyller kriteriene best, med størst samling av fagmiljø og funksjoner, herunder somatikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, og nytt tilrettelagt areal med god logistikk.

Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk betinger at Sykehuset Innlandet gjør store endringer. Det forutsetter krevende valg som berører organisatoriske, samfunnsmessige og politiske hensyn. Dette dilemmaet omtales i Nasjonal helse- og sykehusplan, som peker på det ansvaret som hviler på spesialisthelsetjenesten til å gjøre nødvendige endringer:

«For å sikre en bærekraftig utvikling må derfor omstillingstakten økes sammenlignet med tidligere år. Det vil være krevende å få til, og vil stille både tjenesten og det politiske systemet overfor store utfordringer. Det er samtidig et ansvar vi ikke kan fraskrive oss.

*Vi må handle nå for å legge til rette for framtidens spesialisthelsetjeneste i et perspektiv på 15-20 år. Det er stor risiko knyttet til å utsette nødvendige beslutninger som gjelder både ressurstilførsel og omstilling».*³⁷

³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 25

5.3 Valgt hovedløsning

Utredningen viser at modellen med ett stort akuttpsykehus, Mjøssykehuset, lokalisert ved Mjøsbrua, kommer best ut vurdert ut fra de vurderingskriteriene og «liv laga» kriteriene som er vedtatt for idéfaseutredningen. I tråd med utredningen vil også Mjøssykehuset hvor somatikk er samlokalisert med psykisk helsevern og rus ligge best til rette for faglig kvalitet og utvikling av framtidig virksomhet. Dette er det målbildet som best svarer ut pasientenes behov og forventinger til en helhetlig behandling fra flere faggrupper og avhengighetene mellom fagområdene.

For sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, anbefales det at disse samlokaliseres med de somatiske tjenestene. Dette ses i sammenheng med framtidig utvikling i behandlingstilbudene ved de distriktpsikiatriske sentrene.

Det forutsettes at døgnaktivitet ved Sykehuset Innlandet Gjøvik og Sykehuset Innlandet Hamar samles på Mjøssykehuset, og at disse sykehusene har polikliniske tjenester og dagbehandling. Pasienter som skal behandles med stråleterapi vil i overskuelig framtid fortsatt få sitt tilbud på sykehuset på Gjøvik. Det er mye som tyder på at det fortsatt skal være døgnbehandling ved ett eller to av dagens sykehus. I det videre arbeidet må det utredes hvorvidt Sykehuset Innlandet Elverum og eller Sykehuset Innlandet Lillehammer skal ha et tilpasset døgntilbud innenfor indremedisinske fag og eller et elektivt tilbud innenfor kirurgiske fag, i tillegg til polikliniske tjenester og dagbehandling.

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste

6.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

6.1.1 Mål og tiltak for brukertilfredshet

Informasjonsflyten i samfunnet endrer i stor grad pasientrollen. Framtidens pasienter vil stille langt større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet. Pasientens helsetjeneste samt kravene og forventningene til helsevesenet vil være i kontinuerlig endring. Sykehuset Innlandets kultur, holdninger, organisering og ledelse må speile denne utviklingen.

Pasientens helsetjeneste handler om å skape verdi for pasienten. Brukerne av helseforetakets tjenester må få større innflytelse og ansvar både på systemnivå og individnivå gjennom involvering av brukerutvalget, ungdomsrådene, pårørende og pasientene selv. Samvalg er en viktig metode for å sikre at den enkelte pasient og bruker får innflytelse.

6.1.2 Brukertilfredshet og involvering av pasienter

Brukertilfredshet er relatert til at pasienter og pårørende opplever at de blir godt informert, sett og hørt. Pasientens helsetjeneste realiseres ved at pasientene møtes som likeverdige, lyttes til, får kunnskap som gir mulighet til samvalg basert på hva som gir verdi for den enkelte pasient. Samvalg betyr at pasienter ved hjelp av helsepersonell får muligheten til å veie fordeler og ulemper ved ulike kunnskapsbaserte behandlingsmetoder opp mot hverandre. Pasienten kan da ta et informert valg om egen behandling, den endelige beslutningen skal være i tråd med det som er viktig for pasienten, uten at pasienten skal føle seg presset å ta ansvar for beslutningen. Da medisinsk behandling ikke kan avhjelpe alle helseutfordringer er det særlig viktig at helsepersonell kan drøfte etiske problemstillinger og eventuelle behandlingsbegrensninger med pasienter og pårørende.

Helsepersonell har et særskilt ansvar for at sårbare pasientgrupper får hjelp til å forstå og til selv å bli forstått i samtale med helsepersonell, inkludert når språk eller/eller kulturforskjeller er en utfordring. Sykehuset Innlandet må ha gode tolketjenester og ha fokus på de flerkulturelle utfordringene helsepersonell møter i sitt arbeid.

Brukerstyrte poliklinikker kan bidra til at pasienten føler økt mestring og normalisering av en endret livssituasjon og redusere behovet for kontroller og oppfølging på sykehus. Selvdialyse på sykehus er et eksempel som er gjort med gode erfaringer på Oslo Universitetssykehus Ullevål og Ryhov Lanssjukehus i Sverige.

Involveringen av pasienter og pårørende begrenser seg ikke til arbeid relatert til brukertilfredshet, de skal også involveres i utviklingen av framtidens helsetjenester og sykehus.

Tabell 6.1.3 (1) Forutsetninger for pasientens helsetjeneste**Forutsetninger for pasientens helsetjeneste:**

- Pasienter og brukere får informasjon om helsesituasjon og behandlingsmuligheter slik at de kan benytte seg av retten til samvalg
- Helsepersonell får god opplæring og veiledning i samvalgsverktøy
- Pasienter og brukere opplever forutsigbarhet gjennom informasjon om pasientforløp fra hjem til hjem og god samhandling med trygge overganger mellom sykehus og kommune
- Barn og ungdom får brukertilpassede behandlingstilbud der diagnostikk, behandling og oppfølging samles rundt pasienten
- Erfaringer fra pasienter og brukere gir grunnlag for forbedring av helsetjenestene og forebygger uønskede hendelser
- Ny teknologi øker tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten for pasienter, fastleger og kommuner
- Brukere er involvert i utvikling av klinisk praksis som pasientforløp, forskning og organisasjonsutvikling
- Videreutvikle systemer slik at viktig informasjon formidles til samarbeidspartnere i kommunen og andre helseforetak

6.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Dette kapitlet skisserer hvordan Sykehuset Innlandet skal videreutvikles mot den valgte retningen med pasientforløp framfor organisering i fagsiloer. Ledergruppen i Sykehuset Innlandet har besluttet at pasientforløpene «en god start», «den alvorlig syke pasienten», «den eldre pasienten» og «den helhetlige pasienten» skal prioriteres i utviklingsplanen. Helseforetaket har utfordret bredt sammensatte arbeidsgrupper med brukerrepresentanter, fagpersoner og praksiskonsulenter om innspill til utvikling av disse fire pasientforløpene. Innspillene fra de fire arbeidsgruppene, samt innspill fra workshopene og fagmiljøene danner grunnlaget for trender og utvikling av pasientens helsetjeneste beskrevet i pasientforløpene.

Fellestrekk innenfor trender og utvikling av pasientens helsetjeneste er samlet under «det generelle pasientforløpet», særtrekk relatert til de fire forløpene er beskrevet under egne underkapitler. Pasientforløp involverer flere aktører, og derfor må et bredt spekter av representanter fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og brukerrepresentanter involveres i videreutvikling og implementeringen av disse.

6.2.1 Det generelle pasientforløpet

Sykehuset Innlandet skal utvikle en helsetjeneste organisert etter pasientens behov i hensiktsmessige pasientforløp. Pasientforløpene krever en endring av dagens organisering i geografiske fagstrukturer for bedre å legge til rette for en multidisiplinær tilnærming i en prosess- og pasientorientert arbeidsform. Pasientforløp legger til rette for nettverkssamarbeid med andre sykehus og primærhelsetjenesten på tvers av behandlingsnivåene. Den helhetlige og tverrfaglige tilnærmingen vil gi faglige gevinster som er retningsgivende for valg av framtidig organisering og struktur. En pasientsentrert helsetjeneste forutsetter både faglige, kulturelle, strukturelle og bygningsmessige endringer.

Pasientens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av pasientforløpet. Alle pasientforløp skal også beskrive hvordan kunnskapsdeling med pasienten og samvalg skal skje, samt hvordan kunnskap skal deles med

pårørende i en tilpasset form, særlig der barn er pårørende. Pasientforløp involverer flere aktører, og derfor må et bredt spekter av representanter fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og brukerrepresentanter involveres i videreutvikling og implementeringen av disse.

Gode pasientforløp er preget av kontinuitet, forutsigbarhet, sømløst samarbeid og er kunnskapsbasert. Helheten er tydelig for både pasient, pårørende og de ulike behandlerne, samtidig som det ivaretar at pasientene skal møtes individuelt og ut fra egne behov og ressurser.

Sentrale trinn i det generelle pasientforløpet er kartlagt i figuren under.

Figur 6.2.1 (1) Det generelle pasientforløpet



Innspillene fra de fire arbeidsgruppene, samt innspill fra workshop i desember 2017 danner grunnlaget for beskrivelse av trender, mål og tiltak for det generelle pasientforløpet.

Tabell 6.2.1 (1) Det generelle pasientforløpet

Pasientforløp	Trender
Forebygge sykdom	Forebygging av utvikling og forverring av sykdommer vil være viktig i framtiden. Pasienten selv, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil ha et felles ansvar for dette. Pasienter og pårørende vil i økende grad engasjere seg i spørsmål knyttet til egen helse. En rekke nye nettverk, tjenester og digitalisering gjør det mulig å innhente informasjon og bidra til dette. Nettverk av pasienter med spisskompetanse på ulike lidelser vil kunne følge opp pasienter og gi veiledning i forhold til forebygging. Dette vil medføre en endring i mengden informasjon pasienten besitter når helsevesenet kontaktes. Teknologisk utvikling vil lette samarbeidet på tvers av primær- og spesialist helsetjenesten. En videreutvikling av samarbeidet mellom ambulansetjenesten, spesialistene på sykehuset, fastlegen, legevakt og hjemmesykepleien vil danne grunnlaget for mobilt integrerte tjenester som vil være en kompetansebro mellom forvaltningsnivåene.
Kartlegge symptomer	Pasientene vil i stor grad samle egne helsedata, ved bekymring og avvik vil de raskt og enkelt kunne kommunisere med helsetjenesten ved hjelp av ulike digitale løsninger. Kravet til tilgjengelighet vil øke og den største andelen av henvendelser vil skje digitalt. Ved besøk i sykehus vil dette være planlagt og koordinert slik at pasienten opplever dette effektivt. Innledende kontakt kan skje digitalt og ved fysisk oppmøte er remisser til laboratorier, billeddiagnostikk og andre undersøkelser er bestilt og kan utføres før pasient treffer lege. Teknologien vil gi bedre kommunikasjon mellom fastleger og spesialister, dette kan bidra til at problemer i større grad kan håndteres uten innleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Bruk av felles verktøy på tvers av forvaltningsnivå for klinisk vurdering av pasienter vil føre til at kommunikasjonen og vurderingene blir sikrere og bedre. I tillegg vil kunstig intelligens, sensorteologi og pasientnære analyser bidra til raskere og sikrere diagnoser og dermed også sørge for at pasienten transporteres til rett behandlingsnivå. Dette kan bidra til å begrense unødvendig bruk av beredskapsenheter.
Kontakte spesialisthelsetjenesten	Behovet for innleggelse i sykehus vil være avklart i samarbeid mellom pasient, sykehus og primærhelsetjeneste. Undersøkelser og diagnostiske tester kan gjøres nær pasientens hjem for raskt å avklare behov for innleggelse i sykehus. Pasientens behov og ønske for behandling vil være styrende. En vil gi et godt faglig tilbud så nær pasienten som mulig. Felles journalsystem

	på tvers av forvaltningsnivåene vil sikre best mulig flyt i kommunikasjonen. Døgkontinuerlig bemanning med legespesialister både i akuttmottaket og ellers på sykehuset vil styrke diagnostikk og sikre målrettet behandling og ressursbruk fra første ledd. Observasjonspost kan redusere unødvendige innleggelser gjennom diagnostiske sløyfer og avklaring av pasienter med usikkert behov for innleggelse.
Utrede og behandle pasient	Økt fokus på pasient- og pårørende opplæring vil sette pasienten i stand til selv å ta beslutninger vedrørende egen utredning og behandling. Brukerstyrte senger og poliklinikker etableres for utvalgte pasientgrupper gir større fleksibilitet for pasientene og vil imøtekomme ønskene fra ungdomsrådet. Hjemmesykehus og behandling nær hjemmet/på lokalmedisinske sentre benyttes i større grad. I framtiden vil persontilpasset medisin, presisjonsmedisin og skreddersydd medisin brukes i større grad. Dette vil medføre et stort behov for integrerte avanserte analyser av celler og vev i tillegg til kliniske data. Moderne diagnoseutstyr, molekylærbiologiske metoder, genetikk og teknologiske beslutningstøtter vil bidra til at legene og annet helsepersonell kan stille raskere diagnoser. Det vil sees en utvidet bruk av hurtigdiagnostikk og sensortechnologi både på sykehus og i primærhelsetjenesten. Både for pasienten og sykehuset vil dette gi store besparelser, samt øke kvaliteten og sikkerheten i behandlingen.
Overføre pasient til primærhelsetjenesten	Kompetanseoverføring både på generelt grunnlag og rundt enkeltpasienter er viktig på tvers av sykehusavdelinger og forvaltningsnivåer. Pasient- og pårørendeopplæring vil inngå som en del av kompetanseoverføringen. Pasienten vil i så stor grad det er mulig og ønskelig fra pasienten selv, settes i stand til selv å kunne følge opp sin helsesituasjon. Sjekklister vil sikre at epikriser inneholder den informasjonen som pasienten og de ulike behandlerne trenger for videre oppfølging. Utreisetidspunktet inkludert tidspunktet på dagen bør være tilpasset behandlingsbehovet til pasienten samt tilbudet til samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten for å sikre en bedre overgang og oppfølging etter en innleggelse.
Å mestre hverdagen	Hjemmebesøk og/eller oppfølgingstelefon fra sykehuset etter utskriving vil hjelpe pasienten til å mestre hverdagen. Ambulerende team følger opp som et bindeledd mellom spesialist helsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ved hjelp av ny teknologi vil pasienten i enda større grad kunne monitorere og følge opp egen helse. Økt kunnskap om egen sykdom hos yngre pasienter med kroniske lidelser bidrar til at de blir tryggere på mestring av egen sykdom. Likepersoner og ulike kommunikasjonsformer gir pasienter og pårørende mulighet for veiledning, informasjon og støtte.
Samhandling	Felles arenaer for kompetanseutvikling og samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten vil bidra til en bedre helsetjeneste for pasienten. Samarbeidet rundt de mest komplekse pasientgruppene vil støttes av koordinatorene tilsvarende dagens «kreftkoordinatorer». Denne samhandlingen vil støttes av digitale løsninger. De lokalmedisinske sentrene vil videreutvikles slik at de i større grad kan benyttes til utredning og behandling for definerte tilstander og pasienter. Spesialister utfører spesialisthelsetjenester ved de lokalmedisinske senterne enten ved tilstedeværelse eller via teknologiske løsninger. Disse sentrene kan støttes av avansert teknologi som f.eks. droner som kan transportere prøver, blod og medikamenter.
Kommunikasjon med pasient og pårørende	Pasientens medbestemmelse er et integrert fokus gjennom hele pasientforløpet, pasientens valg oppdateres fortløpende av pasienten i den elektroniske journalen. Behandler har ansvar for å sikre at pasienten får nødvendig informasjon slik at pasienten selv har muligheten til å foreta samvalg om egen behandling og helse. Likepersoner er gode støttespillere for pasienter og pårørende. Kvalitetssikret skriftlig informasjon, film, e-læring og sikker meldingstjeneste brukes systematisk. Digitale pasienttjenester vil styrke helheten samt effektivisere pasientforløpene. Selvbetjeningsløsninger vil brukes i større grad. For å unngå at det startes uhensiktsmessig behandling og at behandling som ikke er hensiktsmessig, avsluttes, vil behandlingsbegrensning være en naturlig del av kommunikasjonen i alle ledd. Pasientens preferanser skal veie tungt og så langt det er mulig skal pasient eller pårørende tas med i diskusjonen. Pasienten selv avgjør når han eller hun vil formidle sine ønsker rundt behandlingsnivå og oppdaterer selv journalsystemet med sine preferanser.

For å imøtekomme framtidens trender må Sykehuset Innlandet videreutvikle pasientens helsetjeneste på følgende områder:

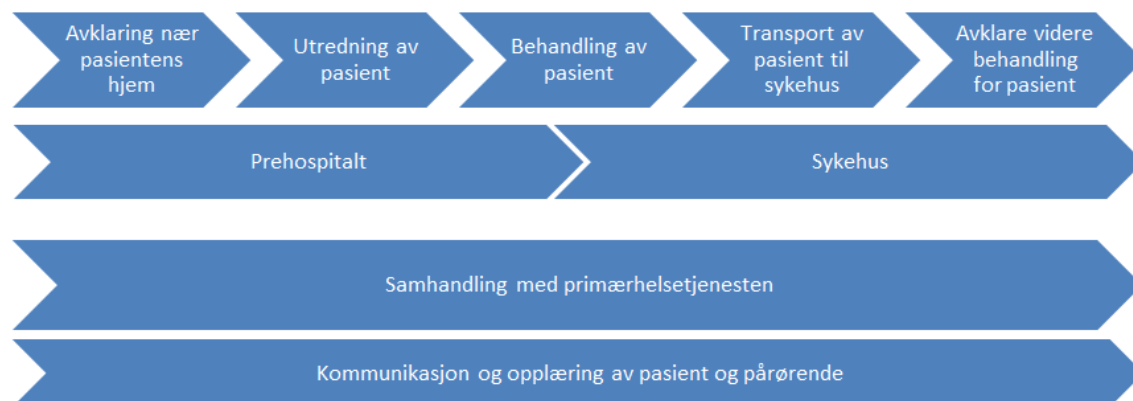
Tabell 6.2.1 (2) Utvikling av pasientens helsetjeneste

Utvikling av pasientens helsetjeneste
• Pasientforløp tar utgangspunkt i pasientenes behov og utvikles i samarbeid mellom brukere, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten • Nye roller og kompetanse for bedre pasientbehandling og ressursutnyttelse på tvers av forvaltningsnivåene • Akuttmottak i helseforetaket er bemannet av spesialister for å sikre rask diagnostikk og behandling • Behandling av pasienter skjer på rett nivå i akuttsykehus, desentralisert eller i pasientens hjem avhengig av pasientens tilstand og behov • Kvalitetsindikatorer for brukertilfredshet, behandlingsutbytte og helsegevinst brukes kontinuerlig til forbedring av pasienttilbudet • Helseforetaket og kommunene har felles plattform for teknologiske løsninger (pasientjournal, prosedyrer og retningslinjer, bruk av e-læring, app-teknologi, VR-briller, chatteløsninger og andre framtidige muligheter) • Pasientene deltar aktivt i beslutninger rundt egen helse og behandling. Samvalg brukes i alle pasientmøter • Utveksling av kunnskap, ferdigheter og innsikt skjer på alle samhandlingsarenaer der ulike aktører har kjennskap og respekt for hverandres kompetanse

6.2.2 Pasientforløpet «En god start»

«**En god start**» omhandler pasientforløpet fra pasientens hjem til akuttmottaket på sykehus.

Figur 6.2.2 (1) Pasientforløpet en god start



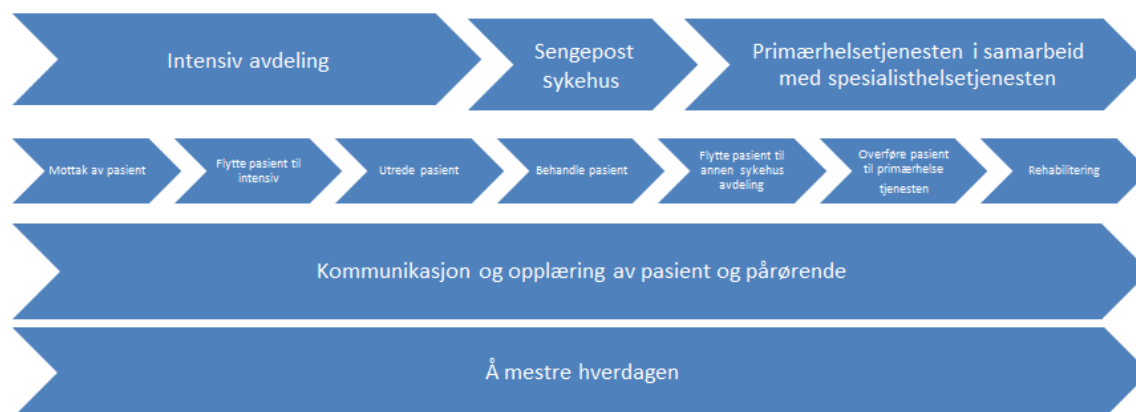
Tabell 6.2.2 (1) Trender, mål og tiltak for pasientforløpet «en god start»

Trender	Utviklings av pasientens helsetjeneste
Avansert diagnostikk/behandling vil i større grad være tilgjengelig prehospitalt som følge av økt bruk og tilgjengelighet av nye teknologi i ambulansene inkludert avansert medisinsk teknisk utstyr, point-of-care lab-analyse, bruk av kunstig intelligens, og sanntidsstøtte fra lege. Dette vil kunne gi raskere diagnostikk, vurdering av behov for transport, behandlingsnivå og oppstart av behandling ved behov.	Felles pasientjournal tilgjengelig for pasient, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
Økt fokus på kompetansen til prehospitalt personell, inkludert økt tilgjengelighet av legeressurser for bistand med avklaring av pasienter. Samt fokus på integrering av prehospital dokumentasjon inn i sykehusets journal.	De prehospitaltjenester tar i bruk ny teknologi som vil bedre behandlingstilbudet gjennom bedre diagnostikk, kommunikasjon og samhandling.
Akuttmottak under felles klinisk ledelse med stadig større grad av spesialisering. Fokus på tettere samarbeid som vil styrke diagnostikk, sikre målrettet ressursbruk fra første ledd, eliminere dobbelt arbeid og stryke teamkulturen. Jobbgledning benyttes der det er hensiktsmessig.	Felles mottak for pasienter med somatiske, rusrelaterte og psykiske lidelser.
Tverrfaglige definerte tilkallingsteam sikrer rask innsats ved mottak av pasienten med alvorlig sykdomsbilde.	Samle og videreutvikle tverrfaglig høyspesialisert kompetanse for akuttforløpene.
	Utvikle helhetlige pasientforløp for både definerte akutte tilstander og lavere hastegrad.
	Community paramedic/mobilt integrerte tjenester som har en forebyggende, undersøkende og/eller behandlende rolle.

6.2.3 Pasientforløpet «Den alvorlig syke pasienten»

Pasientforløp for pasient med behov for intensiv behandling, fra hjem til hjem. Målet med pasientforløpet er å sikre rask og likeverdig behandling av alle alvorlige syke pasienter.

Figur 6.2.3 (1) Pasientforløpet «den alvorlig syke pasienten»



Tabell 6.2.3 (1) Trender, mål og tiltak for pasientforløpet «den alvorlig syke pasienten»

Trender	Utvikling av pasientens helsetjeneste
Alvorlig syke pasienter må håndteres der det er flere spesialiteter og støttefunksjoner samlet på et sted. Dette blant annet fordi tidsfaktoren ved organsvikt er avgjørende for prognosen og videre behandlingsforløp. Monitorerings- og behandlingsmulighetene blir stadig mer avansert, dette krever personell med høy spesialisert kompetanse. Samtidig kan utviklingen innen farmakologi forventes å redusere antall respiratordøgn. På tross av utviklingen innen intensivmedisin kan det ikke forventes at følgeproblematikk av intensivbehandling elimineres. Intensivtilbudet vil kanskje i framtiden også på mindre sykehus i større grad differensieres mellom intensivbehandling av pasienter med flerorgansvikt og tettere observasjon av pasienter med enkelt organsvikt. En viktig del av et pasientforløp for den alvorlig syke pasienten er å vurdere behandlingsnivå, dette kan bistås av et team skolert i disse vurderingene.	Intensivavdelingen ledes av intensivist og har tverrfaglig sammensetning og kompetanse, sørger for rask vurdering og igangsetting av kunnskapsbasert behandling. Fokus på gode overganger mellom behandlingsnivå og rehabilitering. Ulike alternative standardiserte løp for overgang til annet behandlingsnivå utarbeides: 1) overflytting fra intensiv til interkommunalt senter, 2) overflytting fra intensiv til sengepost, deretter hjem, 3) overflytting fra intensiv til sengepost og deretter til rehabilitering. Pasient og pårørende får god informasjon og oppfølging med mulighet for samvalg gjennom hele forløpet. Forebygge at pasienten opplever tap av autonomi. Poliklinisk oppfølging av intensivpasienter etter utskrivelse. Lærings og mestringskurs for kjente plager etter intensivopphold som søvnplager, kroniske smerter og posttraumatiskstress syndrom. Tilbud om samtale etter utreise for pasienter og pårørende.

6.2.4 Pasientforløpet «Den eldre pasienten».

Pasientforløp fra hjem til hjem for «den eldre pasienten».

Figur 6.2.4 (1) Pasientforløpet «den eldre pasienten»



Det blir stadig flere eldre som fører til at det vil bli langt flere som lever med sammensatte og kroniske sykdommer. Akutt syke eldre har ofte et stort spekter av underliggende lidelser og har derfor behov for supplerende undersøkelser. Utviklingen krever styrking av tilbudet til eldre både i form av kompetanse og organisering. En helhetlig tilnærming til geriatrike pasienter krever nært samarbeid med flere spesialiteter og faggrupper i sykehus, samt med kommunehelsetjenesten, pasienten og de pårørende.

Tverrfaglig behandling i akuttgeriatrik enhet bidrar til redusert dødelighet, bedret funksjonsstatus, økt mobilitet, bedret kognitiv funksjon og redusert behov for institusjonsopphold. Akuttgeriatrik enhet bør etableres i et fullverdig sykehus med enkel tilgang på støttefunksjoner, spesialister i andre indremedisinske fag, kirurgi, anestesi og alderspsykiater, intensiv/overvåkingsenhet og rehabilitering.

Tabell 6.2.4 (1) Trender, mål og tiltak for pasientforløpet «den eldre pasienten»

Trender	Utvikling av pasientens helsetjeneste
Kritisk gjennomgang av legemidler og vurdering av ernærings situasjonen.	Helhetlig og samlokalisert tilbud til eldre pasienter, inkludert akuttgeriatrik enhet med spesialistkompetanse.
Fokus på umiddelbar rehabilitering og mobilisering.	Utadrettet virksomhet med geriatrik poliklinikk og ambulante tjenester i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
Fagutviklingen innenfor alderspsykiatri, geriatri, nevrologi og indremedisin er gjensidig avhengige og må utvikles i et strukturert samarbeid.	Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste styrkes gjennom felles journalsystem, kompetanseplattform og rotasjonsstillinger.

6.2.5 Pasientforløpet «Den helhetlige pasient»

Pasienter kan ha sammensatte somatiske og psykiske lidelser som forsterker hverandre. Samtidig behandling av sammensatte lidelser må være målsetningen, og behandlingsopplegg bør sammenstilles og samkjøres for å sikre et helhetlig tilbud til pasienten. Ungdomsrådet er tydelig på at «sjela ligger i kroppen» og ønsker en godt koordinerte tjenester med somatikk, psykiatri og sosionom i samme team. Det er en overdødelighet hos psykiatriske pasienter som kan tilskrives somatisk sykdommer og disse kan i stor grad forebygges. På samme måte er det en betydelig underdiagnostisering av psykiske lidelser og rusproblemer hos pasienter innlagt ved somatiske avdelinger.

Figur 6.2.5 (1) Pasientforløpet «den helhetlige pasienten»



Tabell 6.2.5 (1) Pasientforløpet «den helhetlige pasienten»

Trender	Utvikling av pasientens helsetjeneste
Teknologi som videokonsultasjoner brukes for «polikliniske kontroller» hos fastlegen i samarbeid med spesialister. Teknologi som treffer unge pasienter videreutvikles.	Felles akuttinntak for rus, psykisk helse og somatikk for å sikre likebehandling av alle brukere i akuttfasen. Økt fokus på liaisonvirksomhet på tvers av psykisk helsevern, rus og somatikk.
Psykiatrisk og sosial hjelp vil bli tilgjengelig på legevakt for å forhindre unødvendige innleggelser.	«En dør inn» med biopsykososial tilnærming for barn og ungdom innenfor pediatri, barne- og ungdomspsykiatri og habilitering.
Egnede omsorgsboliger for eldre pasienter med psykiske diagnoser, bemannet med psykiatriske sykepleiere.	Gode overganger og god oppfølging i overgangen fra barn- og ungdom til voksen. God pasient- og pårørendeopplæring sikrer at pasienten er bedre rustet til å takle hverdagen. Brukere involveres i større grad ved at behandlere skolerer i samvalg. Bedret transporttilbud til innleggelse ved akutt psykiatrisk sykdom.

6.3 Helse Sør-Øst sine sju prioriterte fagområder

6.3.1 Oversikt over prioriterte fagområder

Helse Sør-Øst RHF har gitt regionale føringer i dokumentet «Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer» om sju prioriterte fagområder med tilhørende delprosjekter:

1. Psykisk helsevern
2. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Rehabilitering
4. Habilitering
5. Hjerneslag
6. Kreftkirurgi
7. Prehospitale tjenester

Sykehuset Innlandet har gått gjennom prosjektrapporter og føringer knyttet til disse sju fagområdene. Føringerne for de enkelte fagområdene er relativt ulike, noe som fører til at omtalen av de sju fagområdene vektlegger forskjellige momenter. I den videre teksten tar vi utgangspunktet i føringer som angitt fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandets planer for utvikling av tilbudet.

6.3.2 Psykisk helsevern

I psykisk helsevern er personlige møter og utvikling av en relasjon mellom pasienten og helsepersonell fortsatt sentralt. Digital utvikling vil kunne gi nye behandlingsarenaer og fleksibilitet som understøtter disse relasjonene, men ikke erstatte dem. Bruk av nye kunnskapsbaserte behandlingsformer og tverrfaglig kompetanse hos de ansatte prioriteres. Det benyttes flere ulike scoringsverktøy/psykometriske tester som gir umiddelbar tilbakemelding på behandlingseffekt. Innenfor flere deler av feltet benytter man også anerkjente klient- og resultatstyrte tilbakemeldingssystemer. Gjennom disse fanger man umiddelbart opp pasientens opplevelse, og dette innarbeides i planleggingen av den videre behandlingen.

Gjennom en samling av sykehuspsykiatri (voksne og barn), rus og somatikk legges det til rette for helhetlige pasientforløp. Helhetlig pasientforløp ivaretar somatiske og psykiske helsebehov, og styrker samhandling mellom pasient, spesialist- og primærhelsetjenesten.

Føring 1: Brukermedvirkning og samvalg

Brukermedvirkning og samvalg skjer på to nivåer a) individnivå og b) systemnivå:

Individnivå: Behandler involverer pasient og eventuelt pårørende gjennom systematisk samvalsarbeid slik at disse kan ta selvstendige valg om egen behandling basert på personlige verdier og preferanser. Dette er like viktig for pasienter som mottar behandling under tvang eller mangler samtykkekompetanse. Ettersamtaler blir benyttet som metode blant annet for å avklare hvordan pasienten ønsker å bli behandlet i en eventuelt tilsvarende situasjon i framtiden.

Systemnivå: Divisjonen arbeider systematisk og langsiktig for å heve kompetansen til sine ansatte i bruk av samvalsverktøy, slik at pasientens personlige verdier og preferanser i beslutninger om behandling ivaretas. Divisjonen prioriterer kompetansebygging innenfor kunnskapsbasert behandling. Sykehuspsykiatri og DPS har kompetanse til å tilby ulike behandlingsformer avhengig av pasientens lidelse og preferanser. Avdelingenes erfaringer med tilbakemeldinger gjennom ettersamtaler med pasienter som har mottatt behandling under tvang, benyttes til kontinuerlig å vurdere avdelingens praksis.

Psykisk helse har fast representasjon i foretakets brukerutvalg og ungdomsråd. Det finnes brukerrepresentanter i alle kvalitetsutvalg.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Utvikling av elektroniske hjelpemidler gir mulighet for nye behandlingsarenaer og overvåking av behandlingseffekt, som kan bidra til bedre fleksibilitet, bedre ressursutnyttelse og individuelt tilpassete behandlingssopplegg
- Pasientens mulighet til å foreta valg om egen behandling ivaretas gjennom systematisk bruk av samvalgsverktøy.
- Behandlingstilbudet til den enkelte pasient styres av beste tilgjengelige kunnskap om effektiv behandling, og divisjonen besitter kompetanse om ulike terapiformer som tilpasses den enkelte pasientens behov og lidelse.
- Alternative former av involvering av brukere på systemnivå, for eksempel ved bruk av erfaringskonsulenter.

Føring 2: Standardiserte pasientforløp

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Systematisk arbeid med forankring, implementering og måling av helhetlige pasientforløp og pakkeforløp.
- Sikre brukermedvirkning i tilknytning til utvikling og implementering
- Arenafleksible tjenester, virtuelle innleggelser og digitale behandlingstilbud i større grad enn dagens behandlingstilbud

Føring 3: Behandlingseffekt

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Enhetlig og gjennomgående praksis, og bruk av evidensbaserte metoder til passet pasientens lidelse og preferanser.
- Validerte elektroniske scoringsverktøy som måler behandlingseffekt og pasientopplevelse inngår i vurdering av pasientforløp og implementeres systematisk i den enkelte pasientens behandlingsplan samt i divisjonens kontinuerlige forbedringsarbeid.

6.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

TSB er organisert som en del av divisjon Psykisk helsevern. Behandlingstilbudet innenfor TSB er forankret i samtlige DPS og basistjenester døgnet i sykehuspsykiatrien ved avdeling for TSB. Avdeling for TSB ivaretar også et regionalt ansvar i Helse Sør-Øst RHF med tilbud til gravide pasienter ved enhet for gravide og et familietilbud ved enhet for familie.

Økt kunnskap om sammenhengen mellom ruslidelser, psykiske lidelser og somatisk helse vil være avgjørende for å styrke basistjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er etablert en rusakuttenhet for pasienter som grunnet rusmiddelmissbruk er i behov av akutt/øyeblikkelig helsehjelp. Ambulante akutte tjenester i divisjonen ivaretar et poliklinisk akutttilbud for pasienter med rusmiddelavhengighet. Kompetanse og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser er styrket i denne tjenesten. Avrusningstilbudet videreutvikles i samsvar med faglige føringer. Divisjonen besitter kompetanse også for andre former for avhengighet, som spill- og nettavhengighet. Ved utvikling av ny teknologi vil pasientbehandling i stadig økende grad kunne foregå der pasienten bor. En vil kunne unngå behandlingsavbrudd gjennom den fleksibilitet og tilgjengelighet nyere teknologi representerer, uten å tilføre reisetid for pasient eller behandler.

Føring 1: Utvikling av basistjenester og organisering av disse

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Rusakuttenhet samlokalisert med somatisk og psykisk helsevern for pasienter med akutt/øyeblikkelig helsehjelp.
- Helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivå og spesialitet for pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, samt pasienter som innlegges uten samtykke.

- Rekruttering av spesialister til TSB vil komme fra leger i allmennmedisin og psykiatri, psykologspesialister og nevropsykologer. Rekruttering fordeles jevnere mellom helseforetakene, noe som vil innebære en reell økning i spesialistkompetansen i foretaket.
- Bistandsteam er fortsatt forankret i spesialisthelsetjenesten og er en viktig arena for samarbeid mellom tjenestene og pasientmedvirkning der tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2 vurderes.

Føring 2: Samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Etablering av FACT team (Flexible Assertive Community Treatment) i samarbeid mellom alle DPS og kommuner i opptaksområde for pasienter med samtidig rusmiddel- og psykisk lidelse.
- Samarbeid mellom poliklinikk og kommunal tjeneste vil kunne styrkes ved å tilby tilstedeværelse og samarbeid ved bruk av videokonferanser og virtuelle rom.
- Systematisk bruk av konsultasjonstjenester og liaisonstjenester i samarbeid med somatiske avdelinger og psykiskhelsevern.
- Samhandling og kompetansedeling styrkes ved felles undervisning- og opplæringsarenaer for primær- og spesialisthelsetjenesten.

6.3.4 Rehabilitering

Rehabilitering skal skje nærmest mulig der brukeren bor. Behov for nærmiljø, langvarig og tverrsektoriell oppfølging vektes opp mot behov for spesialisert kompetanse, situasjonens kompleksitet og behov for høy intensitet³⁸. Spesialisthelsetjenestens vil ha en viktig oppgave i tidlig utredning og rask igangsetting av intensiv rehabilitering i tidlig fase og uten at det oppstår brudd i forløpet.

Mange pasienter får avbrudd i sine rehabiliteringsforløp fordi det ikke er ledig plass i rehabiliteringsavdelingen når pasienten er ferdigbehandlet i akuttavdelingen. Dette medfører et opphold på «venteplass» i kommunen. Manglende sammenheng og avbrudd i rehabiliteringsforløpet bidrar til forsinkelser i funksjonsforbedringen og reduserer effekten av rehabiliteringen. For å motvirke dette bør samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten styrkes slik at pasienten opplever å få sitt rehabiliteringstilbud med forutsigbarhet og god kompetanse i forløpets ulike faser.

Føring 1: Tilbud innen døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Trinnvis dreining fra døgnplasser mot større andel dagbaserte tilbud i poliklinikk og ambulant tjeneste.
- Ambulant tjeneste etableres for vurdering av rehabiliteringspotensial samt bistå i overgangene mellom akuttavdelinger, rehabiliteringsavdeling og kommuner. Samarbeid med kommunene og forsterkning med ambulant tjeneste vektlegges og systematiseres for veiledning og gjensidig kompetanseutveksling.

Føring 2: Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt - «én dør inn» til tjenesten

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- En samlet organisering av spesialisert rehabilitering utgjør det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet i Sykehuset Innlandet. Koordinerende enhet inngår i den organisatoriske enheten med sine lovpålagte oppgaver.
- En samlet organisering sikrer robuste fagmiljøer for faglig utvikling, god rekruttering og rett prioritering.

³⁸ Helsedirektoratet Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet>

Føring 3: System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Gjeldene samarbeidsavtale revideres og konkretiseres. I tråd med føringer i utviklingsplanen er det formålstjenlig å opprette *Fagforum rehabilitering* med representanter fra Sykehuset Innlandet, kommunene og private rehabiliteringsinstitusjoner. Hensikten vil være å samarbeide om gode pasientforløp, ha tett dialog og være løsningsorienterte når det gjelder rehabiliteringstilbudet i foretaket.

6.3.5 Habilitering

Habilitering retter seg mot personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. De største målgruppene er psykisk utviklingshemmede med atferdsvansker og store bistandsbehov, autismespekterforstyrrelser, Down syndrom og cerebral parese samt flere sjeldne og komplekse syndromer.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten har ansvar for utredning og funksjonsanalyser, diagnostikk og behandling samt veiledning knyttet til adferdsavvik. Veiledning skjer ambulant på brukernes egne arenaer i barnehage, skole, hjem og arbeidsplass.

For de fleste pasientene er det nødvendig med oppfølging over mange år. Det er avgjørende med et tett og kontinuerlig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalt hjelpeapparat for å oppnå best mulig livssituasjon tilpasset det enkelte barn.

Føring 1: Etablering av samarbeidsavtaler, retningslinjer og et samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til barn og unge

Det bør etableres samarbeidsavtaler/retningslinjer og et samarbeidsforum for samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenestene i kommunene. Barne- og ungdomsfeltet i Sykehuset Innlandet har etablert et samarbeidsforum med deltakelse fra Barne- og ungdomsavdelingene, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og Avdeling for Habilitering. Samarbeidsavtalene med kommunene bør være likelydende uavhengig av om barnet/ungdommene er i kontakt med en Barne- og ungdomsavdeling, en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller Avdeling for Habilitering.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Samarbeidsavtaler med kommunene evalueres og videreutvikles
- Kontinuerlig vurdering og utvikling av andre gode samarbeidsformer

Føring 2: Implementering av ny regional behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade

Behandlingslinjen for barn og unge med ervervet hjerneskade anslås å dreie seg om 5-10 barn og unge pr år i Sykehuset Innlandet sitt område. Behandlingslinjen er inndelt i fem faser. Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet involveres i fase 4, når tjenestene ved Oslo universitetssykehus og Sunnaas sykehus går mot en avslutning og barnet/ungdommen skal følges opp i hjemkommunen. Det er store individuelle forskjeller på behovet for videre intervensjon fra Avdeling for habilitering avhengig av kompleksitet og hjelpebehov. Behov for senfaseoppfølging (Fase 5) vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Statped (statlig spesialpedagogisk tjeneste) er etablert i Innlandet. Det er viktig med dialog mellom instansene så tidlig som mulig etter en ny hjerneskade for fordeling av ansvar og oppgaver. I akuttfasen kontakter Oslo universitetssykehus Avdeling for Ervervet hjerneskade i Statped som involveres i overføringen til kommunen. Det er et etablert samarbeid mellom involverte enheter for å sikre ansvarsfordeling i henhold til behandlingslinjen.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Implementering av behandlingslinjen.

Føring 3: Tjenestetilbudet for barn og unge med autismespekterforstyrrelser samles i én enhet i Innlandet

Pasienter som ikke er diagnostisert men hvor det er mistanke om en utviklingsforstyrrelse henvises både til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og til Avdeling for habilitering, dette innebærer i dag åtte ulike poliklinikker. En slik organisering gir begrenset erfaring og svekker mulighetene for diagnostisering og differensialdiagnostikk i tidlig fase. Tidlig diagnostisering av autismespekterforstyrrelser er svært viktig for å kunne komme i gang med riktig behandling/intervenering (EIBI). Pasienter med diagnose innenfor autismespekterforstyrrelser mottar oppfølgende tilbud fra Avdeling for habilitering.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- På sikt utvikles en felles enhet for utredning og oppfølging av pasienter med autismespekterforstyrrelser.
- Det etableres i første omgang en utredningsenhet hvor kompetanse fra habilitering og fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er representert
- Pasienter med diagnose innen autismespekterforstyrrelser følges opp av Avdeling for habilitering.
- Pasienter uten diagnose innen autismespekterforstyrrelser, men som likevel har oppfølgingsbehov, følges opp av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Føring 4: Pasientforløp for voksne med moderat og alvorlig grad av atferdsvansker ved utviklingshemming

En utredning av atferdsvansker ved utviklingshemming hos voksne omfatter kartlegging av atferdens omfang, type og frekvens, slik kan mulige årsaker til atferden vurderes. Utredningen følges opp med ambulant tjeneste i tett og forpliktende samarbeid med kommunen.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Utarbeide og implementere et helhetlig pasientforløp. Relevante fagpersoner fra Avdeling for Habilitering, Hedmark og Oppland bidrar inn i det felles arbeidet rundt dette utviklingsområdet i Helse Sør-Øst.

6.3.6 Hjerneslag

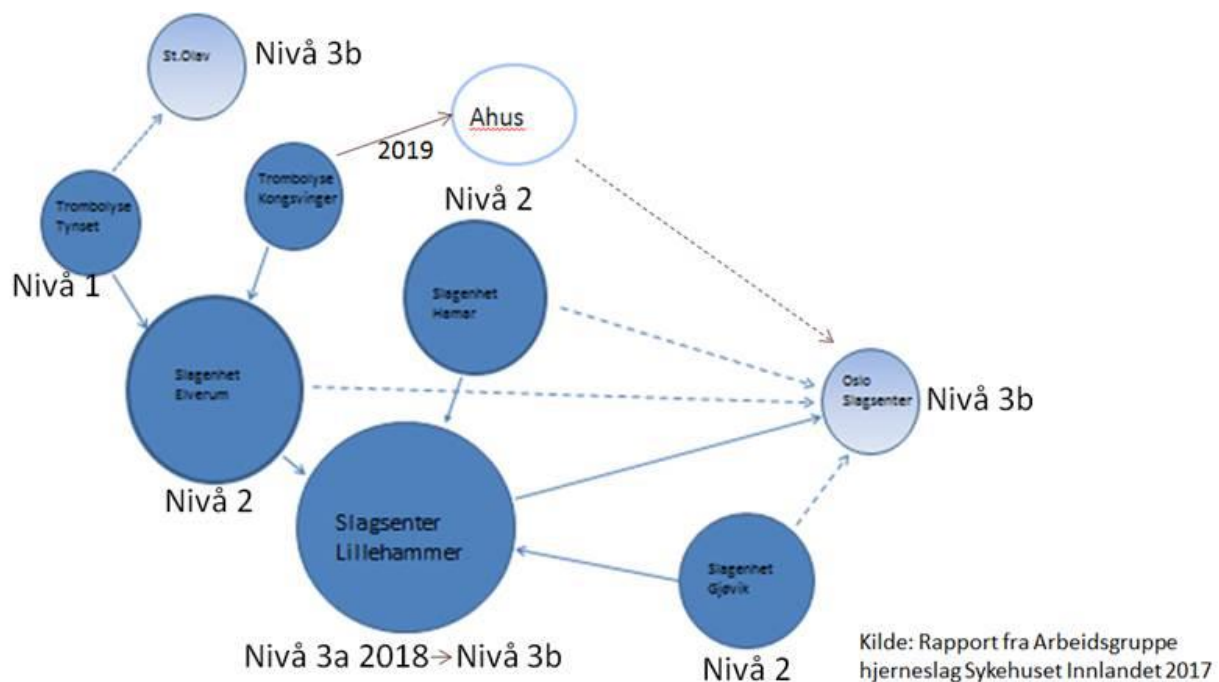
Sykehuset Innlandet behandler i dag hjerneslag ved alle somatiske sykehus og det sees betydelig variasjon i kvalitet, Sykehuset Innlandet behandler i dag en signifikant lavere andel pasienter med trombolyse (blodproppløsende behandling) sammenlignet med nasjonale mål. Videre er det også signifikant lavere 30-dagers overlevelse.

Fram mot samling i Mjøssykehuset skal det etableres slagsenter med samarbeidende slagenheter. Slagsentret har en rådgivende funksjon og håndterer pasienter med mer avansert diagnostikk og behandling. Forløpskoordinatorer ved alle enheter sørger for effektivt forløp og samhandling med primærhelsetjenesten.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Sykehuset Innlandet utvikler og implementerer i samarbeid med primærhelsetjenesten et felles pasientforløp for hjerneslag. Pasientforløpet skal være fra hjem til hjem.
- Alle slagpasienter skal etter akutt fase ha tilbud om tverrfaglig behandling i spesialisert enhet.
- Mulighet for diagnostisering og oppstart av behandling skal flyttes nærmere pasienten, for eksempel ved CT på lokalmedisinske senter og eventuelt ny teknologi som muliggjør dette i pasientens hjem eller i ambulanse.
- Selektering av pasienter som er aktuelle for trombektomi og transport av disse til senter med denne muligheten skal skje raskt.
- Muligheten for å etablere et tilbud om trombektomi mellom Oslo og Trondheim skal utredes og følges opp
- Sykehuset Innlandet planlegger å opprette et slagsenter tilknyttet nevrologisk avdeling og slagenheter etter denne modell:

Behandlingsnivå:
 1 Trombolyseenheter
 2 Slagenhet
 3a Slagsenter
 3b Slagsenter med mulighet for trombektomi



6.3.7 Kreftbehandling

Det er stor variasjon i overlevelse mellom de ulike divisjoner i foretaket. Innenfor tykktarmskreft er variasjonen for relativ 5-års overlevelse fra 81 – 92 prosent og innenfor endetarmskreft fra 77 – 95 prosent³⁹. Sykehuset Innlandet har lavere 5-års overlevelse enn landsgjennomsnittet på de fem største kreftformene.

Kreftform	Sykehuset Innlandet Absolutt overlevelse i prosent	Sykehuset Innlandet Relativ overlevelse i prosent
Lunge	16,2	80
Tykktarm	61,1	94
Endetarm	66,9	98
Bryst	87,5	97
Prostata	89,9	96

Tabell: 5 års absolutt og relativ overlevelse for ulike kreftformer i Sykehuset Innlandet. Absolutt overlevelse viser hvor mange prosent av pasientene som er i live etter 5 år. Relativ overlevelse viser overlevelse i foretaket sett i forhold til andre helseforetak i Norge. Landsgjennomsnittet er 100 %. Relativ overlevelse under 100 % betyr lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet.

³⁹ Årsrapport 2016 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Oslo: Kreftregisteret, 2017.

Medisinsk onkologi

Sykehuset Innlandet har i dag mangel på onkologer, det fokuseres derfor på å skape et godt fagmiljø som rekrutterer og yter god onkologisk behandling. Sentralisering i Sykehuset Innlandet av medisinsk onkologi med samling av spisskompetanse på ett sted vil styrke miljøet og sikre et likeverdig behandlingstilbud til alle pasienter. Deler av den medisinske onkologien som ikke krever spisskompetanse eller tverrfaglig samlokalisert bredde, opprettholdes og bygges opp nærmere der pasienten bor.

Stråleterapibehandling

Sykehuset Innlandet behandlet i 2016 63 og 72 prosent av egne pasienter i Hedmark og Oppland, dette inkluderte pasienter fra Kongsvingerregionen. Foretaket har i dag to strålemaskiner. Ut fra framskrevet behov i rapport fra Helse Sør-Øst RHF, vil det være behov for en tredje maskin innen få år. Det finnes tilgjengelig bunker ved Sykehuset Innlandet Gjøvik til en tredje maskin.

	Kapasitetsbehov LAE 2017	Kap.behov LAE 2022	Kap.behov LAE 2027	Kap.behov LAE 2032	Maskinbehov i 2032 (Linacer)	Rombehov
Innlandet uten Kongsvinger-regionen	2,0	2,1	2,3	2,5	3 (2,5)	3

Tabell hentet fra Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst. Rapport fra Helse Sør-Øst arbeidsgruppe, 30. april 2017.

Estimering av kapasitetsbehovet er basert på en tro på at Sykehuset Innlandet øker sin produksjonskapasitet framover fra 5 900 til 6 300 fm/LAE. Med en tredje linacer innen 2022 burde 80 prosent av pasientene til Sykehuset Innlandet kunne behandles i eget område.

Kreftkirurgi

Fordelingen av kreftkirurgi mellom sykehusene er basert på styrevedtak i Helse Sør-Øst vedrørende funksjonsfordeling av kreftkirurgi i regionen⁴⁰. Det utføres i dag kirurgi for tykktarmskreft ved avdelinger i Gjøvik, Hamar og Lillehammer, mens kirurgi for bryst-, skjoldbruskkjertel- og prostatakreft er samlet på Hamar. Kirurgi for endetarmskreft utføres ved avdelinger i Gjøvik og Hamar. Det stilles krav til kvalitet/robusthet, inkludert krav til behandlingsvolum og behandlinger pr. operatør, skal oppfylles i respektive enheter innen helseforetaket som har behandlingsfunksjonen. Lokalisering av behandlingsenhet/er internt er helseforetakets eget ansvar. Endetarmskreft er av Helse Sør-Øst RHF anbefalt samlet til en lokasjon i Sykehuset Innlandet, begrunnet i at minstekravet for befolkningsgrunnlag ikke oppfylles ved dagens organisering. For å skape helhetlig pasientforløp bør også medisinsk onkologi, kreftkirurgi og akutt gastrokirurgi samles.

Internasjonalt anbefales samlokalisering av mange spesialiteter for å optimere pasientforløp og sikre samarbeid rundt operative inngrep og komplikasjoner. De kirurgiske spesialitetene har daglig samarbeid med flere andre spesialiteter, for eksempel med radiologi, patologi, anestesi og intensiv. Det er også behov for tett samarbeid med andre spesialiteter som klinisk biokjemi, klinisk mikrobiologi, klinisk fysiologi og indremedisinske spesialiteter. I tillegg er det faglige avhengigheter mellom gynekologi, gastrokirurgi og urologi. For de fleste av disse spesialitetene har det stor betydning at de er samlokaliserte, slik at de kan bistå ved behov og på kort varsel. Samtidig vil tilstrekkelig bredde av fag og dermed tverrfaglighet bidra til et robust tilbud i spesialisert behandling. Det er krav om intensivenhet med døgntilbud, og dette gjør at kreftkirurgien må være samlokalisert med en intensivenhet.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Foretaket samler volumet av kreftkirurgi og medisinsk onkologi på færre lokalisasjoner for å møte krav om volum og kvalitet. Inntil etablering av Mjøssykehuset organiseres kreftbehandlingen etter prinsippet om sykehus i team hvor en av divisjonene får et overordnet

⁴⁰ Styresak 85-2010, Helse Sør-Øst

faglig og koordinerende ansvar for kreftbehandling. Det etableres forpliktende samarbeid for de ulike kreftformene på tvers av lokalisasjon.

6.3.8 Prehospitale tjenester

Målet i Nasjonal Helse- og sykehusplan er å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet i hele landet. Befolkningen skal kunne føle seg trygg på å få kompetent og rask hjelp i akutte situasjoner.

Antall bilambulanseoppdrag i foretaket har i følge SSB økt med 11 prosent i perioden 2012 -2016.

Ambulansetjenester					
	2012	2013	2014	2015	2016
Sykehuset Innlandet HF					
Ambulansebilder i drift	52	52	53	53	52
Oppdrag med ambulansebiler	57 328	57 066	59 306	60 275	61 293
• Akutte oppdrag med ambulansebilder	13 366	13 656	14 618	14 102	13 569
• Hasteoppdrag med ambulansebiler	27 462	27 797	29 315	30 575	31 629
• Vanlige oppdrag med ambulansebiler	16 500	15 591	15 822	15 598	16 095

Tabell: Kilde Statistisk Sentralbyrå, Statistikkbanken, <https://www.ssb.no/statbank/table/09556/tableViewLayout1/?rxid=03eb0e9e-76b2-4e6b-9926-3d1af1ff3044>

Årsakene til aktivitetsveksten er sammensatte. Dels skyldes det befolkningsøkning og økte forventninger i helsetjenesten og befolkningen, dels skyldes det endringer i legevaktsystemet med større legevakstasjoner og færre leger som drar på hjemmebesøk. Det er også en utfordring at ambulansetjenesten har en stor andel transportoppdrag. I byer og større tettsteder har aktivitetsøkningen enkelte steder gitt kapasitetsproblemer. Noen steder er det få oppdrag, noe som gir utfordringer med å vedlikeholde kompetansen til de ansatte. Tilstedeværelse av ambulanse er viktig for at befolkningen kan oppleve trygghet. Lokalisering av ambulansestasjoner innebærer vanskelige avveininger i forholdet mellom god faglig kvalitet på tjenesten og kortest mulig responstid.

Prehospitale tjenester skal levere effektive tjenester av god kvalitet i tett samarbeid med primærhelsetjenesten og sykehuset. Målet er etablering av en luftambulansebase ved Mjøssykehuset med kontinuerlig utvikling av tjenestene. Prehospitale tjenester har ressurser, kompetanse og utstyr til rask diagnostisering, oppstart av behandling, valg av riktig behandlingssted og forsvarlig transport. Avklaringer om dette skjer nær pasienten, i samhandling med pasient, primærhelsetjenesten og sykehus. Ny teknologi vil støtte dette.

Utvikling av pasientens helsetjeneste

- Foretaket vil sammen med kommuner i Innlandet, Røros kommune og Helse Midt-Norge RHF initiere og iverksette et prosjekt for å teste og utvikle mobile integrerte tjenester og rollen som «community paramedic». Målet med prosjektet er bedre ressursutnyttelse av ressurser på tvers av forvaltningsnivåer til nytte for pasienten. Bruk av teknologi for diagnostikk, beslutningsstøtte og kommunikasjon vil være sentralt i prosjektet.
- Foretaket vil sammen med kommunene utvikle tjenestene i den prehospitale kjeden slik at befolkningen i ulike deler av opptaksområdet får lokalt tilpassede løsninger som sikrer riktig respons og god kvalitet. Dette kan medføre nye og endrede tjenestetilbud og behov for utvikling av ny kompetanse.
- Foretaket vil gjennom utviklingsarbeid sikre seg at prehospitale tjenester har en hensiktsmessig organisering og kompetanse for å møte framtidige endringer i sykdomspanorama, bosettingsmønster og alderssammensetning.
- Foretaket vil i samarbeid med primærhelsetjenesten utvikle og implementere standardiserte behandlingsforløp for prehospitale tjenester.
- Foretaket vil legge til rette for økt beslutningsstøtte og veiledning for prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten gjennom kontinuerlig tilknyttet kompetent lege i AMK sentralen.

- Foretaket vil etablere en enhet for transport av intensivpasienter både innad i foretaket og utenfor eget foretak.

6.4 Oppgavefordeling og samhandling

6.4.1 Mellom sykehus i foretaket

Nasjonal Helse- og sykehusplan gir føringer for at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes og bli mer forpliktende, og sikre god oppgavefordeling. Videre skal foretakene sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Resultatet skal bli kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp.

For pasienter som trenger tjenester ved flere steder i sykehuset, er koordinering mellom disse viktig. Det er opprettet fagråd innen ulike fagområder som skal om å ta ansvar sikre god kvalitet og lik praksis innenfor de ulike fagområdene. Disse fagrådene er viktige med hensyn til funksjonsfordeling og koordinering mellom sykehusene i foretaket. Standardiserte pasientforløp er en arbeidsform som skal kvalitetssikre at den enkelte pasient opplever sømløs og god behandling.

6.4.2 Primærhelsetjenesten

Sykehuset og kommunene står overfor utfordringer som må løses i fellesskap, for eksempel i behandlingen av store grupper med kroniske lidelser. Felles for disse er høyt forbruk både av spesialist- og kommunehelsetjenester. Ytterligere forventet vekst av disse gruppene vil måtte håndteres på en annen måte enn i dag. Pasient- og pakkeforløp må dekke hele forløpet fra hjem og tilbake til hjemmet, hvor kommunehelsetjenesten involveres i arbeidet. Kompetanseoverføring, utvikling og pasientopplæring må settes i system. Det må være godt fungerende kommunikasjonskanaler og rutiner. Nye arbeidsformer og ny teknologi kan gi pasientene bedre tjenester og bidra til å dempe presset på helsetjenestene.

Spesialisthelsetjenesten må bidra til aktiv og gjensidig kompetanseutvikling og -utveksling mellom de ulike delene av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må dele styringsdata som er relevante for kommunene og samarbeide med kommunene for å avklare hensiktsmessig ansvarsfordeling og oppgavedeling. De lovpålagte samarbeidsavtalene og etablerte samarbeidsorganene mellom sykehus og kommunene må brukes i alt utviklings-/endringsarbeid som har betydning for andre parter tilbud og tjenester.

Overordnet samarbeidsavtale, med retningslinjer skal være styrende for overordnet, strukturert samhandling og må utvikles med tydeligere retningslinjer som sikrer:

- Oppgave- og ansvarsdeling mellom kommuner og sykehus, inkludert strategi for utarbeidelse av «hjem til hjem» pasientforløp.
- Enighet om god prosess for overføring av oppgaver, inkludert bistand til ønsket kompetanse i kommunene for deres endrede/nye oppgaver (jf. veiledningsplikten)
- Samarbeidsarenaer for kvalitetssikret og praktisk samarbeid
- Felles strategi for utvikling og implementering av elektroniske løsninger for kommunikasjon og pasientbehandling, med mål om å sikre at relevant dialog og pasientdata overføres mellom virksomhetene.
- Måltrettet samarbeid om pasienter med store og sammensatte behov og kronikere samt innvandrerbefolkningens særlige utfordringer.
- Godt samarbeid rundt etiske dilemma i pasientbehandlingen

Foretaket vil sette i gang et arbeid for å beskrive oppgavefordelingen gjennom formelle og forpliktende samarbeidsavtaler med avtalespesialistene for å bidra til å løse helseforetakets oppgaver.

Sykehuset Innlandet tar initiativ til prosjekter for utprøving av nye finansieringsordninger som støtter ny oppgavedeling mellom sykehus og kommune.

6.5 Organisasjon og ledelse

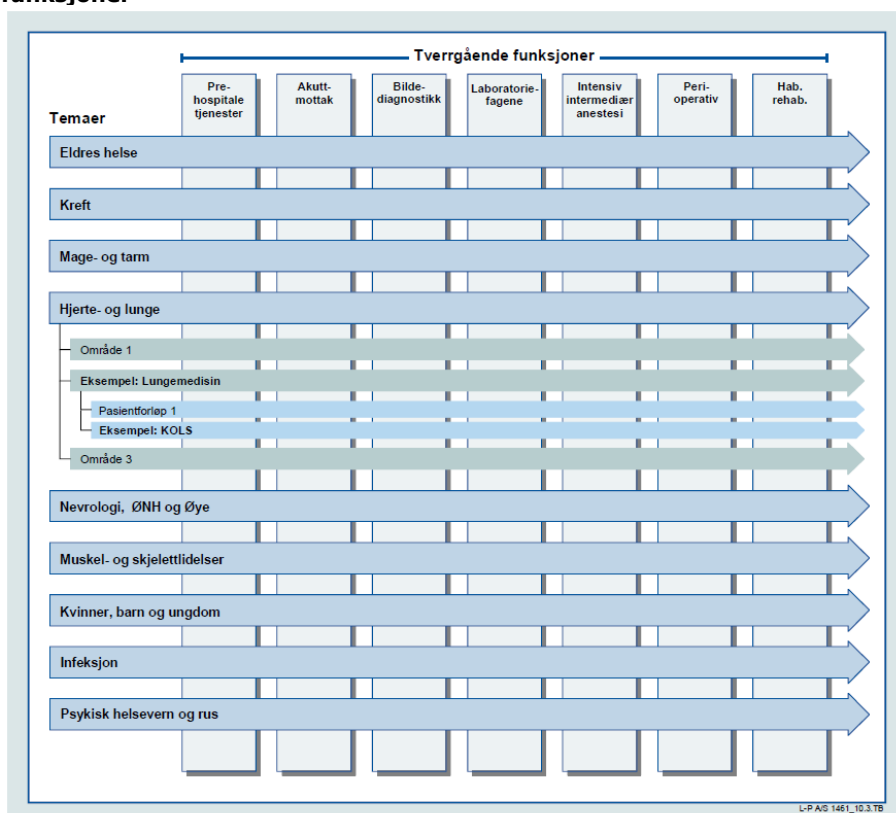
6.5.1 Organisasjon

Organisasjonsstrukturen skal danne et solid fundament og en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver. Den skal videre sørge for en god utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Organiseringen må sikre nødvendig kontakt mellom fagområder og yrkesgrupper internt, og legge til rette for dialog og samhandling med eksterne aktører. Samarbeid og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten, er ivare tatt gjennom organisatoriske løsninger og arbeidsformer.

Målet for Sykehuset Innlandet er å skape «Pasientens helsetjeneste». En naturlig konsekvens av dette målbildet er å etablere pasientforløp som organisatorisk hovedprinsipp. Videre vurderes det som hensiktsmessig å samle pasientforløp som hører sammen i definerte sentra (eksempelvis hjerte/lunge eller kreft). I en slik modell samorganiseres stab- og støttefunksjoner, og disse funksjonene leverer gjennomgående tjenester til hele virksomheten slik det skisseres i figur 6.5.1 nedenfor. En slik modell vil legge til rette for en mer helhetlig, koordinert og sømløs behandling av pasientens medisinske tilstand gjennom strukturert samhandling mellom ulike fag, funksjoner og behandlingsnivåer.

Figur 6.5.1 (1) Illustrasjon av sammenheng mellom temaer, områder, pasientforløp og tverrgående funksjoner



Kilde: Sykehuset Innlandet Faglige utviklingstrekk mot 2040, omstilling, endring og effektivisering i et 2040 perspektiv (2016)

I en framtidig organisasjonsmodell vil det også være en målsetting for Sykehuset Innlandet å skille mellom ulike former for pasientforløp basert på prosessens kompleksitet og forutsigbarhet. Dette vil medføre at det bør etableres strukturer eller miljøer knyttet til følgende kategorier av, eller former, for pasientforløp:

- Diagnostikk
- Behandling av inneliggende pasienter
- Poliklinikk

For at modellen skissert ovenfor skal fungere etter intensjonene må blant annet følgende endringer gjennomføres:

- Det må utvikles og implementeres støtteverktøy som gir ledere sanntids styringsinformasjon som kan benyttes for løpende oppfølging, simulering og beregning av framtidig ressursforbruk og resultater.
- Det må etableres mekanismer for koordinering av aktivitet, fordeling av ressurser og håndtering av pasienter på tvers av pasientforløp.
- Det må settes av tid til å trene ledere og medarbeidere på arbeidsformen (eget organisasjonsutviklingsprosjekt).
- Det må etableres et oppfølgingsregime og en finansieringsordning som måler og belønner aktiviteter i pasientforløpene.
- Ressurser og aktiviteter i sentrale faser av pasientforløpene må samlokaliseres eller plasseres geografisk nært hverandre.

6.5.2 Ledelse

Sykehuset Innlandet går inn i en periode med store endringer knyttet til rammebetingelser, struktur, samhandling, faglig/teknologisk utvikling og medarbeiderpreferanser. Dette stiller ytterligere krav til ledelse og økt behov for bevisstgjøring, kunnskapstilførsel og ferdighetstrening på de ulike ledernivåene i virksomheten.

Det vil være behov for å øke kompetanse på ledelse av prosessorganiserte virksomheter, særlig med tanke på å etablere god innsikt i egen lederrolle og en helhetlig forståelse for egen virksomhet. I tillegg vil det være aktuelt å fokusere på temaer som styring av matriseorganiserte ressurser, og ledelse av tverrfaglige kompetansemiljøer.

Bruk og oppfølging av resultater fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring vil være viktig. Mobilisering av ansatte og tilrettelegging for gode arbeidsprosesser innenfor eksisterende rammer vil være både utfordrende og viktig i årene som kommer.

Det etableres en kultur for kontinuerlig forbedringsarbeid og innovasjon. Som en følge av dette vil foretaket ha behov for ledere med høy relasjonskompetanse og ferdigheter knyttet til veiledning og coaching. Gode tilretteleggingsevner, sterkt fokus på å motivere egne medarbeidere og gi nødvendig mestringsstøtte er andre viktige ledelseskrav.

Identifikasjon og utvikling av ledertalenter i egen virksomhet, vil være svært viktig. Dette vil redusere sårbarhet og gi økt kontinuitet i foretakets ledelsesapparat. Etterfølgerplanlegging settes derfor ytterligere i system på alle ledernivåer i organisasjonen.

6.6 Bemanning og kompetanse

Målsetningene innen bemannings- og kompetansearbeidet vil både reflektere dagens sykehusstruktur, og samtidig støtte forberedelsen til gjennomføring av ny struktur, der Mjøssykehuset får rollen som knutepunkt i et helhetlig spesialisttilbud.

6.6.1 Bemanning

Foretaket sørger for systematisk analyse, planlegging og dokumentasjon av framtidig kompetanse- og bemanningsbehov. Gode systemer og rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging brukes for alle yrkesgrupper, nye modeller for arbeidsdeling og samhandling og utvikling av en heltidskultur er godt innarbeidet i foretaket. Bemanningssammensetningen vil speile en økt spesialisering, økt jobbglidning og bruk av ny kompetanse i sykehuset. De administrative stab- og støttefunksjoner er tilpasset for å levere de tjenester klinikken trenger for å nå sine mål på kort og lang sikt.

6.6.2 Kompetanse

Pasientens behov er styrende for kompetanseutvikling og kompetansesammensetning. Sykehuset Innlandet utreder, planlegger og legger til rette for kompetanseutvikling opp mot forventede teknologiske endringer. Fagmiljøer bygges planmessig opp og styrkes gjennom utvikling av både bredde- og spisskompetanse. Framtidige kompetansebehov er en viktig aktivitet i drift og videreutvikling av virksomheten, i alle deler av organisasjonen. Krav om økt effektivisering møtes

blant annet ved å sikre riktig kompetanse på rett sted i pasientforløpet, og gjennom jobbglidning. Dialogen med utdanningsinstitusjonene om kapasitet og innhold er videreutviklet.

Sykehuset Innlandet har videreutviklet sterke kompetansemiljøer og har i 2035 flere nasjonalt og internasjonalt kjente fyrtårn som trekker til seg internasjonal kompetanse og samarbeid.

6.6.3 Utdanning

Innlandet møter den raske endringen i befolkningens behov og i den medisinske utviklingen ved tydelig å satse på videre- og etterutdanning for alle helsepersonellgrupper. Sykehuset Innlandet har befestet og styrket sin rolle i grunnutdanningen av sykepleiere og andre helsefaglige høgskoleutdanninger, og i utdanningen av legespesialister. Foretaket profilerer seg utad som et sykehus med faglig svært sterke utdanninger med tilfredse deltakere, som følge av dette styrkes rekruttering. Behovet for endringer i utdanningstilbudet vurderes kontinuerlig. Foretaket bruker kombinasjonsstillinger sammen med høgskolene for å styrke kvalitet og relevans i utdanning, innovasjon og forskning.

6.6.4 Rekruttering

Gode og stabile arbeidsforhold med tilbud om utviklingsmuligheter og karriereveier innen fag og ledelse møter alle yrkesgrupper, slik styrkes rekrutteringen av kvalifisert arbeidskraft. Foretaket har etablert traineeordninger innenfor flere profesjonsgrupper. Det foreligger en konkret plan for å gjøre Mjøssykehuset til et universitetssykehus.

6.7 Forskning og innovasjon

Forskningsgrupper utgjør en integrert del av klinisk virksomhet i alle spesialistområder i Mjøssykehuset, og skal fremme kvalitetsforbedringsarbeid og attraktive rekrutterende arbeidsmiljøer for å skape pasientenes helsetjenester.

Mjøssykehuset er etablert som Innovasjonssykehus. En distribuert innovasjonsmodell med innovasjonsklinikere og innovasjons «hubs» i alle regionene danner et fundament for strategisk ledelse og koordinering sammen med innlandskommunene og regionale, nasjonale, internasjonale kompetansemiljøer og klynger. Dette vil fremme lokal verdiskapning og næringsutvikling og gi innlandsbedrifter og deres samarbeidspartnere en plattform og vei ut i et globalt marked samtidig som vi kan levere helsetjenester med signifikant bedre Patient-Reported Outcome Measurement (PROM) og Patient reported Experience Measure (PREM) sammenlignet med andre helseforetak.

6.7.1 Forskning

Sykehuset Innlandet skal utvikle robuste forskningsmiljøer som utgjør en integrert del av den kliniske virksomheten i alle spesialistområder ved Mjøssykehuset. Forskere og forskningsaktiviteten skal videreutvikles og øke innenfor en struktur av forskningsgrupper som både skal sikre robusthet, øke konkurranseevne for ekstern finansiering med en årlig vekst på 20 prosent fra dagens nivå. Vi skal øke kontaktflaten og utvekslingen av forskere og legge til rette for økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid.

Som en del av det å utvikle forskningsmiljøer med tyngdepunkt i Innlandet skal det tilrettelegges og jobbes aktivt for etablering av PhD utdanningsmuligheter i Innlandet, og av kombinerte stillinger mot forsknings- og utdanningsinstitusjoner for stipendiater og ansatte med PhD i forskningsgruppene.

Forskningsgruppene skal ha tilgang på tilrettelagte forskerstøttefunksjoner og et støttesystem som sikrer at minimum 50 prosent av forskningsaktivitetene bidrar til målbare resultater for pasient nytte og verdiskapning. Samarbeid og kontakt mellom sykehus og utdanningsinstitusjonene i Innlandet skal økes for større effektivitet og bedre ressursutnyttelse blant annet via månedlige møteplasser fasilitert av sykehuset og våre samarbeidspartnere. Til dette ligger det at faglig og administrativ søkerkompetanse for innhenting av ekstern finansiering av forskning skal utvikles slik at eksterne inntekter utgjør en årlig vekst på 20 prosent for forskningsmidlene. Bibliotekstjenesten skal videreutvikles som en del av forskerstøttefunksjon, og det skal legges til rette for bruk av data fra relevante kvalitetsregistre til tjenestenær forskning og kvalitetssikring.

6.7.2 Innovasjon

Sykehuset Innlandet skal utvikles som et innovasjonssykehus med en distribuert innovasjonsmodell som jobber med behovsdrevet innovasjon med pasienten i sentrum, som skal bidra til utvikling av tjenesten i den retningen som målbildet peker ut. Internt rekrutteres innovasjonsklinikere som deltar i pasientbehandlingen og som er de beste til å forstå og formidle behovet for innovasjon. I en distribuert innovasjonsmodell inngår flere innovasjonsmiljøer, innovasjons «hubs», som innovasjonsklinikere er en del av. Et av dem er «SIM Innlandet – senter for simulering og innovasjon», ved divisjon Psykisk helsevern. Etablerte innovasjons «hubs» utgjør en modell med overføringsverdi for etablering av tilsvarende distribuerte innovasjon "hubs" i andre miljøer i Innlandet. Innolab i avdeling for Ehelse og Teknologi har et særskilt ansvar for nyttiggjøring av nye teknologier og tjenester ved å støtte sentrale ledd i kjeden av behovsdrevet innovasjon; brukerdiallog, systemutvikling, implementering og overlevering til drift/forvaltning. Et annet viktig oppdrag Innolab foretar er å koordinere og bidra til spredning av de innovative løsningene utviklet i et miljø til andre deler av helsetjenesten. Parallelt med utvikling av en distribuert innovasjonsmodell, utvikles en struktur for koordinering og styring av innovasjonsaktivitetene lokalisert ved Mjøssykehuset. Denne strukturen ivaretar en tett kobling mellom strategisk ledelse og koordinering av både forskning - og innovasjonsaktiviteter og sikrer med dette at de følger hverandre.

Samlokaliseringen ved Mjøssykehuset åpner opp for et tettere samarbeid med sentrale kompetansemiljøer, klynger og kommunene i Innlandet. Innovasjon kan sjelden drives alene og gode samarbeidsrelasjoner med andre aktører både innenfor helsevesenet og bedrifter vil sikre nytenking og utvikling.

6.8 Økonomi

De økonomiske ressursene skal brukes på en slik måte at det gir best mulig pasientbehandling innenfor den tilgjengelige økonomiske rammen. I dette perspektivet kreves et kontinuerlig arbeid for å sikre effektiv drift i alle deler av virksomheten. Teknologiske løsninger kan bidra til gode pasientforløp og en bedre utnyttelse av ressursene.

Økonomisk bærekraft og egenkapital er avgjørende for å sikre investeringsevnen på bygningsmasse, informasjons- og kommunikasjonsteknologi og medisinsk teknisk utstyr over tid. Investeringene som gjøres bør også understøtte en bedre ressursutnyttelse til det beste for pasientene. Valg av sykehusstruktur er av stor betydning for hvordan sykehusets økonomiske bæreevne blir på mellomlang- og lang sikt, gitt de de rammeforutsetningene som foreligger.

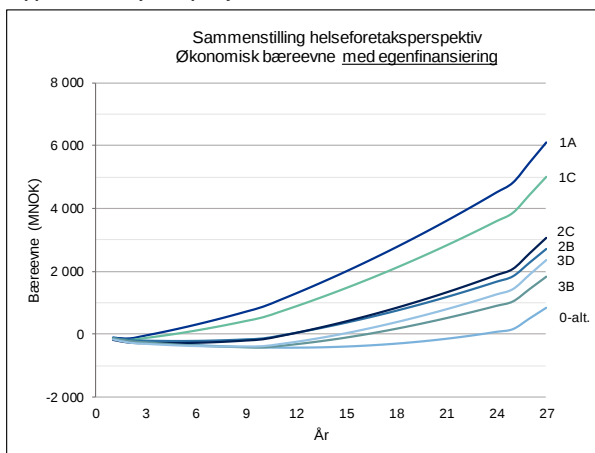
I de økonomiske analysene av Sykehuset Innlandets idéfase er det gjort beregninger på de valgte modellalternativenes økonomiske bæreevne. Analyse av økonomisk bæreevne sier noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Et investeringsprosjekt eller helseforetak vil ha økonomisk bæreevne dersom summen av driftsgevinstene overstiger avdrag og renter på lånefinansieringen. Opprinnelige bæreevneanalyser (med gitte overordnede forutsetninger) viste at alle de utvalgte modellene hadde økonomisk bæreevne. Modellene 1A og 1C (modellene med størst grad av samling av tjenestene) har best bæreevne og sensitivitets-analyser viser at bæreevnen til 1A og 1C er positiv over prosjektets levetid selv ved endringer i de overordnede forutsetninger som lånerente og økonomisk levetid. For de andre alternativene er bæreevnen mer sensitiv for endringer i lånerente og/eller økonomisk levetid.

Oppdaterte bæreevneanalyser indikerer at endret foretakstilhørighet for spesialisthelsetjenestene i Kongsvingerregionen påvirker den økonomiske bærekraften for foretaket negativt, spesielt på kort sikt. Bæreevneanalysene indikerer likevel at bortfall av Kongsvingersområdets opptaksområde ikke gir en endring i rangering av alternativene sammenlignet med analysene utført i forbindelse med idéfaserapporten. Analysene viser at de økonomiske premissene i idéfaserapporten ikke endres.

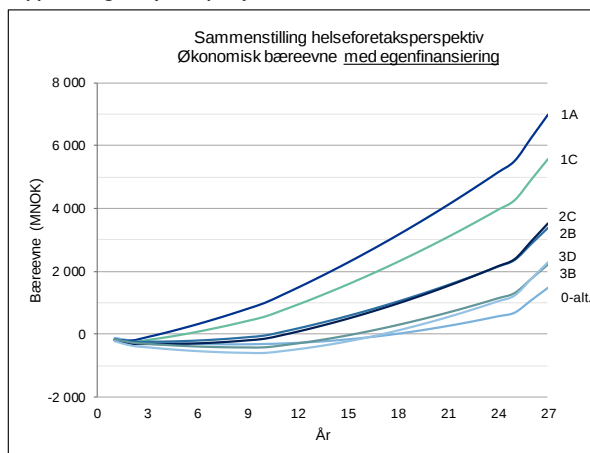
Figuren under viser de ulike modellenes bæreevne før (opprinnelig) og etter endret (oppdatert) foretakstilhørighet for Kongsvingers sykehus opptaksområde.

Figur 6.8.1 (1) Sammenligning av oppdatert og opprinnelig økonomisk bæreevne over tid for de utvalgte alternativene med egenfinansiering

Oppdatert analyse av prosjektets bæreevne:



Opprinnelig analyse av prosjektets bæreevne:



Grafene viser akkumulert bæreevne inkl. rente på negativ nettolikviditet gitt 2,4 prosent lånerente og 27 år økonomisk levetid. Bæreevne i mill. kroner «Venstre figur viser oppdatert analyse uten Kongsvingers opptaksområde, høyre figur viser opprinnelig analyse inkludert Kongsvingers opptaksområde»

Kilde: Sykehuset Innlandet Økonomiske analyser av Sykehuset Innlandets idéfase, delprosjekt økonomisk analyse av idéfasen (2016).

Økonomisk bæreevne i et helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt. Figurene ovenfor viser en forenklet tilnærming av bærekraftsberegningene i et helseforetaksperspektiv, der det kun er tatt høyde for egenfinansieringen som foretaket har til rådighet. Analyser som bygger på Sykehuset Innlandets økonomiske langtidsplan for 2018-2021 er også utarbeidet og viser de totaløkonomiske og regnskapsmessige effektene i ulike modeller.

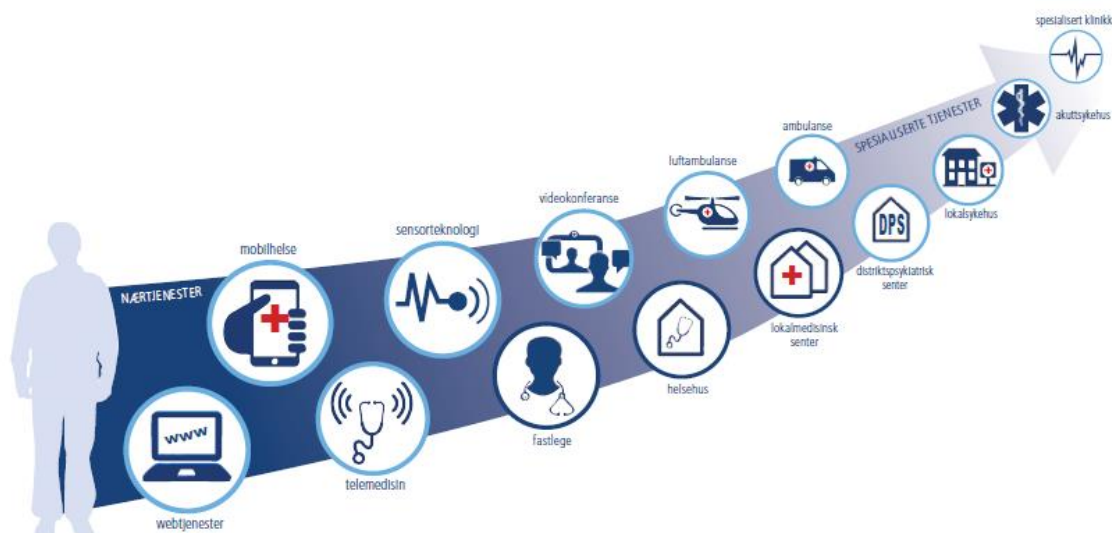
Av figurene ovenfor framgår det at den økonomiske bæreevnen er mest positiv i modeller med ett sykehus.

Disse analysene viser at Sykehuset Innlandet også vil ha likviditetsmessig bæreevne, men at foretaket kan ha behov for midlertidig lån av likviditet fra eier (mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF) i begynnelsen av driftsperioden for framtidig sykehusstruktur - i noen av de utvalgte modellene.

Det vil bli nødvendig å oppdatere de økonomiske beregningene over tid når en ser den endelige effekten av Kongsvingers endrede opptaksområde, og foretakets evne til å omstille seg endret opptaksområde, nye pasientstrømmer og foretakets evne til å tilpasse seg nye økonomiske rammer.

6.9 Teknologi og utstyr

Figur 6.9.1 (1) Pasientsentrert behandling



«Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og med pasienten selv som aktiv medspiller. Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.»

Kilde: Nasjonal helse- og sykehusplan, s.25-26

Utvikling innen IKT og medisinsk teknologi det vil si teknologi vil være en sentral endringsdriver for videreutvikling av sykehusstrukturen og pasienttilbudet i Innlandet. Utviklingen av helsetjenester vil i enda sterke grad enn i dag være avhengig av nyvinningene som gjøres i grensesnittet mellom helse og teknologi. Den raske teknologiske utviklingen av for eksempel sensorteknologi, effektiv analyse av store datamengder, samt bruk av skytjenester for lagring av data, synliggjør behovet for en helhetlig teknologisk strategi for Sykehuset Innlandet der både medisinteknisk og IKT utvikling er med. For å etablere gode helsetjenester til befolkningen i Innlandet, må hele spekteret av helsetjenester vurderes og benyttes der det er hensiktsmessig i forhold til oppdraget som Sykehuset Innlandet skal løse.

Sykehuset Innlandet skal tilrettelegge for IKT løsninger som gir mulighet for innhenting av data som kan brukes til prediktivanalyse og beslutningsstøtte både på administrativt og klinisk nivå. Utviklingen innen kunstig intelligens, maskinlæring og prediktiv analyse gir et kvalitets- og effektiviseringspotensial for foretaket.

Innhenting av data fra ulike medisinske instrumenter for sentral lagring, behandling og presentasjon er en del av grunnlaget for slik avansert dataanalyse, men er samtidig et viktig mål i seg selv for enkel tilgjengeliggjøring av medisinske data på tvers av organisasjonen.

Utvikling innenfor medisinsk teknologi skjer langs to utviklingsakser, en med stadig mindre, enklere, mindre, billigere og mer portabelt. Det betyr at utstyr og maskiner som før var forbeholdt sykehus i økende grad kan tas i bruk av pasienter i eget hjem.

Det store pasientvolumet skal få sitt spesialisthelsetjenestetilbud utenfor sykehuset fra konsultasjon, diagnostisering, behandling, fjernovervåkning til oppfølging.

Innen medio 2019 skal Sykehuset ha en teknologistrategi som skal understøtte utviklingsplanarbeidet, ny sykehusstruktur og det regionale teknologiske målbildet. Strategien skal understøttes av årlige handlingsplaner.

Denne strategien skal belyse og konkretisere følgende hovedområder innen teknologiutvikling og dets anvendelse:

- diagnostisering
- pasientbehandling og helhetlig pasientforløp
- heldigitalt sykehus
- digital støtte i arbeidsprosesser og sømløse kommunikasjons og informasjonstjenester
- genetikk og molekylærbiologi
- høyteknologisk medisinteknisk utstyr (MTU)
- digitale samhandlingsløsninger
- digital samhandling prehospitale tjenester
- digital samhandling og deling av data med kommunale tjenester
- digitale samhandlingsløsninger mellom sykehus og primærleger
- digitale samhandlingsløsninger mellom sykehus og pasienter

For å sikre optimalisering av driften ved Sykehuset Innlandet må den teknologiske utviklingen, og mulighetene denne representerer, utnyttes systematisk. Dette gjøres blant annet gjennom kontinuerlige innovasjonsaktiviteter tilknyttet grensesnittet mellom klinikk og IKT/Medisinsk teknologi. Innovasjon må skje både gjennom egen forskning og utvikling, men ikke minst ved å ta i bruk faktisk tilgjengelig teknologi.

6.10 Bygg

Sykehuset Innlandet klarer ikke med dagens drift å skaffe tilstrekkelige midler til å vedlikeholde bygningsmassen, dette har gitt et betydelig etterslep i vedlikehold. Denne utfordringen vil øke i framtiden.

Utredningene i idéfasen viser behov for tilpasning av pasienttilbudet til den medisinske og teknologiske utviklingen i årene som kommer. Dette stiller krav til bygningsmassens egnethet og tilpasningsdyktighet for framtidig pasientbehandling. Det er svært utfordrende å møte framtidige krav og forventninger til bygningsmessig standard og egenskaper med dagens bygningsmasse.

Etablering av et Mjøspsykehus gjør det nødvendig å avklare framtidig bruk av eksisterende sykehus i Mjøsregionen (Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer). Arealbehovet i de utredede modellene i idéfasen varierer fra ca 185 000 m² til ca 220 000 m². Arealer for psykisk helseverns virksomhet i distriktene (BUP og DPS), lokaler leid i lokalmedisinske sentre (LMS) og arealer til ambulansestasjoner kommer i tillegg. Sykehuset Innlandet HF vil i tiden framover ha potensiale for effektivisering av bygningsmassen.

I idéfaserapporten (2016) er det framtidige behovet for sengekapasitet i Sykehuset Innlandet beregnet til omlag 800 senger. De aktuelle modellene med et stort akuttpsykehus er foreløpig estimert til omlag 600 senger i Mjøspsykehuset fordelt på somatikk inkludert habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det resterende behovet på om lag 200 senger, avhengig av videre medisinsk og teknologisk utvikling, planlegges ivaretatt ved tilbud utenfor hovedsykehuset. Det presiseres at dimensjoneringen foretatt i idéfasen er overordnet. Både framskrivning av behov og kapasitet skal oppdateres og detaljeres i konseptfasen.

