



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Vurdering av funksjonsfordelingen innen Sykehuset Innlandet iverksatt fra 31.12.2003

FORFATTER(E)

Seniorrådgiver Tarald Rohde, rådgiver Silja Rønningsen

OPPDRAAGSGIVER(E)

Sykehuset Innlandet HF

RAPPORTNR.

SINTEF A123

GRADERING

Åpen

OPPDRAAGSGIVERS REF.

Yngvar Stokstad

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

978-82-14-04002-9

PROSJEKTNR.

78S129.30

ANTALL SIDER OG BILAG

52

ELEKTRONISK ARKIVKODE

Document2

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Tarald Rohde

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

Asmund Myrbostad

ARKIVKODE

DATO

2006-05-18

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Jon Olav Bjørgum, Prosjektdirektør

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	6
2	INNLEDNING	8
3	VIDERE STRUKTURERING AV DOKUMENTET	8
4	VEDTAKET OM FUNKSJONSFORDELING	9
4.1	Mandatet for oppdraget	9
4.2	Hva innebar vedtaket?	9
4.2.1	Viktige endringer fra tidligere	10
4.3	Målet for vedtaket	11
4.4	Tidspunkter for iverksettelse av vedtakene	11
5	METODE	12
5.1	Kvalitativt intervju	12
5.2	Datagrunnlag	12
6	OPPFATNINGER OM VEDTAKET OG KONSEKVENSENE ETTER GJENNOMFØRINGEN	12
6.1.1	Kvalitet og tilgjengelighet	13
6.1.2	Organisasjon og samhandling	15
6.1.3	Personell/robuste fagmiljø	17
6.1.4	Har funksjonsendringene påvirket rekrutteringen av spesialister, assistentleger, turnuskandidater og annet fagpersonell?	17
6.1.5	Generelle vurderinger	18
6.1.6	Oppsummering av intervjuene med de ansatte ved Sykehuset Innlandet	19
6.2	Kommunehelsetjenesten	19
6.2.1	Hvor god var informasjonen kommunehelsetjenesten fikk i forbindelse med funksjonsfordelingen	19
6.2.2	Hvordan har funksjonsfordelingen innvirket på samhandlingen med Sykehuset Innlandet	20
6.2.3	Generelle vurderinger	21
6.3	Fylkesmannen og pasientombudet	21
6.3.1	Fylkeslegen i Oppland	21
6.3.2	Fylkeslegen i Hedemark	21
6.3.3	Pasientombud	22
7	AKTIVITETEN VED SYKEHUSENE ETTER FUNKSJONSFORDELINGEN	22

7.1	Hvor stor andel av pasientene var omfattet av vedtaket?	22
7.2	Hvilke endringer i behandlingsaktiviteten er registrert?	22
7.2.1	Konklusjon for aktiviteten	25
7.3	Er det skjedd en endring i tilbudet til pasientene, avhengig av hvor de bor?	25
7.3.1	Konklusjon for hvordan endringene har slått ut for pasienter bosatt i enten Hedemark eller Oppland	26
7.4	Hvordan har bruken av sykehus utenfor innlandet endret seg?	26
7.5	Utviklingen for ventelistepasienter og ventetider	27
8	ER BEHANDLINGSKVALITETEN ENDRET?	31
8.1	Har det skjedd endringer i forholdet mellom innleggelse og dagbehandling, og mellom akutte og elektive innleggelser?	31
9	HVORDAN HAR VEDTAKET PÅVIRKET ØKONOMISKE FORHOLD?	32
9.1	Vaktordninger, mer fagpersonell i aktivt arbeid?	33
9.2	Investeringer	33
10	HVORDAN HAR VEDTAKET PÅVIRKET TILGANGEN PÅ FAGPERSONELL?	33
11	HVORDAN HAR ORGANISASJONEN BIDRATT TIL AT VEDTAKET OM FUNKSJONSFORDELING HAR BLITT GJENNOMFØRT?	35
11.1	Sykehuset Innlandet HF dekker to fylker med store avstander	35
11.2	Er det en oppfatning av at sykehuset Innlandet er ett sykehus?	35
12	SITUASJONEN FOR SYKEHUSET INNLANDET	36
12.1	Befolkningsmengde og avstander	36
12.2	Hvordan er situasjonen sammenlignet med andre områder av landet?	37
12.3	Endret reisavstand og kostnad som følge av funksjonsendringene	38
13	VURDERING AV MÅLOPPNÅElsen	39
13.1	Tilgjengelighet, kvalitet og service	39
13.2	Robuste fagmiljø	39
13.3	En sunn og bærekraftig økonomi og økt produktivitet	40
14	SINTEF SIN VURDERING AV FUNKSJONSFORDELINGEN	40
14.1	Hierarki opp mot likhet?	40
14.2	Etableringen av en enhet for akutte og sammensatte lidelser	41

	4
14.3 Er noen fagområder viktigere enn andre?	41
14.4 Usikkerheten	41
14.5 En organisasjon for endring	42
14.6 Forholdet til kommunehelsetjenesten	42
14.7 Konklusjon	42
15 VEDLEGG	43
Fagområder som skal evalueres	43
Evalueringsområder	43

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over hvor ulike tjenester er plassert og hva som er endringer som følge av vedtaket om funksjonsfordeling fra 31.12.2003.....	10
Tabell 2 Enhetene som ble dekket ved intervjurunden ved de fire sykehusene.....	12
Tabell 3 Aktivitetsutviklingen ved Sykehuset Innlandet HF innenfor gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, ortopedi, urologi, øye, øre-nese-hals, nevrologi, 2001 – 2005.....	23
Tabell 4 Polikliniske konsultasjoner ved de vurderte enhetene 2001 - 2005.....	24
Tabell 5 Pasienter fra Hedemark og Oppland innlagt ved Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet /Radiumhospitalet HF, Aker Universitetssykehus HF og AHUS HF, 2001-2005.....	27
Tabell 6 Endringer i antall avviklede pasienter og deres gjennomsnittlige ventetid fra 3 tertial 2003 til 3 tertial 2005 og gjennomsnittlig ventetid for 3 tertial 2005	27
Tabell 7 Regnskapstall for enhetene som vurderes ved Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik, tall i 1 000 kroner	32
Tabell 8 Regnskapsutviklingen for Sykehuset Innlandet HF 2003 – 2005, i 1 000 kroner	33
Tabell 9 Oppsummering av hvordan de enkelte enhetene oppfattet at funksjonsfordelingen påvirket personellsituasjonen	34
Tabell 10 Avstanden befolkningen har til sitt nærmeste sykehus og antallet for denne befolkningen.....	36
Tabell 11 Ekstra reiseavstand hvis behandlingen ikke kan gis ved det nærmeste sykehuset.....	37
Tabell 12 Hva reiseavstanden ville økt med i gjennomsnitt om en tjeneste ble samlet ved ett av de fire sykehusene	37
Tabell 13 Endring i antall km reiseavstand for pasienter i 2005 i forhold til i 2003, døgn- og dagpasienter.....	38

Tabell 14 Endringer i antall km reiseavstand for pasienter i 2005 i forhold til i 2003, polikliniske pasienter.....	39
Tabell 15 Gastroenterologisk kirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke	49
Tabell 16 Karkirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke.....	49
Tabell 17 Karkirurgi (medisinske diagnoser)2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke.....	50
Tabell 18 Ortopedi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke	50
Tabell 19 Urologi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke	51
Tabell 20 Nevrologi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke	51
Tabell 21 Øyekirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke	52
Tabell 22 Øre-nese-hals kirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke.....	52

Figuroversikt

Figur 1 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for gastroenterologiske pasienter til Sykehuset Innlandet HF.....	28
Figur 2 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for karkirurgiske pasienter til Sykehuset Innlandet HF.....	28
Figur 3 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for ortopedi pasienter til Sykehuset Innlandet HF	29
Figur 4 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for urologipasienter til Sykehuset Innlandet HF	29
Figur 5 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for nevrologi pasienter til Sykehuset Innlandet HF	30
Figur 6 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for øre-nese-hals pasienter til Sykehuset Innlandet HF.....	30
Figur 7 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for øyepasienter til Sykehuset Innlandet HF	31

1 Sammendrag

Denne rapporten fra SINTEF gir en vurdering av hvilke konsekvenser funksjonsfordelingen mellom de tre sykehusene som ligger rundt Mjøsa samt SI Elverum som ble vedtatt å tre i kraft fra 31.12.2003 har hatt når det gjelder tilgjengelighet, kvalitet, etableringen av mer robuste fagmiljøer og produktivitet.

Vedtaket som ble fattet innebar at:

Det ble etablert og eller opprettholdt vaktbærende sengeenheter ved:

- Gastroenterologisk kirurgi ved SI Gjøvik og SI Elverum
- Ortopedi ved SI Lillehammer, SI Gjøvik og SI Elverum
- Urologi ved SI Hamar
- Karkirurgi ved SI Hamar.
- Nevrologi ved SI Lillehammer
- Øye ved SI Elverum
- ØNH ved SI Gjøvik

Det ble opprettholdt noe gastroenterologisk kirurgi ved SI Lillehammer, med en begrenset vaktordning. Enheten tar ikke i mot øyeblikkelig hjelp.

Den ortopediske virksomheten ved SI Gjøvik skal bare operere elektive pasienter.

Ved SI Elverum ble det opprettholdt poliklinikk og dagbehandling for nevrologiske pasienter.

Øre-nese-hals virksomheten ved Elverum skal ha redusert vakt- og sengefunksjon 4 dager per uke, unntatt 12 uker i året, hvor det i forbindelse med høytid og ferier ikke skal være noen vaktfunksjoner i drift.

Øyevirksomheten ved SI Lillehammer ble begrenset til poliklinikk og en vaktordning i deler av uken.

En intervjurunde med ansatte ved de fire sykehusenhetene og fastleger og kommunehelsetjenesten bekreftet at det eksisterer en tydelig uenighet i forhold til hvilke konsekvenser vedtaket om funksjonsfordeling har hatt. Det var bare kirurgene ved SI Hamar som var entydig positive, mens spesielt representantene for de indremedisinske seksjoner og avdelinger var mest negative. Til tross for uenighet om selve vedtaket, var det bred faglig støtte for at mindre enkeltfag burde samle sine faglige krefter for å kunne utvikle seg videre. Kritikken mot vedtaket dreide seg i noen grad om den geografiske plasseringen av enkelte fag, men den rettet seg først og fremst mot hvordan fag som burde vært samlokalisert nå var blitt atskilt. Både blant de som arbeidet ved sykehusene og i primærhelsetjenesten var det et ønske om at Sykehuset Innlandet HF kunne samordne sine ressurser slik at det minst ett sted var et tilbud for pasienter med uavklarte tilstander og med behov for akutte tjenester som omfattet flere fag. Pasienter som kunne få sin behandling i Innlandet og som da ikke hadde behov for å bli sendt opp et nivå til et sykehus i Oslo eller til St. Olavs hospital.

Intervjurunden avdekket ikke en systematisk feilsending og behandling av pasienter, selv om det ble referert enkelthendelser som burde vært unngått. Antall klager inn til fylkeslege og pasientombud har ikke økt etter funksjonsfordelingen, og klagenes som kommer inn er ikke vesensforskjellige fra de som kom før vedtaket ble iverksatt.

Med unntak av kirurgien ved SI Hamar og nevrologien ved SI Lillehammer var det imidlertid ingen som kunne peke på tydelige bedringer av behandlingstilbudet. Oppfatningen var heller at det var noe svekket.

Funksjonsfordelingens bidrag til å bygge opp robuste fagmiljø med utviklingsmuligheter ble også trukket fram av kirurgimiljøet ved SI Hamar og nevrologene ved SI Lillehammer. Her var

oppfatningen spesielt blant de medisinske seksjoner og avdelinger imidlertid motsatt. Det var enighet om at den største trusselen mot rekruttering til fagene nå var den uroen som var skapt og usikkerheten i forhold til hva som vil skje i årene som kommer.

Analysen av hvilke pasienter som er behandlet i 2005 i forhold til i 2003, før funksjonsfordelingen ble iverksatt viser at det har vært en svak aktivitetsnedgang for pasienter innlagt som døgn- eller dagpasienter. Nedgangen er skjedd for elektive pasienter. For akutt innlagte er det en mindre økning. Nedgangen i antallet polikliniske konsultasjoner er større og skyldes først og fremst at en forholdsvis stor virksomhet innen øyefaget og øre-nese-hals ved SI Hamar ikke er kompensert ved den aktivitetsøkningen som er skjedd innen disse fagene ved SI Elverum. Det samme forholdet er det mellom den gastroenterologiske aktiviteten ved SI Lillehammer og SI Gjøvik. Mulighetene for å vurdere om det er pasienter bosatt i Hedemark eller i Oppland som har måttet bære denne aktivitetsnedgangen er begrenset, men indikasjonene går i den retning at det er innbyggerne i Hedemark som har måttet ta nedgangen i poliklinisk aktivitet innen øyefaget og øre-nese-hals, mens det er pasienter i Oppland som i noe mindre grad enn tidligere blir behandlet med gastroenterologisk kirurgi.

Utviklingen siden 2003 viser da heller ikke en dreining fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinikk.

Bruken av sykehus utenfor Sykehuset Innlandet HF er ikke økt, og fordi det har vært en svak aktivitetsnedgang synes ikke antall km som pasientene må reise å ha økt.

Bortsett fra for øre-nese-hals pasienter er gjennomsnittlig ventetid for de spesialitetene som er vurdert lik eller noe lavere enn for Helse Øst samlet.

De økonomiske vurderingene som er gjort er på et aggregert nivå. Regnskapstallene som foreligger indikerer at utgiftsveksten i de enhetene som vurderes er noe lavere enn for Sykehuset Innlandet HF samlet. Årsaken spores først og fremst tilbake til en aktivitetsreduksjon, og da spesielt for øyefaget.

Vurderingen er at noen enkeltmål er nådd for fag som urologi, kar og nevrologi. Sett i forhold til de mål som var satt opp som en begrunnelse for vedtaket om funksjonsfordeling, er konklusjonen at man samlet sett er litt lenger unna målene nå enn før vedtaket. Årsaken til dette skyldes ikke bare vedtaket om funksjonsfordeling i seg selv. Enkelte fag har kommet inn i en situasjon med kapasitetsproblemer som skyldes økt aktivitet og det som kan synes å være midlertidige bemanningsproblemer. Organisasjonen har heller ikke evnet å vise den fleksibilitet som er nødvendig når endringer skal implementeres, og det ble undervurdert hvilken tid det tar å bygge opp nye effektive behandlingsprosesser til erstatning for slike der de ble lagt ned og flyttet.

Uro og usikkerhet for hva som skal skje framover er den største fellesneveren etter intervjurunden med ansatte ved sykehusene og i primærhelsetjenesten. Siden det ikke er avdekket forhold som krever umiddelbare tiltak, er anbefalingen at justeringer og endringer av eksisterende struktur ikke iverksettes før man har et godt faglig fundament og støtte for tiltakene. Slike tiltak bør også ha en retning mot en løsning der pasienter med uavklarte lidelser og sammensatte akutte problemstillinger kan få behandling på minst ett av Sykehuset Innlandet HF sine enheter. Den flate modellen for fordeling av fag som er valgt er ingen god løsning for framtiden.

2 Innledning

Denne rapporten gir en evaluering av hvordan målene som ble satt for vedtaket om funksjonsfordeling mellom Sykehuset Innlandets enheter på Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum er nådd. Vedtaket trådte i kraft fra 31.12.2003.

Oppfatningene om vedtaket og det som er skjedd i etterkant, er sterkt preget av bostedet til de som deltar i debatten. Det er 300 000 mennesker som har de fire ovenfor nevnte sykehusenhetene som sine nærmeste sykehus. Mange er derfor påvirket av de løsninger som ble valgt.

I rapporten har vi lagt vekt på å dokumentere hva som faktisk har skjedd i perioden etter at den nye funksjonsfordelingen ble implementert. Vi har videre forsøkt å dokumentere hva de ulike aktørene mener og hvorfor. Drøftingene om hvordan sykehustjenesten skal organiseres i Sykehuset Innlandet har pågått i mange år, også før helseforetaksreformen. Vi har fått anledning til å arbeide med dette i tre hektiske måneder og mener vi har klart å få fram faktiske tall og vurderinger som kan komme til nytte i det videre arbeidet med å organisere Sykehusets Innlandet HFs tjenestetilbud. Dette er likevel en kort tid, og vi tror ikke vi på så kort tid har mulighet til å ta innover oss alle de forhold som de ansvarlige må ta hensyn til i den videre prosessen.

I våre vurderinger tar vi ikke standpunkt til hvor tjenester bør ligge. Vi gir i stedet til kjenne våre vurderinger av hva som bør prioriteres når eventuelle nye grep skal tas. Med fire godt etablerte sykehusenheter, er det en formidabel oppgave å forsøke å endre alle samtidig. Derfor tror vi det kan være nyttig å tenke gjennom hvordan man over tid kan utvikle tjenestetilbudet, slik at befolkningen i Hedemark og Oppland får et sykehus tilbud som evner å ta inn over seg de utfordringene som framtida vil bringe.

3 Videre strukturering av dokumentet

I kapittel 4 presenteres oppdraget nærmere, deretter blir metodevalget presentert i kapittel 5. Resultatet av en intervjurunde med de ansatte og med representanter for kommunehelsetjenesten er presentert i kapittel 6. Der beskrives hva de involverte partene i prosessen faktisk synes om funksjonsfordelingen, og en sortering av disse meningene for å finne ut om det er elementer det er enighet om. Det er viktig å belyse om det er felles faglige oppfatninger om viktige spørsmål, selv om geografisk plassering av tjenestene er et stridsspørsmål.

I kapittel 7 viser vi hva som faktisk har skjedd når det gjelder aktiviteten i tida etter implementeringen av funksjonsfordelingen. Her bygger vi på av data fra Norsk Pasient Register og viser hvordan antall behandlede pasienter og ventetider har utviklet seg for de spesialitetene som inngår i undersøkelsen. I kapittel 8 har vi drøftet om det er mulig å si noe om behandlingens kvalitet og konsekvensene for de enkelte fagmiljøer.

Kapittel 9 gir en vurdering av om det er mulig å spore endringer i det økonomiske resultatet som et resultat av endret funksjonsfordeling.

Kapittel 10 vurderer hvordan endringene har påvirket rekruttering og faglig utvikling for fagpersonellet. Kapittel 11 beskriver hvordan organiseringen av Sykehuset Innlandet HF har bidratt i gjennomføringen av funksjonsfordelingen. Kapittel 12 beskriver antallet innbyggere som har de fire sykehusene som sine nærmeste sykehus, hvordan avstandene er mellom dem og gir et anslag for hvordan funksjonsfordelingen har påvirket pasientenes reiselengder.

Kapittel 13 går gjennom målene som var satt for funksjonsfordelingen og vurderer om det kan sies noe om måloppnåelsen. Til slutt, i kapittel 14, gir vi våre anbefalinger for hva som bør gjøres framover.

4 Vedtaket om funksjonsfordeling

4.1 Mandatet for oppdraget

Fullstendig mandat finnes som vedlegg 1.

Under presenteres utdrag fra mandatet som er formulert for oppdraget og de tilpasninger som er gjort i samråd med oppdragsgiver.

Fagområdene som skulle evalueres var:

Ortopedi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, urologi, øre-nese-hals, øye og nevrologi,
Det som skulle evalueres var:

1. Faglige forhold

- Vurdering av hvordan de berørte fagområdene selv opplever effekten av de foretatte endringene. Eventuelt vurdere resultatene opp mot objektive kriterier for god pasientbehandling
- Vurdere hvordan de nærmest samarbeidende fagområdene vurderer effekten på eget fag og samhandling mellom de respektive fagene
- Primærlegenes vurdering av endringene
- Konsekvenser for turnustjeneste og spesialistutdanningen for leger

2. Økonomiske konsekvenser:

- Kartlegge og vurdere løpende driftsutgifter
- Kartlegge og vurdere investeringskostnadene
- Kartlegge og vurdere effekten på transportkostnader (basert på endring av pasientstrømmer innad i Innlandet)

3. Konsekvenser for ansatte

- Endret arbeidsplass
- Overtallighet

4. Pasientperspektivet

Det skulle tas utgangspunkt i situasjonen forut for den endrede oppgave- og funksjonsfordelingen, og de effekter og resultater som er beskrevet i styresakene der oppdraget er diskutert. Dette skal så vurderes opp mot dagens situasjon på de aktuelle områdene. Det ble ønsket at grad av måloppnåelse og vurdering av eventuelt uheldige effekter ble vurdert.

4.2 Hva innebar vedtaket?

I tabell 1 gir vi en skjematisk oversikt over de endringene som kom med vedtaket om funksjonsfordeling.

Tabell 1 Oversikt over hvor ulike tjenester er plassert og hva som er endringer som følge av vedtaket om funksjonsfordeling fra 31.12.2003

	Lillehammer	Gjøvik	Elverum	Hamar
Øye	Videreført poliklinisk tilbud samt vaktberedskap 5 dg i uka		Hovedsenter (ny)	
ØNH		Hovedsenter (ny)	Videreført poliklinikk og dagbehandling, vakt 4 dg i uka, så likestilt med Gjøvik	
Karkirurgi				Hovedsenter (ny)
Ortopedi	Hovedsenter	Elektiv ortopedi (ikke lenger akutt)	Hovedsenter (som tidligere)	
Urologi	Videreført poliklinikk og dagbehandling			Hovedsenter (ny)
Nevrologi	Hovedsenter (ny)		Videreført poliklinisk tilbud	
Gastro- enterologisk kirurgi	Kun elektiv gastro- enterologisk kirurgi	Hovedsenter (ny)		Hovedsenter (som tidligere)

Det kirurgiske fagfeltet ble organisert slik at det ble etablert og eller opprettholdt vaktbærende sengeenheter på disse stedene:

- Gastroenterologisk kirurgi ved SI Gjøvik og SI Elverum
- Ortopedi ved SI Lillehammer, SI Gjøvik og SI Elverum
- Urologi ved SI Hamar
- Karkirurgi ved SI Hamar.

Det ble opprettholdt noe gastroenterologisk kirurgi ved SI Lillehammer, med en begrenset vaktordning. Enheten tar ikke i mot øyeblikkelig hjelp.

Den ortopediske virksomheten ved SI Gjøvik skal bare operere elektive pasienter.

Nevrologi ble organisert slik at dagens vaktbærende sengeenheter ved SI Elverum og SI Lillehammer ble samlet ved SI Lillehammer som ble hovedsenter for nevrologi. Nevrologisk enhet ved SI Elverum ble opprettholdt som poliklinikk og skal gi konsultative tjenester til andre sengeenheter på stedet.

Det ble utpekt et hovedsenter for øre-nese-hals kirurgi ved SI Gjøvik. Dette ble i seinere vedtak presisert slik at SI Gjøviks øre-nese-hals enhet skal være i drift som vaktbærende sengeenhet hele året, mens virksomheten ved Elverum skal ha redusert vakt- og sengefunksjon 4 dager per uke, unntatt 12 uker i året, hvor det i forbindelse med høytid og ferier ikke skal være noen vaktfunksjoner i drift.

Det ble opprettet et hovedsenter for øyefaget ved SI Elverum. Virksomheten ved SI Lillehammer ble begrenset til poliklinikk og en vaktordning i deler av uken.

4.2.1 Viktige endringer fra tidligere

I 1999 ble det gjennomført en funksjonsfordeling mellom SI Elverum og SI Hamar innenfor fagene ortopedi og gastroenterologisk kirurgi som ble videreført ved dette nye vedtaket.

Både SI Gjøvik og SI Lillehammer hadde før vedtaket trådte i kraft egen tilgang på urologisk og karkirurgisk ekspertise. Disse fagpersonene ble nå samlet ved SI Hamar.

Før vedtaket var det mottak av akutte pasienter innen gastroenterologisk kirurgi ved alle de tre enhetene på Lillehammer, Gjøvik og Hamar. SI Lillehammer har etter vedtaket ingen akuttjeneste innen dette fagfeltet.

Tilsvarende hadde SI Gjøvik akuttvirksomhet innen ortopedi tidligere. Denne tjenesten gis nå bare ved SI Lillehammer.

4.3 Målet for vedtaket

Som forutsetning for å vedta endringene, formulerte styret i Sykehuset Innlandet HF blant annet disse mål og forutsetninger i sitt forslag til vedtak av 6. oktober 2003:

- a) Styret viser til Sykehuset Innlandet sin utviklingsplan for perioden 2004-2010 (2006). Utviklingsplanen har følgende overordnede mål for virksomheten:
 1. Sykehuset Innlandet skal videreutvikle sine tilbud til pasientene og befolkningen slik at tjenesten oppleves som enda bedre enn i dag. Tjenesten skal preges av tilgjengelighet, kvalitet og service. Sykehuset skal bygge sin virksomhet på anvendelse av tidsriktig kunnskap, teknologi og infrastruktur.
 2. Sykehuset Innlandet skal videreutvikle sine fagmiljøer slik at de blir sterkere og mer robuste enn i dag. Miljøene skal oppleves som attraktive ved rekruttering av medarbeidere og være i stand til å påta seg større oppgaver innen forskning og utvikling (FoU).
 3. Sykehuset Innlandet skal drive sin virksomhet innenfor en sunn og bærekraftig økonomi. Foretaket skal øke produktiviteten og senke det relative kostnadsnivået for å skaffe seg rom for å realisere faglige mål.....
- b) Med utgangspunkt i de ovennevnte forutsetninger, mener styret at det er nødvendig å foreta til dels vesentlige endringer i foretakets organisering av de somatiske helsetjenester. For å oppnå et bedre sykehus tilbud for befolkningen, ønsker styret økt fokus på den faglige kvaliteten som ytes på de ulike tjenesteområder. Endringer av oppgaveorganiseringen anses som et viktig virkemiddel for å oppnå dette.
- c) Styret legger til grunn at det i Sykehuset Innlandet skal legges til rette for faglig gode og rasjonelt drevne virksomheter for poliklinikk og dagbehandling. På de områder hvor behovene er størst, skal en sikre et godt utbygd desentralisert tilbud. Samtidig skal en søke å samle høyt spesialiserte tjenester.

4.4 Tidspunkter for iverksettelse av vedtakene

Etableringen av ny funksjonsfordeling for øye og øre-nese-hals fagene ble iverksatt fra mars 2004. Fra september 2005 ble det foretatt en justering av ansvarsfordelingen for øre-nese-hals. Da ble enhetene ved Gjøvik og Elverum sidestilt, da det viste seg at tilgangen på personell og ressurser til Gjøvik var for svak til at de maktet å fylle rollen som hovedsenter. Denne justeringen av ansvaret skal virke fram til september 2006. Da vil den igjen bli vurdert.

Funksjonsfordelingen for karkirurgi, gastroenterologisk kirurgi og ortopedi ble iverksatt fra og med mai 2004.

Funksjonsfordelingen for nevrologi ble iverksatt fra juni 2004.

5 Metode

Evalueringen av funksjonsfordelingen for Sykehuset Innlandet ble gjennomført ved intervju av ansatte ved Sykehuset Innlandet, gjennomgang av saksdokumenter og analysering av kvantitative data.

5.1 Kvalitativt intervju

For å få en bredere forståelse av funksjonsfordelingsprosessen som Sykehuset Innlandet har vært gjennom, har det blitt utført intervjurunder ved sykehusene i Hamar, Elverum, Lillehammer og Gjøvik, og tilhørende kommunehelsetjeneste. Møter med sykehusenes representanter og representantene for kommunehelsetjenesten er avholdt separat. Hovedtemaet for intervjuene med de ansatte ved sykehuset Innlandet var i hvilken grad målene ved omorganiseringen hadde blitt nådd, slik de er formulert i kapittel 2.3.

Tabell 1 viser en oversikt over hvilke enheter som er blitt intervjuet ved de forskjellige sykehusene.

Tabell 2 Enhetene som ble dekket ved intervjurunden ved de fire sykehusene

Hamar	Elverum	Gjøvik	Lillehammer
Kirurgi	Nevrologi	Gynekologi	Nevrologi
Medisin	Ortopedi	Kirurgi/Ortopedi	Kirurgi/Ortopedi
Anestesi/Intensiv	Øre/Nese /Hals	Øre/Nese /Hals	Øye
	Øye	Medisin	Anestesi/Intensiv
	Medisin/Gynekologi	Anestesi/Intensiv	Medisin
	Anestesi/Intensiv		Gynekologi/Barn

I forkant av møtene ble det sendt ut en møteinnkalling til enhetene som skulle intervjues. Der ble det gitt en oversikt over hvilke problemstillinger vi ønsket å drøfte. Kommunehelsetjenesten og sykehusene ble presentert noe ulike problemstillinger (vedlegg 2 og 3). I tillegg har pasientombud og fylkeslegene i Hedmark og Oppland blitt intervjuet over telefon.

Det var opp til hver enkelt gruppe hvordan de ville legge fram sine synspunkter, og hva de ønsket å legge vekt på.

5.2 Datagrunnlag

De kvantitative data som ligger til grunn for analysene i dette dokumentet, er blitt utarbeidet fra anonymiserte pasientfiler for døgn, dag og poliklinikk, 2001 til 2005 fra Norsk Pasient Register og regnskapsdata fra Sykehuset Innlandet. Ventelister har blitt hentet fra www.npr.no.

6 Oppfatninger om vedtaket og konsekvensene etter gjennomføringen

Vi har valgt å presentere resultatet fra vår intervjurunde med ansatte ved sykehusene, allmennleger og kommunehelsetjeneste, fylkesleger og pasientombud i starten av rapporten. Ytringene er sortert for å få fram hva det var enighet om og hvor uenigheten var tydelig. Meningene som kommer til uttrykk i dette kapitlet blir ikke fortløpende vurdert i forhold til hva vi ellers har funnet av fakta når det gjelder kvalitetsstrømmer og behandlingskvalitet. Under intervjuene var både leger, pleiepersonell og administrativt personell til stedet fra hver enkelt fagenhet ved sykehusene. For kommunehelsetjenesten har vi delt opp intervjuene etter hvilke sykehus som ligger nærmest deres kommune. Vi har differensiert resultatene fra intervjurunden på

de faglige enhetene for sykehusene og geografisk for kommunehelsetjenesten, ikke etter personellgrupper.

Vi har valgt å presentere noen direkte refererte uttalelser fra intervjurunden, siden et viktig element i arbeidet med den framtidige organiseringen av sykehustjenestene i Innlandet er engasjementet til de ansatte i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Disse ”sitatene ” gir et bilde av de oppfatningene som eksisterer, og er ikke tatt med for å underbygge SINTEF sine vurderinger.

6.1.1 Kvalitet og tilgjengelighet

6.1.1.1 Funksjonsfordelingens påvirkning av faglig virksomhet og konsekvens for behandlingsresultat.

I forbindelse med vurderingen av faglig virksomhet og konsekvens av behandlingsresultat, var det bred enighet om at det er en vanskelig oppgave å måle kvalitet på pasientbehandlingen.

Kirurgene ved Hamar mente funksjonsfordelingen hadde ført til betraktelige bedre kvalitet i pasientbehandlingen. Kirurgene ved Lillehammer var sterkt uenig i dette utsagnet.

Både nevrologi på Lillehammer og kirurgi ved Hamar er avdelinger som har fått økt ressurstilgang og samlet flere fagfolk hos seg. Begge disse gruppene sa at kvaliteten på behandlingen er blitt bedre på grunn av økt behandlingsvolum og et bedre fagmiljø. De har nå mulighet til å lage gode vaktordninger, siden de er blitt såpass mange med samme kompetanse på en plass. Miljøet blir mindre sårbart ved fravær. I tillegg er det lettere å rekruttere når det er høy kompetanse og et godt fagmiljø ved avdelingen.

De fleste av seksjonene som følte de hadde fått reduserte oppgaver, mente kvaliteten på behandlingen var blitt dårligere, rekrutteringssituasjonen vanskeligere og hverdagen mindre interessant.

Avdelingene for medisin ble ikke direkte berørt av funksjonsendringene, men var de enhetene som ved alle sykehusene var mest kritisk til funksjonsfordelingen. Disse avdelingene mente kvaliteten på pasientbehandling hadde blitt redusert, da viktige samarbeidsmuligheter ved sykehuset hadde forsvunnet. Medisinsk avdeling ved Hamar var mest fornøyd, men også disse savnet enkelte fagområder. Det ble framhevet at medisin har behov for støtte fra andre faggrupper, og da spesielt både bløtdelskirurgisk og ortopedisk kirurgisk ekspertise.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Viktige samarbeidende enheter har blitt borte eller kvestet. I hovedsak har behandlingsresultatene blitt mer negative. Vurderingen av akuttpasienten er dårligere nå enn før. Vi har ikke lenger lett tilgjengelig kunnskap som behøves i en akuttsituasjon. Sykehusets evne til å takle enkle problemer er dårligere, basiskunnskap er tatt bort. Antall liggedøgn øker når rett kompetanse ikke er på rett plass.”

En annen konsekvens av funksjonsfordeling var en endring i arbeidsbelastning, sammenlignet med tidligere. Ved Lillehammer sa nesten alle enhetene som ble intervjuet at de hadde fått altfor mye å gjøre etter funksjonsfordelingen, og påpekte at dette gikk utover kvaliteten i behandlingen. På den andre siden antydte et par enheter ved Gjøvik at de fryktet en kompetansenedgang på grunn av for lite å gjøre og for lite varierte arbeidsoppgaver. Spesielt gjaldt dette ortopeder og anestesiloger.

Et aspekt som ble tatt opp ved alle sykehusene, uavhengig om de syntes funksjonsfordelingen var positiv eller ikke, var det høye konfliktnivået funksjonsfordelingen hadde skapt, både mellom sykehusene og innad i organisasjonen. Alle var enige om at dette gikk utover kvaliteten på pasientbehandlingen. Det ble framhevet fra flere hold at det manglet en smidighet i organisasjonen som kunne ha forenklet noen av problemene sykehuset Innlandet hadde hatt i forbindelse med funksjonsfordelingen. I begynnelsen av funksjonsfordelingsprosessen, ble det hevdet at folk gjorde det de kunne for å få funksjonsfordelingen til å mislykkes. Det ble også påpekt at det var en del hendelser som var på grensen til det uetiske.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”I begynnelsen av funksjonsfordelingsprosessen, gjorde folk det de kunne for å få det til å gå galt. Det var en del saker som var på grensen til det uetiske. Det er legenes rå makt mot et system de ikke liker. Hver enkelt doktor har sin egen politiske agenda. En del smidighet blant personalet ville gjort funksjonsfordelingen mye enklere.” ”Det hender det er krig mellom sykehusene, da blir pasientene brukt som brikker i et spill.”

6.1.1.2 Funksjonsfordelingens virkning på om pasienten raskere kommer til riktig behandlingsnivå og sted

Oppfatningen av om pasientene kom raskere til riktig behandlingsnivå varierte noe etter hvilken enhet som ble intervjuet. På Hamar mente de det kunne forekomme at pasienten ikke kom like raskt til riktig plass som tidligere, men at dette var enkeltsaker. På Lillehammer var de sterkere i sine meninger, og mente at det hadde forekommet store avvik etter at funksjonsfordelingen hadde trådd i kraft.

Alle avdelingene sa det forekom at pasienter ble sendt til feil behandlingssted.

Det var uenighet om omfanget av feilsendte pasienter, og også om feilsendte pasienter kom av selve funksjonsfordelingen eller om det var andre årsaker til dette. Det var også uoverensstemmelse mellom de faglige enhetene innad i sykehusene angående dette spørsmålet. Det var samsvar mellom hvor positiv eller negativ avdelingen var til funksjonsfordelingen og i hvor stor grad de mente feilsendingene av pasienter kom som følge av funksjonsfordelingen. Mangel på informasjon hos AMK og kommunehelsetjenesten om funksjonsfordelingen var en faktor som ble lagt til grunn for feilsendingene. Enkelte mente at sabotasje og uvilje mot funksjonsfordelingen førte til unødvendige feilsendinger.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Feilsendte pasienter har i økt i betydelig grad. Ansvarsfordelingen er uklar, spesielt for gastro og gynekologiske pasienter er det problematisk. Informasjonen til primærhelsetjenesten har ikke helt kommet fram. Den informasjonen de har fått er vanskelig å forholde seg til.”

I tillegg til direkte feilsendinger av pasientene kom det fram en del historier om pasienter som hadde blitt fraktet rundt Mjøsa på grunn av at ett sykehus ikke kunne behandle hele pasienten. Ved Lillehammer sykehus ble det framlagt informasjon om konkrete hendelser der pasienten hadde hatt opptil 6 innleggelser på forskjellige sykehus. Det ble påpekt at det ikke bare var selve kjøreturen mellom sykehusene som var problematisk for pasienten, det oppsto også kommunikasjonsproblemer og informasjonssvikt mellom helsepersonell ved de ulike behandlingsinstitusjonene i forbindelse med overflytninger mellom sykehusene. Kontinuiteten, informasjonsflyt og oppfølging av pasienten ble vanskeligere og det administrative arbeidet økte betraktelig ved behandling av pasienter som måtte kjøres rundt Mjøsa.

Enkelte avdelinger ved Gjøvik og ved Hamar mente det totalt sett ikke hadde blitt store endringer i transportstrømmene, og at det alltid hadde vært en del kjøring mellom sykehusene.

6.1.1.3 Funksjonsfordelingens innflytelse på oppgave og ansvarsfordeling, og synspunkt på sammenhenger mellom funksjoner

Ansvarsfordelingen både mellom sykehusene og mellom avdelingene har blitt mer uklar og har ført til konflikter og uro. Dette frustrerer personellet ved sykehusene, som de mener det går ut over arbeidsmiljøet og kvaliteten i behandlingen.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”For de elektive pasientene er det ingen vesentlig endring fra tidligere. De akutte pasientene er det vanskeligere å få plassert riktig. Det store spørsmålet er hvem som skal ta ansvar for pasienten?”

”Det er en del usikkerhet om hvor pasienten skal, og det er ikke blitt bedret.”

”Sykehusene smuldrer opp innenfra. Det er krancling om pasienten og ansvarsfraskrivelse. Det er mye telefonering om hvor pasienten egentlig skal.”

Ved alle sykehusene var det en diskusjon om hvilke spesialiteter som er avhengige av hverandre og burde samlokaliseres. Det ble fra alle sykehusene bortsett fra Hamar påpekt at det hadde blitt tatt for store hensyn til de bløtdelskirurgiske spesialitetene i funksjonsfordelingen, og at det ikke hadde blitt sett på de store pasientgruppene sine interesser. Spesielt medisin mente de hadde mistet viktige fagområder som de er avhengige av i hverdagen. Det ble hevdet at det burde ha vært foretatt en sterkere konsekvensevaluering av funksjonsfordelingen før den ble igangsatt.

Den hyppigste kritikken som kom fram under intervjuene var relatert til at spesialiteter var fordelt på sykehusene uten å ta hensyn til de anbefalinger egne faggrupper hadde kommet med til hvilke spesialiteter som bør være samlokalisert.. Det var enighet om at multitraume pasienter og pasienter med sammensatte lidelser fikk et dårligere behandlingstilbud nå enn tidligere.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”De har satt i system en organrettet behandlingsorganisasjon” ”Det er egentlig ingen sykehus i Innlandet som kan ta seg av multitraumene, selv om vi samlet sett har den kompetansen som skal til.”

6.1.2 Organisasjon og samhandling

6.1.2.1 Funksjonsfordelingens betydning for Sykehuset Innlandet som organisasjon.

Sykehuset Innlandet er organisert i faglige divisjoner. I intervjuene ble det sterkt framhevet at denne organisasjonsformen ikke er gjennomført i praksis ved sykehusene.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Ledelsen forstår ikke vår organisering selv om de har organisert oss. Ledelsen over oss forstår ikke og klarer ikke å tilpasse seg omorganiseringen. De klarer ikke å samordne seg på sykehusene. Jeg får stadig vekk brev fra ledelsen i to eksemplarer. Ett som avdelingssjef på Elverum, og et som avdelingssjef i Lillehammer. Jeg har leger som arbeider på begge stedene.

Selv ledelsen skjønner ikke at vi er en avdeling. Kontakten med ledelsen over oss er for langt unna. Det er brist i totalitetstankegangen i sykehusene.”.

Samarbeid mellom samme avdeling ved forskjellige geografiske plasserte enheter har til tider vært vanskelig. Ved ortopedisk og gastroenterologisk avdeling på Lillehammer og Gjøvik kom det fram at de ikke så på seg selv som ett sykehus med en avdeling på hvert fagfelt. Ved nevrologisk avdeling på Elverum erfarer de at assistentleger ved Lillehammer overprøver overleger på Elverum. Det etterspørres et felles forum mellom sykehusene.

Det ble framhevet at de store geografiske avstand mellom sykehusene gjør avdelingslederens oppgave vanskelig. Det ble kommentert at det følte som om at det ved enkelte avdelinger og sykehus ikke var en ledelse. Ved Gjøvik ble det fra flere avdelinger gjentatt at samhandling mellom avdelingene på Gjøvik sykehus var dårlig. Det ikke var noen gode forum for diskusjoner, og man savnet en ledelse for den enheten som nå heter SI Gjøvik.

På Opplandssiden, ved Lillehammer og Gjøvik sykehus kom det ofte uttalelser om at Oppland hadde hatt to velfungerende sykehus, og at de nå hadde blitt påført Hedemark sine problemer.

6.1.2.2 Funksjonsfordelingens påvirkning på samhandling internt og eksternt ved Sykehuset Innlandet

Det ble etterspurt praksis og rutiner som forenklet samarbeidet mellom sykehusene, både for å bedre informasjonsflyten og for å redusere byråkrati. Ved overføring av pasienter mellom sykehus, måtte de samme skjemaene fylles ut ved begge sykehusene, selv om det egentlig er innenfor samme avdeling.

Angående samhandling med andre sykehus og kommunehelsetjenesten ble det påpekt at det var mange flere kontaktpunkter nå enn tidligere på grunn av større opptaksområde og funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Dette førte til mer tid til organisering, mer administrativt arbeid og telefontid for helsepersonell. I tillegg syntes noen at det ble vanskeligere når de fikk så mange ukjente kommuner og navn og forholde seg til, og at det var hyggeligere når en kjente vedkommende man snakket med. Det ble hevdet at dette førte til økt ressursbruk i oppfølgingen av pasienten, økt transportarbeid, mer transporttid, mer inn og utskrivelsestid med dokumentasjonsbehov, økt risiko for overtid, misforståelser og kommunikasjonsproblemer.

Det ble gitt uttrykk for at samhandling internt i sykehusene og eksternt hadde blitt forverret etter funksjonsfordeling. Årsaken var ikke bare av selve delingen av funksjonene, men også de ulike synspunkter om prosessen. Det var mye uro og frustrasjon på avdelingene. Det ble søkt en avklaring og en avslutning av den omorganiseringen de var inne i, slik at framtiden ble mer forutsigbar.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

Irritasjon over funksjonsprosessen gjør samarbeid mellom sykehusene vanskelig. Det er på nivå med; ” Når vi ikke fikk ha nevrologi her, så skal vi ikke hjelpe slike pasienter.”

Man mente informasjonen til kommunehelsetjenesten hadde vært uoversiktlig, vanskelig å forstå, og kunne føre til misforståelser. Systemet med at pasienter med enkelte diagnoser bare kunne henvises til det ene sykehuset før klokka fire, og måtte til et annet sykehus etter klokka fire, bød på utfordringer som ikke var ønsket.

Det ble hevdet at funksjonsfordelingen hadde ført til lekkasjer til andre mer ”komplette” sykehus utenfor Sykehuset Innlandet. Enkelte som hadde vært for funksjonsfordelingen i begynnelsen endret mening etter fordi de syntes selve prosessen hadde blitt gjennomført på en mindre god måte.

6.1.3 Personell/robuste fagmiljø

6.1.4 Har funksjonsendringene påvirket rekrutteringen av spesialister, assistentleger, turnuskandidater og annet fagpersonell?

Det temaet som ble framhevet mest, når det var snakk om personell på sykehusene, var rekrutteringen. Det var noe forskjell i oppfatningen av om funksjonsfordelingen hadde økt problemet med å rekruttere. Dette gjaldt da i første rekke assistentleger og legespesialister. Når det gjaldt pleiepersonell ble det på Gjøvik hevdet at man hadde en god og motivert gruppe pleiere, men det var lite nye ansikter å se siden det rådet en usikkerhet omkring framtida for sykehuset.

På Hamar mente kirurgene funksjonsfordelingen hatt positiv effekt på rekrutteringen. Øye og ortopedi på Elverum hadde ingen problemer med rekruttering, mens nevrologi på Elverum mente de hadde fått et rekrutteringsproblem. På Gjøvik hadde det vært en del verre å rekruttere, etter funksjonsfordelingen. På Lillehammer var det kun øye og nevrologi som ikke hadde hatt problemer med rekruttering etter funksjonsfordelingen.

Det ble vist til en oversikt fra Den norske lægeforening om turnuslegers preferanser. Tidligere hadde spesielt Opplandssykehusene vært populære blant turnuskandidatene. Nå var dette radikalt endret. Årsaken mente de var at kandidatene nå måtte dele sin tid mellom to sykehus, at det var litt dårlig stemning ved sykehusene og at framtida var usikker. Det siste betydde mest i forhold til om turnuskandidatene ønsket å komme tilbake som assistentleger.

Det ble framhevet at i tillegg til at enkelte enheter nå var mindre faglig interessante for nyansatte leger, gjorde de store konfliktene, ryktemakeriet og uroen i Sykehuset Innlandet det vanskelig å rekruttere til sykehusene.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Det er kanskje ikke så rart at turnusleger ikke kommer tilbake til sykehuset hvis de får beskjed om hvor elendig sykehuset og funksjonsfordelingen er. Svartmaling av egen situasjon gjør ikke rekrutteringen enkel.”

”Hovedrekrutteringsproblemet er fremtidsutsiktene for sykehuset”.

6.1.4.1 Hvordan oppfatter personalet at funksjonsendringene har påvirket deres faglige utfordringer og muligheter på arbeidsplassen?

Ved kirurgisk avdeling på Hamar var de fornøyd med arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø etter funksjonsfordelingen. Ved ortopedisk avdeling og anestesi/akutt avdelingen på Gjøvik ble det hevdet at de hadde fått færre interessante arbeidsoppgaver, mindre trening i visse prosedyrer og derfor dårligere kompetanse. Medisinsk avdeling ved Lillehammer og Gjøvik mente de hadde fått flere oppgaver og større press etter funksjonsfordelingen på grunn av flytende grense mellom medisin og kirurgi. De mente pasientens sikkerhet ble skadelidende. Ortopedi og anestesi/akutt ved Lillehammer beskrev arbeidssituasjonen som veldig travel;

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Det er så mye å gjøre at vi ikke får gjort nok.” ”En kan aldri dekke toppene i en anestesivdeling, det vet vi, men nå har toppen vart lenge. Folk blir slitne.”

Mange avdelinger hadde fått en eller annen form for omfordelt personell. For noen ble dette sett på som veldig positivt. For andre førte dette til en del utfordringer med opplæring.

Negative konsekvenser som ble nevnt var konflikter, mye tid til opplæring, kompetansetap, endret vaktbelastning, turnusproblemer, økt sykefravær, samarbeidsproblemer, uro, usikkerhet for framtiden og en del innelei av vikarer, med de konsekvensene det medførte.

Noen få legespesialister sluttet i jobben sin som fordi de ikke fant seg til rette med funksjonsfordelingen, eller de fant seg arbeid ellers innen Sykehuset Innlandet HF. Intervjurunden viste at det først og fremst var Øre-nese-hals avdelingen som ble rammet av dette. I en ellers liten legestab sluttet en spesialist og en som skulle overføres fikk annen stilling ved sykehuset vedkommende var plassert, samtidig som avdelingen gjennom funksjonsfordelingen fikk tilført nye oppgaver.

Utdrag av sitat fra intervjurunden:

”Stemningen på avdelingen er mer stresset enn tidligere. I jobbsammenheng er det viktig med faglige utfordringer og en hyggelig stemning. Følgene av funksjonsfordelingen er mer produksjon, mindre faglighet og dårligere samhandling. Dette er også en pris som det er viktig å få fram”

6.1.5 Generelle vurderinger

6.1.5.1 Hvordan oppfatter personalet at funksjonsfordelingen har påvirket økonomi og effektivitet.

Ved Hamar framhevet kirurgene de positive effekter av funksjonsavdelingen som kortere ventetid, lavere ressursforbruk og generelt bedret effektivitet. De øvrige avdelinger hadde ikke noen spesiell oppfatning av at situasjonen var særlig endret fra tidligere på det økonomiske området.

Av negative effekter ved funksjonsfordelingen ble det trukket fram mer tid og ressurser til pasientoverføringer mellom sykehus og til kommunehelsetjenesten på grunn av økt nedslagsfelt, flere kommuner å forholde seg til og oppsplitting av funksjoner. Det ble pekt på økte sykefraværskostnader og dårligere utnyttelse av personell. Funksjonsfordelingen førte til noe overflytning av utstyr, og innkjøp av nytt utstyr som kom som en tilleggskostnad i forbindelse med funksjonsfordelingen. Man mente det hadde blitt noe mer kostnader til vikarinnleie. Opplæringskostnader og kostnader knyttet til å få en ny organisasjon til å fungere hadde vært nødvendig, og man mente det måtte ha blitt økte transportkostnader, selv om dette var noe avdelingene selv ikke hadde oversikt over.

Det ble uttalt frustrasjoner over at de investeringene som har blitt lovt ikke var blitt gjennomført, og at funksjonsfordelingen fikk økonomiske konsekvenser for avdelinger som ikke var blitt funksjonsfordelt.

Til slutt et sitat om organisasjonsform og økonomi;

”Hvis jeg har henvist en pasient til Lillehammer får jeg ikke overført denne pasienten direkte, selv om vi er en avdeling. På grunn av DRG systemet er det økonomiske incentiver for at pasienten må bli innlagt begge plasser.”.

6.1.6 Oppsummering av intervjuene med de ansatte ved Sykehuset Innlandet

Det var stor forskjell i oppfatningen om hva som var skjedd på grunn av funksjonsfordelingen, både innad i sykehusene og mellom sykehusene. Hamar, og da spesielt kirurgene ved sykehuset, var mest fornøyd og de som arbeidet ved Lillehammer var mest misfornøyd. Innad i sykehusene var det ulike meninger. De avdelingene som hadde mest sammenfallende synspunkt, uavhengig av sykehus, var de medisinske. De mente funksjonsfordelingen hadde slått uheldig ut, fordi de er avhengig av andre fagområder i sin hverdag, og merket stor kvalitetsnedgang da de mistet denne kompetansen.

Alle var enige om at en samling av funksjoner er positivt, siden det fører til et bedre og sterkere fagmiljø og en høyere kvalitet hos fagpersonell. Uenigheten dreier seg plasseringen av de samlede funksjonene. Alle ønsket minst ett ”komplett” sykehus som inneholder de fleste spesialitetene sykehuset Innlandet HF dekker, slik at kvaliteten på behandlingen ble best mulig. Man ønsket å ha minst ett sted i Innlandet der pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser kunne behandles. De fleste skjønnte paradokset i disse utsagnene i forhold til at de fleste ville ha dette sykehuset der de selv bodde og arbeidet. Likevel er det vår oppfatning at de faglige ønskene var minst ett komplett sykehus. Reiseavstanden ble ikke sett på som det største problemet. Det var en oppfatning av at det var for mange sykehus i området, og at det burde bli færre.

Ved Elverum var personellet noe mer opptatt av reiseavstandene enn ved de tre øvrige enhetene. Sykehusene i Oppland mente som tidligere nevnt at de før funksjonsfordelingen hadde en mer akseptabel størrelse enn hva tilfellet var for sykehusene i Hedemark. De mente derfor at de kunne ha fortsatt som før, i hvert fall en tid, men også ved disse sykehusene var det faglig enighet om at en samling av fagmiljøer var nødvendig for å kunne opprettholde et godt tilbud i framtida. Da måtte man imidlertid ikke splitte spesialiteter som er gjensidig avhengig av hverandre for å gi god behandling til pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser.

Sykehuset Innlandet blir ikke i praksis sett på som ett sykehus. Det samme gjelder divisjonene og avdelingene. Jo større aktiviteten er innen et fagområde, jo vanskeligere virker det å få avdelingene til å fungere som en enhet. De mindre avdelingene som arbeidet med å få til en felles drift, syntes dette var vanskelig på grunn av avstandene.

Samhandling mellom sykehus, innad i sykehus og med primærhelsetjenesten har blitt påvirket av funksjonsfordelingen. Det var en oppfatning at det mangler gode rutiner for å gjøre samarbeidet smidigere. Det var et savn at det ikke fantes en ledelse ved det enkelte sykehus.

6.2 Kommunehelsetjenesten

6.2.1 Hvor god var informasjonen kommunehelsetjenesten fikk i forbindelse med funksjonsfordelingen

Kommunehelsetjenesten fikk ikke informasjon og ble ikke involvert i prosessen som ledet fram til vedtaket om funksjonsfordeling. Informasjonen kom etter at beslutningen om gjennomføringen av funksjonsfordelingen var iverksatt.

Det var litt uenighet om kvaliteten på informasjonen som ble gitt. Noen mente informasjonen de hadde fått var god nok. Lurte de på noe kunne de ringe og spørre. Andre mente informasjonen de

hadde fått var uoversiktlig og lite helhetlig. Kommunelegene syntes det kunne være vanskelig å finne ut på hvilket sykehus pasienten hørte hjemme.

Endringer som skjer underveis blir det informert dårlig om. Det var et ønske om et oppdatert informasjonsforum på Sykehuset Innlandet sin hjemmeside. Det savnes ett sted der kommunelegene kan henvende seg og få rask tilbakemelding på informasjonen de trenger.

6.2.2 Hvordan har funksjonsfordelingen innvirket på samhandlingen med Sykehuset Innlandet

Sosiale kontakter, relasjoner og nettverk ble sett på som viktige. Det ble hevdet at det blir vanskeligere å etablere slike relasjoner når det er mange sykehus å forholde seg til.

Kommunehelsetjenesten ser ikke på sykehuset Innlandet som ett sykehus, og de trodde heller ikke de ansatte ved sykehuset så på det som ett sykehus.

Ventetiden på behandling er varierende mellom sykehusene, og det gis lite opplysning om dette fra Sykehuset Innlandets side. De synes stadig det er litt uklart hvilke sykehus som gjør hva. Konflikter i forbindelse med funksjonsfordelingen har ført til noe sabotasje av gode pasientforløp og mindre villighet til smidighet i pasienthåndtering. Man mente det ofte var uventet mye motstand å møte i mottakelsen. Fastleger med lang erfaring visste hvilke rettigheter de hadde. For yngre leger ble dette vanskeligere. Ved akutsituasjoner er det vanskelig å vite hvor pasienten skal. Da oppstår det dilemmaer som er vanskelig å løse. I dagens situasjon er det en viss uforsvarlighet i håndtering av pasienter. De kan risikere å bli avvist flere steder, og hver gang kommer de tilbake til fastlegen. Sykehuset Innlandet kunne tatt et større ansvar for å få plassert pasienten riktig.

Fastlegene i SI Gjøviks opptaksområde mente planene om ennå et nytt sykehus er en dårlig løsning som ytterligere smuldrer opp det faglige miljøet. Dagens løsning med fire enheter som har litt av hvert av spesialiteter er den dårligste løsningen som kan velges. Pasientlogistikken er dårligere i dag enn tidligere. Det hjelper ikke med ett sykehus hvis bena skal på ett sykehus og magen på et annet. Dette alternativet har ført til økt ressursbruk, unødvendige telefoner, ambulansemisbruk og dårlig kommunikasjon.

Utdrag av sitat fra intervjuunden:

”Er dette en måte å gjøre ting så dårlig på, at alle vil skrike etter noe annet?”

Ved kommunehelsetjenesten ved Lillehammer ble det vist til tilfeller der pasienten hadde sammensatte lidelser, og der legen mente pasienten hadde best av å ligge på Lillehammer. Legen ga pasienten en annen hoveddiagnose enn den vedkommende kanskje skulle hatt, for å hindre at pasienten ble sendt til Gjøvik.

Hvis sykehuset som pasienten blir innlagt på mener at pasienten ikke hører hjemme ved sitt sykehus, må kommunelegen ordne med innleggelse på nytt sykehus. Det var et sterkt ønske om at dette kunne ordnes innad i Sykehuset Innlandet.

Kommunehelsetjenesten ønsket et felles inntakssted der de kunne henvise pasienter med uavklarte lidelser, og ville at Sykehuset Innlandet deretter la inn pasienten der de så at pasienten best ble ivaretatt.

6.2.3 Generelle vurderinger

Planleggingen burde vært bedre i forkant av funksjonsfordelingen. Det var synspunkter på at det burde ha vært møter med allmennlegene i forbindelse med planleggingen av funksjonsfordelingen. Kommunehelsetjenesten var lite deltakende og lite hørt i debatten før funksjonsfordelingen. Enkelte fra kommunehelsetjenesten mente at det hadde vært mye føringer som var basert innenfor de kirurgiske småfagene.

6.3 Fylkesmannen og pasientombudet

6.3.1 Fylkeslegen i Oppland

Fylkeslegen i Oppland mener funksjonsfordelingen som tidligere ble innført i Hedemark, og som aldri har vært optimal nå har blitt innført i Oppland. Han legger vekt på at de to fylkene har om lag samme befolkningsmengde. I Hedemark er det fire sykehus, mens det i Oppland er to. Derfor har det hele tiden vært større muligheter for å ha et tilfredsstillende bredt tilbud ved SI Gjøvik og SI Lillehammer enn ved sykehusene i Hedemark.

Det var fylkeslegens oppfatning at den viktigste negative konsekvensen av funksjonsfordelingen, var at det ikke lenger er noen av sykehusene som er akuttsykehus i vanlig forstand, og det kan i en del tilfeller være uklart hvilken enhet som har ansvaret for pasienten. Han synes divisjonaliseringen av spesialitetene er med på å understreke dette. Enhetene ligger for spredt til at den administrative og faglige styringen innen divisjonene blir god nok. Det oppfattes videre som en svakhet at det ikke er noen samlende ansvarlig myndighet for hver geografisk enhet, som kan samordne ressursene når det er hensiktsmessig, på det enkelte sted.

Han mente imidlertid at gynekologi og gastroenterologisk medisin må være på ett sted, og ønsker derfor ikke en endring av den situasjonen som nå er etablert på SI Gjøvik. Fylkeslegen har ikke noe standpunkt til hvor tjenestene skal utøves.

Han har videre registrert at SI Gjøvik og SI Lillehammer ikke lenger er like populære tjenestesteder for turnuskandidater som de var før den siste funksjonsendringen.

Fylkeslegen i Oppland har ikke registrert noen økning i antall klagesaker. Antallet har heller gått svakt ned fra 2004 til 2005.

6.3.2 Fylkeslegen i Hedemark

Det ble vist til at det allerede var en fungerende funksjonsfordeling mellom SI Elverum og SI Hamar, før det siste vedtaket om funksjonsfordeling. Han oppfattet ikke at dette var for problematisk, og at det for eksempel var tilgang på gastroenterologisk kirurgiekspertise på Elverum fram til kl. 2000 hver dag. Man hadde etter hvert vent seg til situasjonen.

Fylkeslegen så at situasjonen var noe annerledes i Oppland der de to sykehusene var noe større og derfor kunne spenne over et bredere fagfelt hver for seg.

Det var fylkeslegens oppfatning at en videre spesialisering innen de større fagfeltene er viktig for å kunne gi et godt tilbud, og skape grunnlag for kompetanseutvikling. Så langt har diskusjonen vært mest rettet inn mot de kirurgiske fagfeltene, men han mente det også innen indremedisinen var viktig å se på behovet for en tydeligere spesialisering.

Fylkeslegen mente det var viktig å få minst ett sted i Sykehuset Innlandet HF sitt ansvarsområde med et komplett faglig tilbud, og at en situasjon med enslige kirurgiske spesialister på de enkelte "sykehusene" var en situasjon man ikke burde gå tilbake til.

Når det gjelder klagesaker var det like etter iverksettelsen av funksjonsendringene noen klager på overflytting fra Oppland til Hamar, men ikke på selve behandlingen. Etter hvert er det få slike klager.

Ingen av fylkeslegene hadde noe standpunkt til hvor en samling av spesialiteter burde skje, men begge var av den oppfatning at det hadde vært gunstig med en plassering av funksjoner som resulterte i minst ett mer komplett akutt sykehus i området.

6.3.3 Pasientombud

Klager inn til pasientombudet gjelder i stor grad komplikasjoner som er oppstått i forbindelse med en behandling. Pasientombudet hadde en oppfatning av at en del av dagens enheter, spesielt på det kirurgiske området, var for små, og at en spesialisering og samling av fagfolk innen de enkelte spesialiteter var en god utvikling. Hun understreket samtidig at hun var jurist og ikke medisiner, slik at hennes vurderinger var gjort med utgangspunkt i de pasienthenvendelsene hun fikk.

Dagens situasjon har både fordeler og ulemper, men hun ønsket ikke en endring tilbake til situasjonen før den siste funksjonsfordelingen. Ulempen er først og fremst at fagmiljøer er spredd på ulike geografiske steder.

Pasientombudet har ikke fått noen klager knyttet til at folk må reise for langt. Oppfatningen er at pasientene ønsker å komme i trygge hender og at de da er mindre opptatt av hvor dette er.

7 Aktiviteten ved sykehusene etter funksjonsfordelingen

7.1 Hvor stor andel av pasientene var omfattet av vedtaket?

De enhetene som inngår i evalueringen sto for litt over 40 % av den somatiske aktiviteten for inneliggende og dagpasienter ved de fire enhetene som er med i vurderingen.

I vedlegg 4 finnes utfyllende tabeller for all pasientaktivitet. Vi har valgt å begrense antallet tabeller tatt inn i teksten.

7.2 Hvilke endringer i behandlingsaktiviteten er registrert?

Tabell 3 viser at det har vært et lite fall i antall elektivt behandlede pasienter innen gastroenterologisk kirurgi, mens akutte innleggelser har vært stabilt siden 2001.

For karkirurgi har vi tatt ut de medisinske diagnosene (130, 131, 132, 133) og presentert disse for seg. For disse diagnosene har det vært et beskjedent fall i aktiviteten. Det skyldes at fallet ved Gjøvik og Lillehammer har vært klart større enn økningen på Hamar. Siden dette er pasienter med medisinsk og ikke kirurgisk hoveddiagnose, er forholdet mellom de tre enhetene ikke vesentlig endret siden funksjonsinndelingen trådte i kraft.

For kirurgiske diagnoser innen karkirurgi synes antallet øyeblikkelig hjelp innleggelser å variere mellom årene, slik de har gjort tidligere. Antall elektivt innlagte pasienter har sunket svakt. I perioden har det ikke skjedd endringer for SI Lillehammer, som stadig har et lite antall innlagte pasienter med karkirurgisk hoveddiagnose. Antall øyeblikkelig hjelp innlagte ved Gjøvik er falt

markert, i tråd med hva vedtaket legger opp til. Antall elektivt innlagte ved SI Gjøvik har falt kraftigere enn hva elektivt innlagte har økt ved SI Hamar.

Innen ortopedi økte antallet dagbehandlinger til og med 2003, for så å stabilisere seg og falle svakt. Antall elektivt innlagte har vært ganske konstant i perioden, mens øyeblikkelig hjelp innleggelser har steget med nesten 10 % fra 2003 til 2005. Fallet i antall øyeblikkelig hjelp innleggelser ved SI Gjøvik har vært vesentlig mindre enn økningen ved SI Lillehammer. SI Gjøvik har også hatt et markert fall i elektive innleggelser.

Innen urologi har antallet dagpasienter økt noe, mens aktiviteten for inneliggende har vært stabil for hele perioden. Virksomheten ved SI Gjøvik har ikke endret seg vesentlig i perioden, mens det er overført betydelig aktivitet fra SI Lillehammer til SI Hamar.

For øyespesialiteten har det skjedd en klar nedgang i aktiviteten. Den har vært spesielt stor for antall innlagte. Noe av dette kan sikkert forklares med at pasienter heller blir behandlet som dagpasienter enn som inneliggende, men antallet dagpasienter har også falt kraftig. Fallet har vært litt over 500 pasienter, som utgjør en nedgang på 10 % fra 2003 til 2005.

Tabell 3 Aktivitetsutviklingen ved Sykehuset Innlandet HF innenfor gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, ortopedi, urologi, øye, øre-nese-hals, nevrologi, 2001 – 2005

	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004	2005	2005
	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig
HDG 6 og 7, Gastroenterologisk kirurgi										
Dag	0	502	1	579	5	588	2	577	3	670
døgn	5075	1671	5146	1640	5048	1664	5091	1587	5036	1492
HDG 5 (108, 109, 112, 113, 114, 119, 120, 144, 145, 478, 479), karkirurgi										
Dag	0	190	2	456	0	430	0	346	0	400
Døgn	217	242	295	274	249	269	297	204	279	232
HDG 5 (130, 131, 132, 133), karkirurgi, ikke kirurgiske inngrep										
Dag	0	15	0	18	0	0	0	1	0	0
Døgn	709	229	733	207	708	173	642	148	629	129
HDG (DG6 fra HDG 1) og HDG 8 bortsett fra (242, 244, 245, 246), Ortopedi										
Dag	1	2015	8	2466	4	2792	24	2689	10	2677
Døgn	3589	2232	3744	1973	3980	2199	4108	2024	4218	2181
HDG 12, urologi										
Dag	0	173	0	175	1	162	0	185	2	229
Døgn	369	635	380	564	346	630	424	654	427	611
HDG 2, Øye										
Dag	0	4004	0	4247	63	4957	69	4413	79	4439
Døgn	295	578	230	624	213	479	190	179	173	95
HDG 3, ØNH										
Dag	0	1034	0	1052	6	962	3	880	6	935
Døgn	1190	1143	1080	1109	998	990	1026	905	1122	1560
HDG 1 Bortsett fra (1-9), Nevrologi										
Dag	0	22	0	19	0	1	1	57	8	181
Døgn	3075	559	3187	794	3599	980	3504	896	3767	529

For øre-nese-hals falt aktiviteten i 2004 for å ta seg opp igjen i 2005. Dette fagområdet er det eneste som kan vise til en klar aktivitetsøkning for elektiv innlagte pasienter fra 2003 til 2005. I 2004 falt aktiviteten ved SI Elverum både for elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter. Ved SI Gjøvik falt aktiviteten noe for elektive pasienter, mens den steg markert for øyeblikkelig hjelp innlagte. Ved SI Lillehammer har det i hele perioden blitt lagt inn omkring 300 pasienter som øyeblikkelig hjelp innen dette fagområdet.

Nevrologi har hatt et fall i antall elektivt innlagte pasienter. Dette fallet var spesielt stort i 2003. Antallet i 2005 er på samme nivå som det var i 2001. Sees dette sammen med antallet dagpasienter, er nivået nå litt under hva det var i 2002. Antallet øyeblikkelig hjelp pasienter har økt i hele perioden, med en liten stans i veksten fra 2003 til 2004. Antall øyeblikkelig hjelp pasienter ved SI Gjøvik utgjør stadig 1/3 av antallet ved SI Lillehammer. Fallet i antall elektivt innlagte pasienter skyldes i all hovedsak et fall ved SI Elverum. Det er ved SI Elverum det er registrert dagpasienter. Ved SI Lillehammer er det ikke registrert mer enn 12 dagpasienter i 2005.

Vi har også sett på aktivitetstallene fordelt på avdelinger og seksjoner. Bruken av avdelingskoder har variert i perioden og det er vanskelig å følge utviklingen på det spesialitetsnivået som her er nødvendig. Så langt det er mulig å følge spesialitetene å avdelingsnivå, bekrefter tallene per avdeling og seksjon det som er beskrevet over.

Tabell 4 viser utviklingen for polikliniske konsultasjoner. For poliklinikk finnes ikke drg registreringer og det er også vanskelig å benytte diagnose for de sammenligninger som er aktuelle for denne rapporten. Vi må da følge avdelinger og seksjoner og får da ikke ut tall for karkirurgi, urologi og gastroenterologisk kirurgi separat, men må nøye oss med tallene for kirurgi samlet. Ved noen enheter gis det tall for ortopedi adskilt fra kirurgi, men siden dette ikke er gjennomført presenteres det her bare tall for kirurgi. Det omfatter da alle kirurgiske fag bortsett fra øre-nese-hals og øye.

For kirurgi har det vært et markert fall i denne aktiviteten både for SI Lillehammer, SI Gjøvik og SI Hamar fra 2003 til 2005.

For øyefaget har det vært et fall i aktiviteten ved SI Lillehammer. Det har vært en økning i aktiviteten ved SI Elverum, men den kompenserer ikke på langt nær fallet i aktivitet ved SI Hamar. Samlet er den polikliniske aktiviteten redusert med om lag 25 % fra 2003 til 2005.

For øre-nese-hals har det vært en markert poliklinisk aktivitetsvekst ved SI Gjøvik, mens aktiviteten ved SI Elverum ikke har klart å kompensere mer enn 25 % av fallet i aktivitet ved SI Hamar.

Tabell 4 Polikliniske konsultasjoner ved de vurderte enhetene 2001 - 2005

Sykehus	Avdeling	2001	2002	2003	2004	2005
SI Gjøvik	<i>Kirurgi</i>	17.591	20.566	23.273	20.171	20.084
SI Gjøvik	<i>ønh</i>	13.478	12.721	14.742	16.052	16.250
SI Gjøvik	<i>nevrologi</i>	1.284	1.329		899	855
SI Lillehammer	<i>kirurgi</i>	17.680	17.274	19.972	19.855	20.790
SI Lillehammer	<i>ønh</i>	1.775	1.364	1.107	1.055	1.037
SI Lillehammer	<i>øye</i>	4.809	5.176	7.725	5.035	5.335
SI Lillehammer	<i>nevrologi</i>	3.572	3.512	3.782	3.864	4.644
SI Elverum	<i>kirurgi</i>	18.059	17.315	21.032	21.911	22.440
SI Elverum	<i>ØNH</i>	8.712	8.824	9.671	9.651	10.775
SI Elverum	<i>Øye</i>	10.358	8.940	10.523	11.270	12.176
SI Elverum	<i>nevrologi</i>	2.879	4.044	4.682	4.763	5.646
SI Hamar	<i>kirurgi</i>	17.786	16.253	18.855	15.247	16.798
SI Hamar	<i>ØNH</i>	5.777	6.027	5.938	2.488	1.355
SI Hamar	<i>Øye</i>	7.719	7.165	8.684	1.823	952
SI Hamar	<i>nevrologi</i>	1.209	260	156	266	415

Den nevrologiske poliklinikken ved SI Gjøvik hadde et markert fall i sitt aktivitetsnivå fra 2002 og til 2005, i tråd med hva som skulle forventes. Her får vi ikke framtall for 2003 fordi aktiviteten da ble registrert under medisinsk avdeling samlet. Det har vært en liten økning i den polikliniske aktiviteten ved SI Lillehammer, og en tydeligere økning ved SI Elverum. Samlet sett har antall polikliniske konsultasjoner for nevrologi økt med 10 % fra 2003 til 2005.

7.2.1 Konklusjon for aktiviteten

Hovedbildet er at endringene for innlagte pasienter fra 2003 til 2005 ikke er større enn det som kan tilskrives årlige endringer uansett organisering av tjenesten. Det er et svakt fall for både dagbehandlede og døgnpasienter. Fallet skyldes først og fremst en nedgang i elektiv virksomhet. Akutte innleggelser er økt noe i perioden.

For polikliniske konsultasjoner er bildet noe annerledes. Fallet i aktivitet er på rundt 8 % skyldes først og fremst flyttingen av øre-nese-hals og øye fra SI Hamar, som ikke er blitt kompensert med en tilsvarende aktivitetsøkning ved de andre sykehusene. Samlingen av kirurgisk virksomhet ved SI Hamar og SI Gjøvik har også gitt et fall i den polikliniske aktiviteten for disse fagområdene.

7.3 Er det skjedd en endring i tilbudet til pasientene, avhengig av hvor de bor?

For gastroenterologisk kirurgi er det skjedd en aktivitetsøkning ved SI Hamar som i første rekke er kommet pasienter bosatt i Hedemark til gode. For pasienter bosatt i Oppland har reduksjonen i aktiviteten ved SI Lillehammer ikke blitt kompensert ved en aktivitetsøkning ved SI Gjøvik. Dette gjelder 250 øyeblikkelig innlagte pasienter og 200 elektivt innlagte pasienter. For elektive pasienter er dette nesten kompensert ved 150 flere dagbehandlinger ved de to sykehusene for pasienter bosatt i Oppland.

For kirurgisk DRG innen karkirurgi er bildet litt likt det for gastroenterologi. Reduksjonen i antall behandlede fra Oppland ved SI Lillehammer og SI Gjøvik, er ikke kompensert ved aktivitetsøkningen som er kommet ved SI Hamar. Tallene er ikke store, men utgjør i prosent rundt 18 % av hva som ble behandlet i 2003. Noe av dette er kompensert ved flere dagbehandlinger for pasienter bosatt i Oppland ved SI Hamar.

For de medisinske DRG innen kar vi har sett på her, er utviklingen veldig negativ for pasienter bosatt i Oppland. Antall elektivt innlagte pasienter er sunket fra 131 til 67. Antall lagt inn som øyeblikkelig hjelp med disse diagnosene falt fra 416 til 356. I begge tilfeller er 2003 og 2005 sammenlignet.

Innen ortopedien har ikke utviklingen vært noe forskjellig avhengig av om pasientene er bosatt i Oppland eller i Hedemark.

For urologi behandles det nå relativt flere pasienter bosatt i Oppland enn i Hedemark om vi ser på øyeblikkelig hjelp innlagte, mens det behandles noe færre pasienter elektivt fra Oppland enn fra Hedemark, når nivået i 2005 sammenlignes med nivået i 2003.

Innen øyefaget er reduksjonen i antallet dagbehandlede helt og fullt en reduksjon i antall dagbehandlede pasienter bosatt i Hedemark. Antallet inneliggende pasienter er veldig lite, men her har det vært en svak økning for pasienter fra Hedemark og et svakt fall for pasienter fra Oppland.

Økningen i antall elektivt innlagte pasienter innen øre-nese-hals er helt og fullt kommet pasienter bosatt i Hedemark til gode, og økningen skjedde fra 2004 til 2005.

Fallet i antall øyeblikkelig hjelp innlagte pasienter innen nevrologi gjelder pasienter bosatt i Hedemark. Det samme gjelder fallet inn elektivt innlagte pasienter. Som tidligere nevnt kompenseres dette noe ved at SI Elverum har satt i gang dagbehandling innen nevrologi, som eneste enhet.

Det er ikke tilgjengelig tall for hvor hvilket fylke de polikliniske pasientene kommer fra, men siden fallet i aktivitet her i første rekke skyldes at SI Elverum ikke har kompensert for bortfallet av disse spesialitetene ved SI Hamar, er det grunn til å tro at pasienter bosatt i Hedemark har fått føle nedgangen sterkest. Vi har ingen mulighet til å finne ut om dette er kompensert ved bruk av private klinikker i Hamarområdet.

7.3.1 Konklusjon for hvordan endringene har slått ut for pasienter bosatt i enten Hedemark eller Oppland

Det er ikke noe veldig tydelige bilde av om bosted har betydning noe. Det kan se ut som det er pasienter bosatt i Oppland som har fått merke de negative effektene omorganiseringen av gastroenterologisk kirurgi og karkirurgi, mens pasienter bosatt i Hedemark først og fremst har fått et svakere poliklinisk tilbud innen øre-nese-hals og øyefaget. Opplendingene har fått det beste ut av samlingen av urologi.

7.4 Hvordan har bruken av sykehus utenfor innlandet endret seg?

Vi har sett på om bruken av sykehus utenfor Sykehuset Innlandet har endret seg etter iverksetting av den siste funksjonsfordelingen. Det er blitt hevdet at pasientstrømmen både til St. Olav og til Ringerike har økt, ved siden av den mer tradisjonelle bruken av sykehusene i Osloområdet.

Vi har foretatt en generell vurdering av hvilken bruk det er av St. Olav hospital og Ringerike sykehus, for pasienter bosatt i Hedemark og Oppland. Det er 130-150 pasienter fra Oppland som benytter St. Olav, enten som dagpasienter eller inneliggende pasienter. Dette antallet har vært stabilt siden 2001. Det er totalt 6-700 døgn- og dagpasienter fra Hedemark ved St. Olavs hospital. Dette tallet har også vært veldig stabilt siden 2001, med en liten topp i 2003 og 2004. Ingen fra Hedemark benytter seg naturlig nok av Ringerike sykehus, mens det er omkring 16-1700 døgn og dagpasienter fra Oppland som bruker Ringerike. Dette antallet økte fra 2002 til 2003, og har så holdt seg konstant.

Bruken av sykehusene i Osloområdet har ikke endret seg vesentlig i perioden vi betrakter, unntatt for et fåtall av diagnosegruppene. Øyeblikkelig hjelp innleggelser med karkirurgisk diagnose har økt med nesten 40 %. Overføringen av pasienter med medisinsk kardiagnose har falt. Antallet slike pasienter har som tidligere vist også gått ned internt i Sykehuset Innlandet.

Elektivt innlagte øre-nese-hals pasienter har økt kraftig i 2005, sammenlignet med andre år. Dette faller ikke sammen med en reduksjon i antall behandlede i Sykehuset Innlandet, siden antallet behandlede pasienter med øre-nese-hals diagnose også har økt ved Sykehusets Innlandets egne avdelinger.

I 2004 var det en kraftig økning av elektivt innlagte nevrologiske pasienter i sykehusene i Osloområdet. Overføringen av slike pasienter gikk imidlertid tilbake til det normale nivået i 2005.

Tabell 5 Pasienter fra Hedemark og Oppland innlagt ved Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet /Radiumhospitalet HF, Aker Universitetssykehus HF og AHUS HF, 2001-2005

	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004	2005	2005
	Elektiv	Ø hjelp	Elektiv	Ø hjelp	Elektiv	Ø hjelp	Elektiv	Ø hjelp	Elektiv	Ø hjelp
HDG 6/7, gastroenterologisk kirurgi										
Dag	36	2	28	1	56	6	53	1	83	2
Døgn	278	164	307	169	296	212	307	170	338	163
HDG 5, karkirurgi										
Dag	38	0	75	0	93	3	44	1	43	0
Døgn	246	217	278	259	254	359	272	434	356	389
HDG 5 (medisinske drg) karkirurgi										
Dag	12	0	16	2	3	0	3	0	14	0
Døgn	145	41	114	50	48	35	67	17	57	19
HDG 8, ortopedi										
Dag	145	6	256	17	211	9	236	8	266	7
Døgn	577	174	529	130	529	152	605	179	569	176
HDG 12, urologi										
Dag	11	0	7	0	19	0	27	0	19	0
Døgn	56	10	32	11	47	7	59	15	52	12
HDG 2, øye										
Dag	146	0	180	2	180	2	91	2	154	0
Døgn	122	100	108	117	153	105	111	116	160	151
HDG 3, ønh										
Dag	94	1	84	0	115	0	122	2	475	2
Døgn	174	40	176	29	174	34	223	43	896	35
HDG 1, nevrologi										
Dag	47	2	95	6	144	5	84	1	55	4
Døgn	332	104	307	96	345	76	681	108	368	101

7.5 Utviklingen for ventelistepasienter og ventetider

Ventelistesituasjonen er vurdert i forhold til hvordan antallet avviklede pasienter på ventelistene har endret seg og utviklingen av deres gjennomsnittlige ventetid. Det er nødvendig å se på begge disse tallene. Tabellene under viser at økt ventetid kan falle sammen med økt aktivitet, og motsatt kan mindre aktivitet falle sammen med redusert ventetid. Dette kan skyldes at de som henviser pasienter responderer på en høyere aktivitet ved å henvise flere pasienter, og motsatt hvis erfaringen er at aktiviteten er synkende.

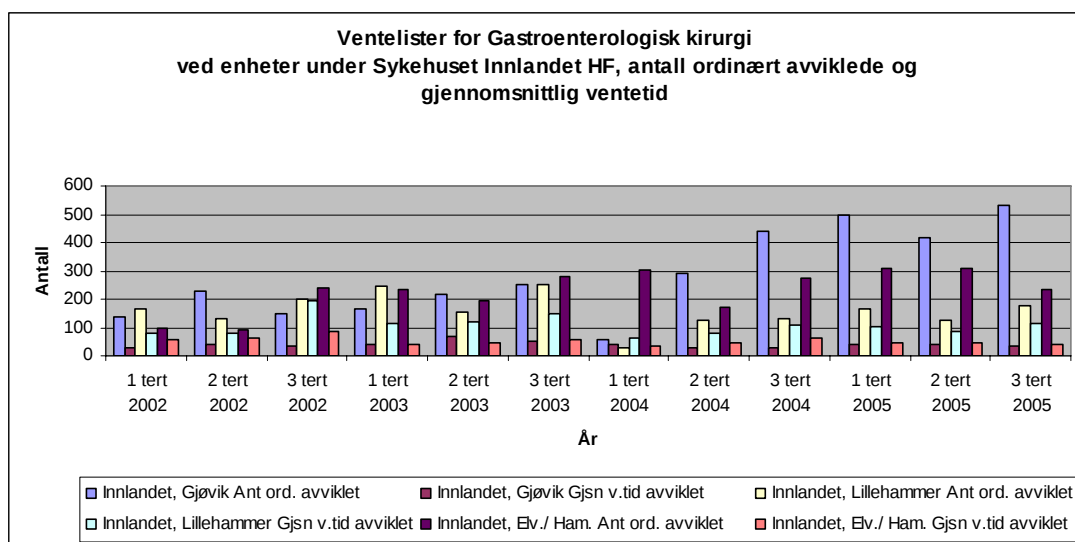
Tabell 6 oppsummerer hva figurene 1 – 7 viser. Sammenlignes gjennomsnittlig ventetid med situasjonen for Helse Øst området, ligger Sykehuset Innlandet HF høyt når det gjelder øre-nese-hals ventetid, men ellers noenlunde likt og helst noe bedre for de øvrige spesialitetene.

Tabell 6 Endringer i antall avviklede pasienter og deres gjennomsnittlige ventetid fra 3 tertial 2003 til 3 tertial 2005 og gjennomsnittlig ventetid for 3 tertial 2005

Spesialitet	Avviklede pasienter	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter	Gjennomsnittlig ventetid	Gjennomsnittlig ventetid for Helse Øst
Karkirurgi	+ 15 %	+ 22 %	67 dager	78 dager
Urologi	+ 1 %	- 36 %	81 dager	78 dager
Gastroenterologisk kirurgi	+ 21 %	- 40 %	52 dager	68 dager
Nevrologi	- 1 %	- 13 %	63 dager	79 Dager
ØNH	- 20 %	- 1 %	114 dager	81 dager
Øye	- 21 %	- 10 %	61 dager	74 dager

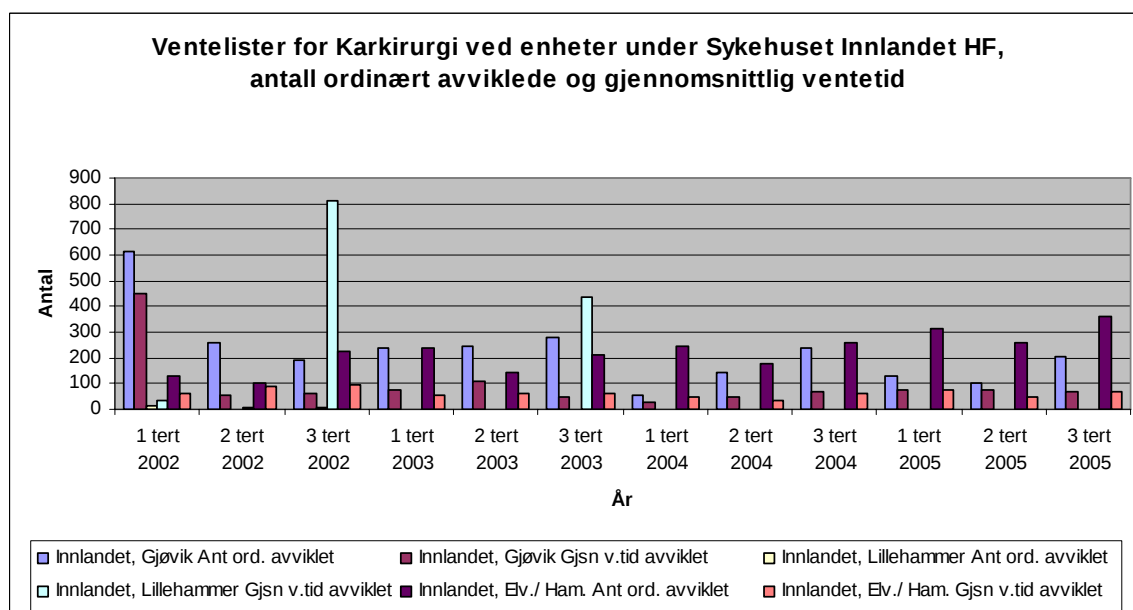
Avviklede ventelistepasienter innen gastroenterologisk kirurgi, steg fra 3dje tertial 2003 til 3dje tertial 2005 med 164, eller 21 %. Gjennomsnittlig ventetid falt fra litt over 80 til litt over 50 dager.

Figur 1 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for gastroenterologiske pasienter til Sykehuset Innlandet HF



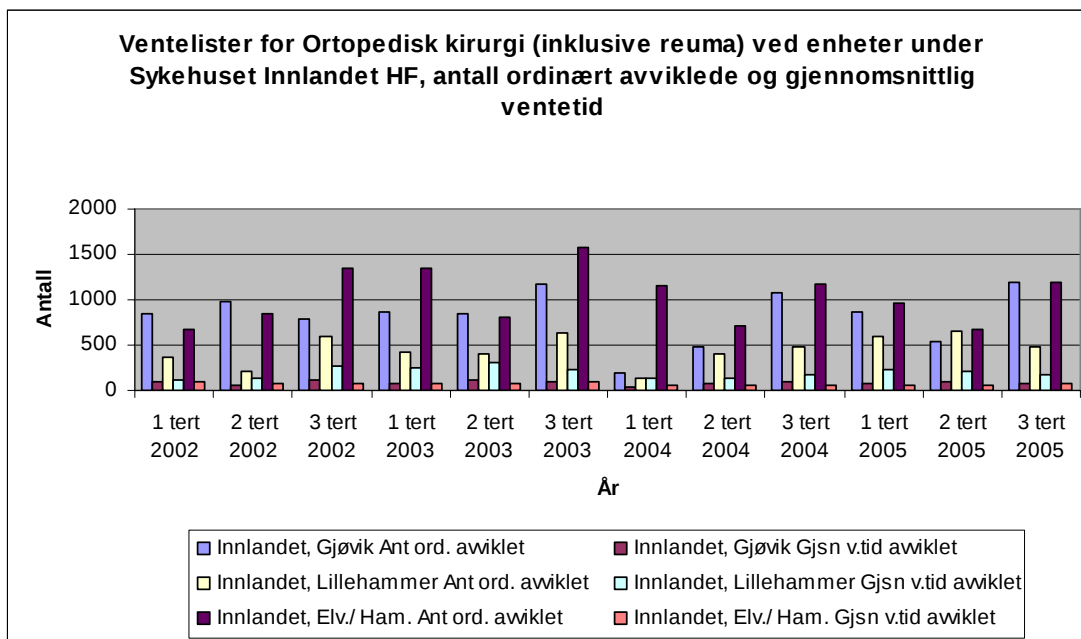
Avviklede ventelistepasienter innen karkirurgi falt fra 2003 til 2004, men har siden steget. I 3dje tertial 2005 er antallet steget med 75 pasienter, eller 15 %. Gjennomsnittlig ventetid har i hovedsak steget i perioden. Den var 55 dager 3dje tertial 2003, mens den er i underkant av 70 dager i 3dje tertial 2005.

Figur 2 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for karkirurgiske pasienter til Sykehuset Innlandet HF



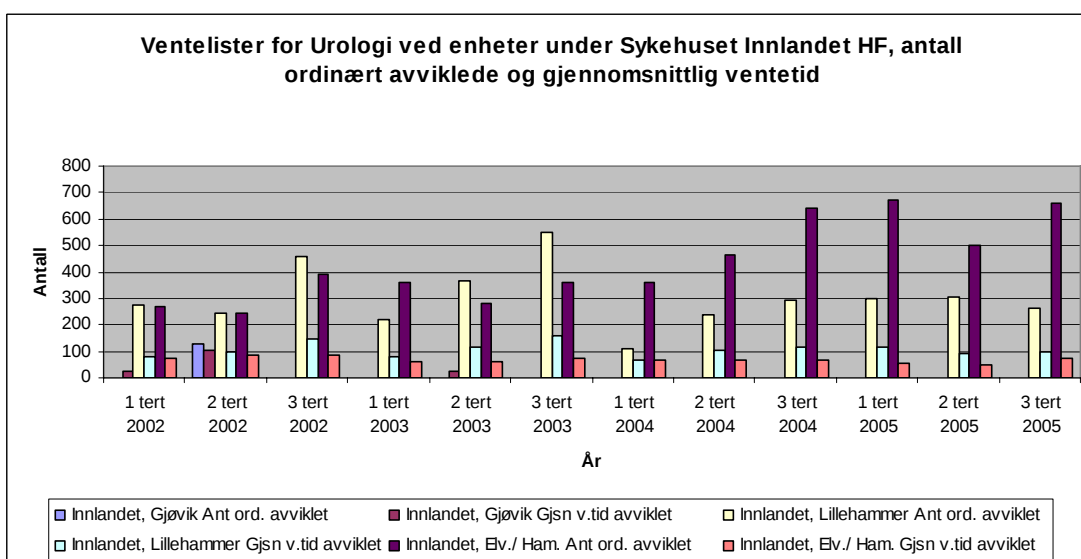
Avviklede ventelistepasienter innen ortopedi er redusert med nesten 500 pasienter eller nesten 15 % fra 3dje tertial 2003 til 3dje tertial 2005. Gjennomsnittlig ventetid er i samme periode sunket fra litt over 120 dager til litt over 90 dager.

Figur 3 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for ortopedi pasienter til Sykehuset Innlandet HF



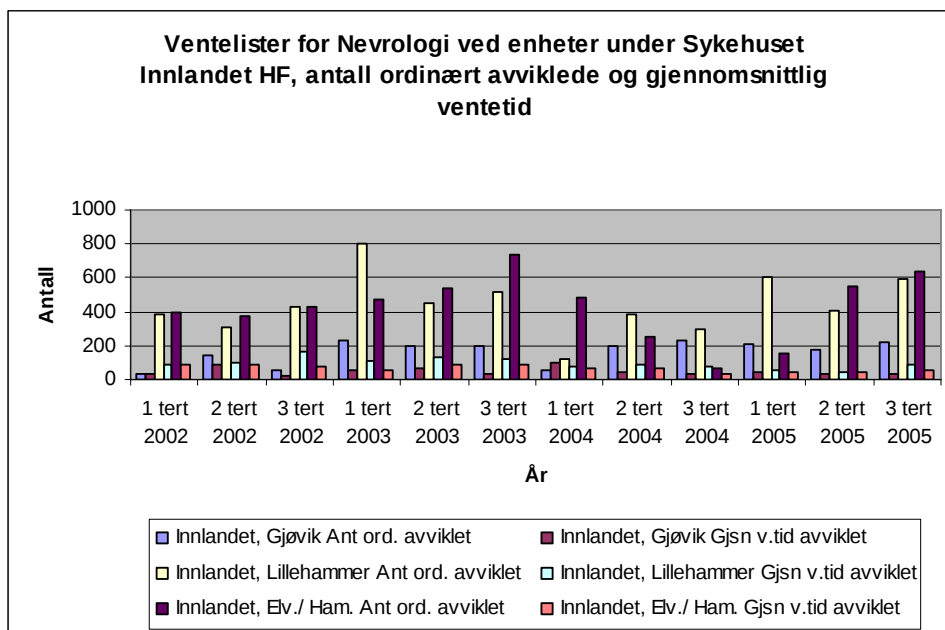
Antall avviklede ventelistepasienter innen urologi ble nesten halvert fra 2003 til 2004. Det samme ble gjennomsnittlig ventetid. Så har aktiviteten steget og ligger nå på samme nivå som ved utgangen av 2003. Gjennomsnittlig ventetid er nå på i overkant av 80 dager, mens den i 3dje tertial 2003 var nesten 130 dager.

Figur 4 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for urologipasienter til Sykehuset Innlandet HF



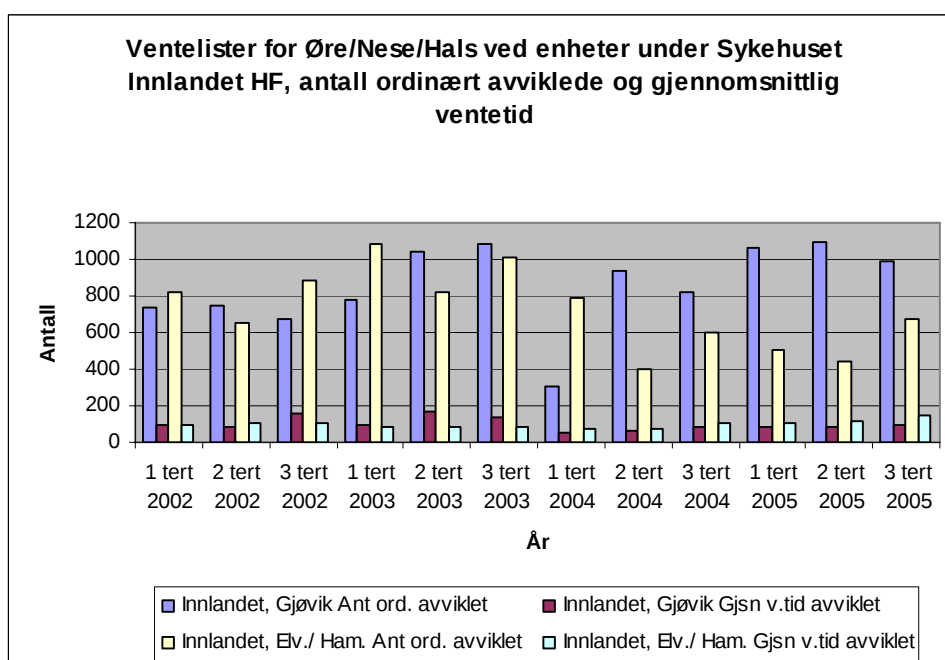
Nevrologi hadde en kraftig reduksjon i antall avviklede ventelistepasienter i begynnelsen av 2004. Aktiviteten har tatt seg opp, og ligger nå på 2003 nivå. Gjennomsnittlig ventetid falt fra i overkant av 90 dager til i overkant av 60 dager fra 2003 til 2004, og har holdt seg på rundt 60 dager siden.

Figur 5 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for nevrologi pasienter til Sykehuset Innlandet HF



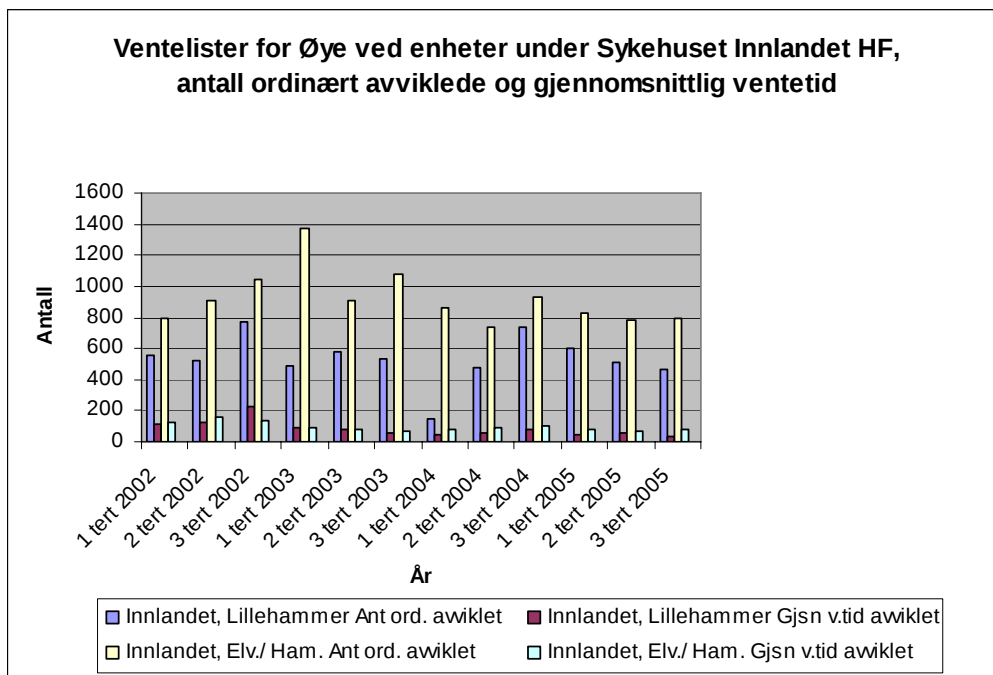
Utviklingen for øre-nese-hals spesialiteten siden 3dje tertial 2003 til 3dje tertial 2005 er et fall i antall avviklede ventelistepasienter og en ganske stabil ventetid på i overkant av 110 dager. Fallet i avviklede pasienter var spesielt stort i begynnelsen av 2004. Aktiviteten har tatt seg noe opp gjennom 2005.

Figur 6 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for øre-nese-hals pasienter til Sykehuset Innlandet HF



Utviklingen for øyespesialiteten siden 3dje tertial 2003 til 3dje tertial 2005 er et fall i antall avviklede ventelistepasienter og en stabil ventetid på like i overkant av 60 dager.

Figur 7 Antall avviklede ventelistepasienter og gjennomsnittlig ventetid for øyepasienter til Sykehuset Innlandet HF



8 Er behandlingskvaliteten endret?

Kvalitetsindikatorene for epikrisetid, korridorpasienter, infeksjoner og ventetid for tykktarmskreft, viser at enhetene som behandles i vår rapport, ligger bedre an enn landsgjennomsnittet når det gjelder epikrisetid. For infeksjoner ligger SI Gjøvik noe over landsgjennomsnittet, mens SI Hamar og SI Lillehammer ligger noe under. Ventetid for å komme til undersøkelse for tykktarmskreft er svært lang ved SI Gjøvik, mens den for SI Lillehammer og SI Hamar ligger noe under landsgjennomsnittet. Ventetid fra ferdig undersøkelse til operasjon er rundt ei uke kortere ved alle sykehusene i forhold til landsgjennomsnittet.

SI Elverum har ikke registrert noe på disse kvalitetsindikatorene.

8.1 Har det skjedd endringer i forholdet mellom innleggelse og dagbehandling, og mellom akutte og elektive innleggelser?

Oversiktene over aktiviteten som er vist tidligere i rapporten viser ingen klare utviklingstrekk i forhold til hvordan pasientene kommer inn i sykehuset og om de overnatter eller ikke. Forholdet mellom dag- og døgnpasienter og akutte og elektive pasienter er om lag den samme i 2005 som i 2003. Det er ingen tegn på at for eksempel bruk av dagbehandling har økt. Nevrologi har en andel dagbehandlede pasienter som er klart lavere enn gjennomsnittet for landet. Ved SI Lillehammer er så godt som alle pasientene registrert som innlagt.

På de områdene hvor det har vært noe økt aktivitet, synes det som det er andelen akutt innlagte pasienter som først og fremst har stått for aktivitetsøkningen.

9 Hvordan har vedtaket påvirket økonomiske forhold?

Føringen av regnskapet er noe endret de tre siste årene. Det er derfor ikke mulig å splitte opp regnskapet i de enkelte fagenheter på hvert av de fire sykehusene. Tabellen under er aggregert slik at det er mulig å sammenligne utgiftene fra det ene året til det andre. Veksten i de samlede lønnsutgifter var noe lavere fra 2004 til 2005 for enhetene som inngår i vår studie, sammenlignet med Sykehuset Innlandet HF samlet. Forskjellen utgjør 5-6 millioner kroner på årsbasis til fordel for "våre" enheter. Tabellen under viser at lønnsutgiftene gikk ned fra 2003 til 2004, så dette indikerer at det har vært et lavere lønnsforbruk etter at funksjonsendringene trådte i kraft. Det er øre-nese-hals og øye som står for dette mindreforbruket.

Utgifter til varekostnader har imidlertid økt kraftig. Innenfor denne utgiftsarten føres kjøp av innleide leger og sjukepleiere, en utgift som synes å ha steget fra 3-4 millioner kroner i 2003 til 18 millioner kroner i 2005. Denne økningen veier imidlertid ikke opp mindreforbruket på lønn og på de andre områdene.

Tabell 7 Regnskapstall for enhetene som vurderes ved Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik, tall i 1 000 kroner

	2003	2004	2005	% endring 2003-2005
NEVROLOGI				
VAREKOSTNADER	2.037	3.232	7.237	355,3 %
LØNNSKOSTNADER	31.038	35.028	37.235	120,0 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	766	1.817	1.148	149,9 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	203	466	275	135,5 %
SUM	34.044	40.543	45.895	134,8 %
KIRURGI				
VAREKOSTNADER	94.770	87.570	108.901	114,9 %
LØNNSKOSTNADER	356.033	344.005	366.049	102,8 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	9.270	13.404	7.661	82,6 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	1.916	2.299	5.962	311,2 %
SUM	461.989	447.278	488.573	105,8 %
ØNH				
VAREKOSTNADER	2.309	2.836	6.985	302,5 %
LØNNSKOSTNADER	36.300	37.399	36.668	101,0 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	3.026	2.833	688	22,7 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	-93	516	506	-544,1 %
SUM	41.542	43.584	44.847	108,0 %
ØYE				
VAREKOSTNADER	9.290	7.956	8.204	88,3 %
LØNNSKOSTNADER	30.322	25.751	26.875	88,6 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	771	1.082	701	90,9 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	112	402	307	274,1 %
SUM	40.495	35.191	36.087	89,1 %
SUM				
VAREKOSTNADER	108.406	101.594	131.327	121,1 %
LØNNSKOSTNADER	453.693	442.183	466.827	102,9 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	13.833	19.136	10.198	73,7 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	2.138	3.683	7.050	329,7 %
SUM ALLE ENHETER	578.070	566.596	615.402	106,5 %

Det er ikke stilt opp presise økonomiske krav som forutsetning for vedtaket om funksjonsfordeling, men det er et mål å få en mer effektiv drift. Med den tid som har vært til

rådighet og det tallgrunnlaget som har vært tilgjengelig innen en slik tidsramme, kan vi ikke konkludere på dette området. Hovedtallene indikerer likevel at utgiftene har økt svakere enn for Sykehuset Innlandet. Dette skyldes først og fremst utviklingen for øyespesialiteten, der vi tidligere har vist at det har vært et samlet fall i aktivitet.

Tabell 8 Regnskapsutviklingen for Sykehuset Innlandet HF 2003 – 2005, i 1 000 kroner

SYKEHUSET INNLANDET HF	2003	2004	2005	% endring 2003-2005
VAREKOSTNADER	458.047	531.800	729.726	159,3 %
LØNSKOSTNADER	2.802.105	2.907.329	3.069.517	109,5 %
ANNEN DRIFTSKOSTNAD	355.294	355.472	372.703	104,9 %
ANDRE DRIFTSKOSTNADER	614.467	632.353	564.332	91,8 %
SUM SYKEHUSET INNLANDET HF	4.229.913	4.426.954	4.736.278	112,0 %

Utgiftene til pasienttransport føres sentralt. Bruk av drosje økte fra 78,96 millioner kroner i 2004 til 115,60 millioner kroner i 2005. Hele denne økningen skyldtes imidlertid at foretakets finansieringsandel økte fra 50 % til 75 %.

Utgiftene til ambulansetransport økte fra 127,6 millioner kroner i 2004 til 156,15 millioner kroner i 2005. Noe av denne økningen skyldtes også nytt regelverk og avtaler med ambulansetjenesten. Utgiftøkningen til ambulansene er likevel stor.

I kapittel 12.2 vurderer vi om det er blitt lengre reisevei for pasienter etter funksjonsfordelingen. Fordi aktiviteten har falt noe innen noen spesialiteter, ser det ikke ut til at det transportlengden for pasientene samlet er vesentlig endret fra før funksjonsfordelingen. Aktiviteten er først og fremst økt innen den akutte tjenesten, og stemmer derfor overens med dette økonomiske bildet som synes å si at utgiftene til ambulansetjenesten er økt noe.

9.1 Vaktordninger, mer fagpersonell i aktivt arbeid?

Det var et mål for funksjonsendringene at en samling av spesialister skulle få til bedre vaktssystem der mer tid ble brukt til aktivt arbeid og mindre til ulike typer betalte beredskapsvakter. Vi har ikke fått fram data som kan benyttes til å sjekke dette er i tråd med den faktiske utviklingen.

9.2 Investeringer

Det ble totalt budsjettert 30 millioner til ombygginger og ekstraordinært vedlikehold i forbindelse med funksjonsfordelingen.

Lillehammer fikk 4,3 millioner kroner, Hamar og Elverum ca. 7,4 millioner kroner hver og Gjøvik fikk 11 millioner kroner.

10 Hvordan har vedtaket påvirket tilgangen på fagpersonell?

Vi har ikke sammenlignende tall for rekrutteringen av fagpersonell og oppfyllingen av stillingskvoter før og etter funksjonsfordelingen. Det er forsøkt samlet inn opplysninger om hvilke fagpersoner som har flyttet mellom enhetene etter funksjonsfordelingen og hvem som er rekruttert utenfra. Disse opplysningene har vi innefor de tidsrammene vi har hatt til disposisjon ikke klart å samle og systematisere, slik at de kan sammenlignes.

Når det i intervjurunden ble tatt opp problemer med rekruttering skyldtes det først og fremst at turnuskandidater nå hadde Innlandets enheter lengre ned på sin ønskeliste enn tidligere. Alle

sykehusene har de turnuskandidatene de skal ha. Det stor heller ikke systematisk ledige hjemler for assistentleger, men enkelte fag opplever at søkerlistene ikke er like lange som tidligere. Når det gjelder spesialister har det også før funksjonsfordelingen vært en del bruk av utenlandske spesialister, og den nye funksjonsfordelingen har bare vært i funksjon i knappe to år. Det er derfor vanskelig å være bastant på hva funksjonsfordelingen har betydd for rekruttering og fagutvikling.

Tabell 9 gir en tabellarisk oversikt over hvordan personellsituasjonen ble vurdert ved de enkelte enhetene.

Tabell 9 Oppsummering av hvordan de enkelte enhetene oppfattet at funksjonsfordelingen påvirket personellsituasjonen

	Lillehammer	Gjøvik	Hamar	Elverum
Nevrologi	Fått 2 nye overleger, en større pleiegruppe med nevrologisk kompetanse, en del vikarinneleie			Bare 1 overlege reelt i fast stilling, resten innleie. Bare ½ ass. Legestilling, mistet 2 nevrofysiologiske sykepleiere
Bløtdelskirurgien	Liten rekruttering, 2 overleger sluttet, mye vikarinneleie, 1 ass. Lege mindre enn tidligere, noen pleiere har sagt opp.	Bedret rekrutteringen. Fått 3 nye overlegestillinger.	Lettere å rekruttere. Avgitt 3,5 overleger øye og 2 ønh overleger. Redusert antall pleiestillinger kraftig. Fått tilført 5 overleger og 3 ass. leger. Rekruttert 1 urolog utenfra Sykehuset Innlandet. Ellers er overlegene kommet fra SI.	
Ortopedi		Noen pleiestillinger omplassert eller tatt ved naturlig avgang. Overlegene fått betydelig lønnsreduksjon. Ingen turn over på pleiesiden.		Ingen rekrutteringsproblemer Fått 1 overlege fra Gjøvik. 1 overlege kommer fra Sverige.
ØNH		Rekruttering vanskelig. Stort sykefravær. ¾ operasjonssykepleier overført til Hamar. 1 overlege sluttet og 1 ble værende på Hamar.		2 overlegestillinger overført fra Hamar. Resten til Elverum.
Øye	1 sykepleier omplassert og 3 redusert med naturlig avgang			Rekrutterer bedre nå. 19 søkere til 1 fast stilling og 12 søkere til 2 vikariater.
Anestesi	Må øke kveldsbemanning grunnet mer akutt ortopedi. Mistet 5,25 pleiestillinger, 4,7 av 7 overlegestillinger besatt. Alle ass. Leger besatt	Intensiv økt grunnet mer gastroenterologisk kirurgi. Ingen endringer i personell. Rekrutteringen vanskeligere.	Økt aktiviteten med 20 %. Fikk tilført 4,5 stillinger. Fått overført 1 sykepleiestilling fra Lillehammer	
Andre spesialiteter	Overtakelsen av overtallige pleiere fra gastroenterologisk kirurgi førte til et opplæringsbehov for medisin.			

Inntrykket er at det er nokså variabelt hvordan rekrutteringen av spesialister og sykepleiere har gått. ØNH ved Gjøvik ble utpekt som hovedsenter, samtidig som to av deres spesialister valgte å skifte arbeidssted. Dette var nok delvis en følge av funksjonsfordelingen, men hadde også andre elementer i seg. Aktiviteten ved enheten har økt, slik at belastningen har blitt vesentlig større enn tidligere. Ved Hamar har de fått urologer og karkirurger fra de øvrige enhetene slik at de har kunnet sette opp en akseptabel vaktordning. En vaktordning som også tillater at enkelte er deler av uka ved sitt gamle sykehus, og derfor ikke får så mye større reisebelastning.

Turnuskandidater hadde tidligere spesielt hadde SI Gjøvik og SI Lillehammer høyt oppe på sin ønskeliste. Det har de ikke lenger. Årsaken er nok at tjenesten nå må deles mellom de to stedene, og at det har vært mye uro i forbindelse med omorganiseringen. En tilsvarende situasjon ble ikke rapportert for Hamar og Elverum.

Vi har heller ikke handfaste tall for at det er blitt verre enn tidligere å rekruttere assistentleger, men dette blir hevdet, også av ansatte som ser positive elementer i funksjonsfordelingsvedtaket. Årsaken til denne rekrutteringsbristen hevdes da å være uro og usikkerhet for hva det enkelte sykehus får av oppgaver i framtida, mer enn selve vedtaket om funksjonsfordeling.

11 Hvordan har organisasjonen bidratt til at vedtaket om funksjonsfordeling har blitt gjennomført?

11.1 Sykehuset Innlandet HF dekker to fylker med store avstander

I Norge har vi nå flere foretak som består av atskilte enheter som tidligere var frittstående sykehus. Det er imidlertid bare Helse Finnmark HF og Sykehuset Innlandet HF som dekker så store avstander. Siden befolkningen i Hedemark og Oppland er vesentlig større enn befolkningen i Finnmark, har Sykehuset Innlandet en utfordring ingen andre foretak har. Selve organiseringen av Sykehuset Innlandet er ingen del av vedtaket om funksjonsfordeling, men etter intervjurunden er det vår oppfatning at gjennomføringen av vedtaket er sterkt knyttet opp til hvordan sykehusets organisasjon fungerer og oppleves.

For å få mer håndterbare organisatoriske enheter, er Sykehuset Innlandet HF delt opp i divisjoner som igjen er delt opp i avdelinger. Avdelingene dekker i noen tilfelle flere sykehus.

11.2 Er det en oppfatning av at sykehuset Innlandet er ett sykehus?

Øre-nese-hals, Øye og nevrologi er alle avdelinger med seksjoner på to sykehus, der avdelingslederen deler sin tid mellom sykehusene. Øre-nese-hals, Øye, ortopedi, karkirurgi, urologi og gastroenterologisk kirurgi inngår i kirurgisk divisjon. Nevrologi inngår i indremedisinsk divisjon. Karkirurgi, gastroenterologisk kirurgi og urologi er seksjoner i en kirurgisk avdeling ved SI Hamar. Gastroenterologisk kirurgi og ortopedi ved Lillehammer og Gjøvik inngår i hver sin kirurgiske avdeling for det enkelte sykehus. Ortopedien ved Elverum er egen avdeling. De "gamle" sykehusene Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum er ikke lenger noen organisatorisk enhet og har ingen samlende ledelse på stedet.

Gjennom intervjurundene med ansatte fra sykehusene og kommunehelsetjenesten kommer det fram at seksjonene ved hvert enkelt sykehus sees på, både av omverdenen og av de sykehusansatte selv, som atskilte fra seksjoner i samme avdeling og divisjon med en annen geografisk plassering. En søknad om innleggelse ved gastroenterologisk seksjon ved Lillehammer vurderes utelukkende av denne enheten. Hvis den avvises kan da fastlegen søke om å få sin pasient inn ved Gjøvik i stedet.

De fleste pasienter henvises til sitt nærmeste sykehus med en spesialitet som stemmer med hva pasienten lider av. Ingen hadde noe ønske om at denne direkte kontakten ble endret. Ved kapasitetsproblemer og for pasienter der situasjonen var uklar, ønsket spesielt fastlegene at Sykehuset Innlandets organisasjon tok et større ansvar når det gjaldt å få pasienten dit den raskest kunne få riktig hjelp. Like spesialiteter tilhørende ulike seksjoner innen den samme avdelingen samarbeider ikke på en systematisk måte for å optimalisere tilbudet innen sin spesialitet. Divisjonen virket for fjern til å kunne bidra til en bedre samordning.

De fire sykehusene er ikke lenger fire organisatoriske enheter, men bygg som huser ulike avdelinger tilhørende ulike divisjoner. De fleste sykehus erfarer situasjoner der en seksjon kan ha ledig kapasitet, mens en annen har overbelegg. I slike situasjoner er det ofte vanskelig å få til samarbeid. Nåværende organisasjon for Sykehuset Innlandet HF har i for liten grad maktet å fremme et mer smidig samarbeid mellom seksjoner og avdelinger.

Med den funksjonsfordelingen som er iverksatt, vil det ved enkelte sykehus bare være tilbud på dagtid eller på hverdager. Det ble rapportert om enkelthendelser der pasienter ble sendt til et annet sykehus i helga, framfor å bli lagt inn ved en enhet på sitt opprinnelige sykehus for disse helgedagene. Det kan være sterke faglige grunner for en slik overførsel, men det kan også være avledet av mangelen på en ledelse på det enkelte geografiske sted som kan foreta en helhetlig vurdering av de stedlige ressurser og kompetanse.

12 Situasjonen for Sykehuset Innlandet

12.1 Befolkningsmengde og avstander

Som tidligere nevnt er Sykehuset Innlandet HF det foretaket i Norge som har ansvaret for flest mennesker innenfor et stort geografisk område. Mulighetene for organisering av tjenester blir påvirket av dette. Antall mennesker i ansvarsområdet til det enkelte sykehus avgjør hvor bredt tjenestetilbud det er mulig å gi. Hvor mye avstandene øker for pasienten om behandlingen flytter fra et sykehus til et annet har betydning for hvor lett det er å få til en slik funksjonsdeling.

Tabell 10 viser at det er flest mennesker som har SI Gjøvik som sitt nærmeste sykehus, nemlig 98 644, mens SI Elverum har færrest med 44 051. SI Lillehammer og SI Gjøvik har til sammen ansvaret for en befolkning på 186 000 mennesker, mens antallet som har SI Hamar og SI Elverum som sitt nærmeste sykehus er 126 000. De pasientene som har lengst reisevei sogner til Lillehammer og Gjøvik. Disse bor øverst i Gudbrandsdalen og Valdres og vil alltid være i ytterkant av tjenestetilbudet til Sykehuset Innlandet, uansett hvilken funksjonsfordeling som velges.

Tabell 10 Avstanden befolkningen har til sitt nærmeste sykehus og antallet for denne befolkningen

	Lillehammer	Hamar	Gjøvik	Elverum
Reiseavstand	Befolkning	Befolkning	Befolkning	Befolkning
Under 1 mil	22.657	34.270	21.653	14.400
1 - 3 mil	14.959	33.368	37.932	9.390
3 - 5 mil	5.862	2.830	13.780	11.684
5 - 10 mil	16.299	1.587	19.773	7.950
10 - 20 mil	18.196		5506	628
Over 20 mil	112			
Totalt	78.085	72.054	98.644	44.051
Lengste avstand	22.5 mil	5.9 mi	17.9 mil	13.5 mil

Tabell 11 viser hva som skjer med reiseavstanden om en funksjon blir flyttet fra et sykehus til et annet. Den viser at befolkningen som har Elverum som sitt nærmeste sykehus i gjennomsnitt har 3 mil til sykehuset. Hvis de samme pasientene sendes til Hamar, øker reiselengden med 2,6 mil, mens den øker til 6,9 mil hvis pasienten sendes til Gjøvik.

Når gjennomsnittlig reisavstand er 4 km lenger hvis en pasient flyttes fra Gjøvik til Hamar, enn om den flytter fra Hamar til Gjøvik, skyldes at tyngdepunktet av befolkningen med Hamar som nærmeste sykehus ligger i Ringsaker, mens tyngdepunktet for de som har Gjøvik som sitt nærmeste sykehus ligger på sør- og østsida av Gjøvik.

Tabellen viser at ved flytting av funksjoner mellom sykehus kan reiseavstanden i gjennomsnitt øke med fra like over 2 mil til like under 8 mil.

Tabell 11 Ekstra reiseavstand hvis behandlingen ikke kan gis ved det nærmeste sykehuset

Avstand i meter, gjennomsnittlig avstand til sykehuset avhengig av hvilke av de fire enhetene pasienten har kortest avstand til				
Befolkning	Elverum-Lillehammer	Elverum-Hamar	Elverum-Gjøvik	Elverum
44.051	76.707	26.299	68.930	30.012

Befolkning	Lillehammer-Hamar	Lillehammer-Gjøvik	Lillehammer-Elverum	Lillehammer
78.085	51.129	36.369	76.952	54.979

Befolkning	Hamar-Lillehammer	Hamar-Gjøvik	Hamar-Elverum	Hamar
72.054	46.599	36.042	23.430	12.103

Befolkning	Gjøvik-Lillehammer	Gjøvik-Hamar	Gjøvik-Elverum	Gjøvik
98.644	33.171	40.091	66.397	34.278

I tabell 12 viser vi hvordan den gjennomsnittlige reiseavstanden vil øke om en tjeneste blir samlet ved ett av de fire sykehusene. Avstandene øker mest om tjenesten samles på Elverum og minst om den samles på Hamar.

Tabell 12 Hva reiseavstanden ville økt med i gjennomsnitt om en tjeneste ble samlet ved ett av de fire sykehusene

Sykehus	meter
Til Lillehammer	156.477
Til Gjøvik	141.341
Til Hamar	117.519
Til Elverum	166.779

12.2 Hvordan er situasjonen sammenlignet med andre områder av landet?

Sammenligninger vi befolkningsunderlaget for landets sykehus ellers med situasjonen i Innlandet, finner vi at det er 5 sykehus som har et nærområde med over 200 000 innbyggere. Det er Ullevål, AHUS, Stavanger, Haukeland og St. Olav.

Sykehusene som har et nærområde på omkring 100 000 mennesker er Telemark, Kristiansand, Haugesund, Ålesund, Tromsø og Asker og Bærum.

Sykehus med et nærområde fra 70 – 90 000 mennesker er Vestfold, Arendal og Bodø.

Sykehuset Vestfold HF, Nordlandssykehuset i Bodø og Sykehuset Sørlandet i Kristiansand har alle ansvar for en befolkning som også sogner til et mer lokalsykehuslignende foretak eller mindre enheter av det samme foretaket. Alle de fire sykehusene som inngår i denne evalueringen har derfor et befolkningsunderlag som gruppen med det laveste nærområde av de over. Både Sykehuset Vestfold, Sykehuset Sørlandet og Nordlandssykehuset er inne i en prosess der de vurderer hvordan de skal kunne opprettholde et godt og framtidsrettet tilbud ved å etablere gode funksjonsfordelinger med andre enheter innen foretaket. Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark vurderer også hvordan deres sykehus med et forholdsvis godt befolkningsgrunnlag kan samarbeide.

12.3 Endret reisavstand og kostnad som følge av funksjonsendringene

Med kunnskap om den gjennomsnittlige avstanden for befolkningen som har et av de fire sykehusene som sitt nærmeste sykehus, har vi gjort et anslag for hvordan antall reiste km til sykehusbehandling har endret seg fra 2003 til 2005. Før vedtaket om funksjonsendring ble vedtatt analyserte Sykehuset Innlandet HF de mulige konsekvensene av dette. For de kirurgiske pasientene anslo de at økt reiseavstand ville bli 61 380 km, mens det for nevrologiske pasienter ville bli 44 208 km. Kirurgi omfatter da gastroenterologi, kar, urologi og ortopedi. I denne vurderingen ble det bare sett på konsekvensene for døgnpasienter.

Når vi ser på de faktiske endringene finner vi at summen for kirurgi har vært svakt negativ. Det vil si at det reises litt mindre i dag enn i 2003. Årsaken er nedgangen i pasienter med gastroenterologiske kirurgiske diagnoser ved Lillehammer ikke er veid opp av den svake økningen ved Gjøvik.

For nevrologi finner vi at det opprinnelige anslaget ligger noenlunde på samme nivå som vår beregning viser, når vi tar hensyn til at det i våre tall også inngår dagpasienter.

Samlet viser vår beregning at det ble reist 41 601 km mer i 2005 enn i 2003.

Tabell 13 Endring i antall km reiseavstand for pasienter i 2005 i forhold til i 2003, døgn- og dagpasienter

Sykehus	Bosted	Gastro kirurgi	Kar kirurgi	Kar medisin	Urologi	Ortopedi	Nevrologi	Øye	ØNH	SUM
SI Gjøvik	Oppland	41.140	-8.228	-5.440	-4.488	-67.320	-18.156	170	9.175	53.147
SI Gjøvik	Hedmark	7.154	-1.058	-151	705	-3.287	97			3.460
SI Lillehammer	Oppland	-97.460				64.416	-402	-9.815	0	43.261
SI Lillehammer	Hedmark	-10.637	-239	179	120	12.362	93.735			95.520
SI Elverum	Oppland					-7.088	2.410			-4.678
SI Elverum	Hedmark					2.392	-18.632	20.268	6.670	29.837
SI Hamar	Oppland	5.295	10.097	3.680	48.375					67.447
SI Hamar	Hedmark	3.873	18	18	2.188			0	0	6.097
Sum		-50.635	590	-1.714	46.900	1.476	59.051	29.913	15.845	41.601

Tabell 14 gir et liknende anslag for polikliniske pasienter. Her viser anslaget en nedgang i reiste km. Årsaken er en generell nedgang i antall polikliniske konsultasjoner siden 2003, spesielt innen kirurgi ved Gjøvik, øye ved Lillehammer og Hamar og ønh ved Hamar. For poliklinikk har vi ikke kunnskap om pasientenes hjemstedsfylke, og det er ikke registrert på de ulike fag innen kirurgi. I beregningene har vi lagt til grunn at den relative fordelingen mellom pasienter fra Oppland og Hedemark er som for innlagte.

Tabell 14 Endringer i antall km reiseavstand for pasienter i 2005 i forhold til i 2003, polikliniske pasienter

Sykehus	Kirurgi	Nevrologi	Øye	ØNH	SUM
SI Gjøvik	-216.852			52.609	-164.243
SI Lillehammer	89.980	57.754	-101.113	-3.780	42.841
SI Elverum	126.368	25.016	42.408	28.323	222.115
SI Hamar	-73.768	4.489	-92.784	-79.333	-241.396
	-74.272	87.259	-151.489	-2.181	-140.683

Sees endringen i reiste km for døgn og dagpasienter og polikliniske pasienter samlet, kan det se ut til at antallet reiste km har gått litt ned. Årsaken er en lavere aktivitet.

Vi vil understreke at tallene som presenteres over er anslag som blant annet forutsetter at pasienter benytter seg like mye av spesialisthelsetjenestene uansett hvor i fylkene de bor.

I kapittel 9 om økonomi har vi drøftet hvordan de regnskapsførte kostnadene til pasienttransport har utviklet seg. Den viser en økning for ambulansetjenesten, men ikke for bruk av drosje.

13 Vurdering av måloppnåelsen

13.1 Tilgjengelighet, kvalitet og service

Gastroenterologisk kirurgi ved SI Hamar viste til en markert reduksjon av tilbakefall ved operasjoner for endetarmskreft. Dette skyldes antagelig mer en nasjonal endring av behandlingsmetodikk enn samlingen av gastroenterologisk akuttkirurgi på to steder. Ut over dette er det ikke funnet tydelige endringer knyttet til kvaliteten ved behandlingen, før og etter iverksettelsen av funksjonsfordelingen.

Aktiviteten har ikke endret seg på noen markant måte, når området sees under ett. Det er heller ikke mulig å spore at pasienter bosatt i Hedemark har fått en endring i sin bruk av tjenester i forhold til pasienter bosatt i Oppland. Hvis økt tilgjengelighet skal gjenspeiles i at flere får behandling, er ikke dette målet nådd.

Det finnes enkelthistorier der pasienter har fått for dårlig service, men dette har ikke slått ut på antall klager. Det er færre klager til fylkeslegen i 2005 enn i 2004.

En konklusjon vil være at det ikke er dokumentert et bedre resultat en tidligere for tilgjengelighet, kvalitet og service. Der det er mulig å måle har det vært et noe dårligere resultat, men endringene har ikke vært store og slett ikke dramatiske.

13.2 Robuste fagmiljø

Samlingen av de mindre bløtdelskirurgiske fagene urologi og karkirurgi har gitt disse en mulighet til å danne fagmiljøer som er mer robuste og gir et bedre grunnlag for rekruttering. Innvendingene mot dette tiltaket er ikke først og fremst tiltaket i seg selv, men at spesielt de indremedisinske enhetene har mistet nærheten til en tjeneste de tidligere hadde. Det er vanskelig å vurdere om fordelene for de kirurgiske miljøene på kort sikt oppveier ulempene for indremedisinerne uten slik fagekspertise hos seg.

Når det gjelder gastroenterologisk kirurgi var det allerede før den siste funksjonsfordelingen en felles enhet for Hedemark ved SI Hamar. Det er mer uklart om funksjonsfordelingen mellom SI Lillehammer og SI Gjøvik har ført til et mer robust fagmiljø for denne spesialiteten.

Det er videre vanskelig å se at funksjonsfordelingen har endret de faglige rammebetingelsene for øyespesialiteten og øre-nese-hals spesialiteten. For øre-nese-hals er det dessuten foretatt en endring til noe som langt på vei er situasjonen før funksjonsendringsvedtaket.

Innen ortopedi er det bare skjedd en endring mellom SI Lillehammer og SI Gjøvik. Økingen i antall øyeblikkelig hjelp pasienter har påvirket dette sterkt. Dagens situasjon preges av at begge enhetene er faglig misfornøyd. Den ene fordi aktiviteten strengt tatt er for lav og at de mister kompetanse innen akutt ortopedi. Den andre fordi akutte innleggelser tar all tid og de får ikke utviklet sin kompetanse innen det elektive området. Begge steder lider den faglige utviklingen.

Etableringen av et hovedsenter for nevrologi ved Lillehammer har antagelig sikret at Sykehuset Innlandet klarer å opprettholde en nevrologisk enhet som kan utvikle seg videre. Utfordringen er hvordan den nevrologiske tjenesten ved de øvrige sykehusene skal ivaretas, og da spesielt ved Elverum. Det er behov for tjenesten ved de øvrige sykehus og det er en utfordring å sørge for at erfarne fagmennsker får en rimelig posisjon i forhold til den sentrale enheten.

På kort sikt har funksjonsendringene bedret situasjonen for karkirurgien, urologien og nevrologien. For de øvrige spesialitetene synes vedtaket om funksjonsfordelingen å ha styrket fagmiljøene. Problemene innen ortopedien er etter vår vurdering mer et uttrykk for et kapasitetsproblem enn funksjonsfordelingen i seg selv. Utfordringene for øre-nese-hals er også av en karakter som kan oppstå uavhengig av vedtaket i seg selv.

13.3 En sunn og bærekraftig økonomi og økt produktivitet

Det kan spores en mindre relativ forbedring for utgifter til lønn og løpende drift ved de enhetene som omfattes av funksjonsfordelingen, sammenlignet med Sykehuset Innlandet HF som helhet. Utgiftene til pasienttransport har imidlertid økt vesentlig mer. Det kan være at noe av denne økningen skyldes en mindre aktivitetsøkning fra 2004 til 2005 og en lavere terskel for bruk av slik transport enn tidligere.

Aktiviteten er ikke økt. Sammenlignet med 2003 har den vært stabil eller falt svakt.

Innenfor dette korte tidsrommet vi har kunnet vurdere er det da foreløpig ingen tegn til at funksjonsfordelingen har ført til bedret produktivitet.

14 Sintef sin vurdering av funksjonsfordelingen

14.1 Hierarki opp mot likhet?

Det er et overveiende ønske både blant fagmenneskene i Sykehuset Innlandet HF, blant fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten, fylkesleger og pasientombud om å samle fagfolk innen mindre spesialiteter for å befeste gode og sikre vaktordninger og fagmiljøer som kan utvikle seg i tråd med utviklingen som finner sted innen medisinen. Sykehuset Innlandet har valgt dette ved å spre slike miljøer mellom de enkelte enhetene. Etter foretaksreformen har begrep som lokal – sentral- og regionsykehus til en viss grad blitt borte, og de enkelte foretak kan romme flere av disse nivåene. Sykehuset Innlandet HF rommer kanskje bare ett tydelig lokalsykehus, mens de fem øvrige alle en gang hadde ambisjoner om å være sentralsykehus. Når framtidige løsninger

velges tror vi Sykehuset Innlandet HF tydeligere må avgjøre om de vil bygge et hierarki av sykehus eller fortsatt etterstrebe en flat modell.

Selv om alle vi har intervjuet ønsker å ha "sentralsykehuset" i nærheten av seg, er anbefalingene ganske entydige på at det må arbeides fram en mer hierarkisk struktur enn i dag. Sykehuset Innlandet HF har tilgang på et forholdsvis bredt spekter av spesialiteter som man ønsker å benytte seg av, men som i dag er spredd på en uhensiktsmessig måte.

14.2 Etableringen av en enhet for akutte og sammensatte lidelser

Vi tar ikke standpunkt til antall og plassering av en enhet som kan vurdere og behandle akutte og sammensatte lidelser og som er det tilbudet Sykehuset Innlandet HF kan gi slike pasienter som ikke trenger å overføres til et sykehus i Osloområdet eller til St. Olavs Hospital. Det bør imidlertid være minst ett slikt tilbud ved Sykehuset Innlandet HF, på ett geografisk sted.

14.3 Er noen fagområder viktigere enn andre?

Det synes som man i vedtaket om funksjonsfordelingen har lagt for liten vekt på de indremedisinske fagene. Over 70 % av inneliggende i Sykehuset Innlandet HF har en medisinsk diagnose, mens 56 % av dagpasientene har en slik diagnose. Organiseringen av de kirurgiske fagene påvirker den medisinske virksomheten, noe vedtaket om funksjonsfordeling i for liten grad har tatt hensyn til.

Den gjennomførte organiseringen har dessuten på noen viktige punkter ikke fulgt opp faglige anbefalinger. Karkirurgi er plassert ved et sykehus uten MR og uten nefrologisk kompetanse. Urologien er ikke plassert sammen med gynekologi og et patologisk miljø. Medisinsk avdeling ved SI Hamar dekker gastroenterologisk medisin og endokrinologi, mens det ikke virker å være tilfelle ved SI Gjøvik. Spesialist i fordøyelsessykdommer finnes ved SI Lillehammer.

Hensynet til en geografisk rettferdighet synes derfor å ha fått overprøve faglige hensyn i en viss grad.

14.4 Usikkerheten

Viktigere kanskje enn selve plasseringen av funksjoner, er uroen og usikkerheten det har skapt og fortsatt skaper. Med et så stort geografisk ansvarsområde og med så mange godt etablerte sykehus som det er i det samlede Sykehuset Innlandet HF, er det en stor utfordring å gjennomføre endringer som involverer alle sykehusene. Oppgaven blir ikke lettere av at overordnet politisk myndighet har gjort det klart at ingen lokale tilbud må legges ned av økonomiske årsaker.

Det videre arbeidet med å finne gode løsninger for hvor funksjoner skal plasseres i Sykehuset Innlandet bør derfor ha god faglig støtte. Da er det viktig at hensynet til de store medisinske pasientgruppene er vurdert og evaluert før nye endringer iverksettes.

For å redusere usikkerhet bør også framtidige endringer ha karakter av å være en utvikling som er på vei til et sluttmaal. Den funksjonsfordelingen som er gjennomført oppfattes mer som en endring som løser opp tidligere strukturer enn å vise vei mot et nytt og realistisk mål.

Vi vil også påpeke at ingen av våre funn har avdekket systematiske svakheter som krever umiddelbare tiltak. Derfor er det viktigere at framtidige endringer er godt faglig fundert med nødvendig faglig støtte, enn at det foretas raske revurderinger av eksisterende funksjonsfordeling.

14.5 En organisasjon for endring

Gjennomføring av strukturendringer krever en organisasjon som kan støtte opp under dette arbeidet. Intensjonen med å divisjonalisere Sykehuset Innlandet HF har ganske sikkert vært å få mer oppmerksomhet rundt faget i hele det store området, enn ved den enkelte sykehusenhet. Dette har inntil videre ikke fungert tilfredsstillende. En god organisasjon avhenger ikke bare av den etablerte strukturen, men også av de personer som er involvert. Den påvirkes også av små og store problemer som ikke nødvendigvis er knyttet til selve organisasjonsmodellen, men som må tas alvorlig. For Sykehuset Innlandet HF vil et slikt praktisk problem være reisetid. Det er ikke bare tidsbruken som spiller inn. Ledelse må utøves annerledes overfor en enhet som er 7 mil borte enn når ledelsen er plassert på samme sted som de som skal ledes. Det lå ikke i mandatet vårt å se på organisasjonen, og vi har heller ikke hatt tid til å gå inn i dette viktige og kompliserte området. Intervjurunden avdekket imidlertid et stort behov for å få til en mer sammenhengende og smidig organisasjon.

14.6 Forholdet til kommunehelsetjenesten

Fastlegene er og skal være portvakten inn til spesialisthelsetjenesten. Selv om spesialisthelsetjenesten er foretakets ansvar er det en svakhet at arbeidet forut for vedtaket om funksjonsfordeling ikke i større grad trakk fastleger og kommunehelsetjeneste inn i arbeidet.

Intervjurunden med fastlegene viste at disse i mindre grad enn forventet var opptatt av plasseringen av tilbudet. Deres hovedanliggende var at behandlingen var god der pasienten ble henvist og at det var tydelig hvor ansvaret lå innenfor spesialisthelsetjenesten.

14.7 Konklusjon

Etter vår vurdering har vedtaket om funksjonsfordeling ikke ført til en omfattende og unødvendig sending av pasienter mellom Sykehusets Innlandets enheter. I de fleste tilfellene vet de som henviser hvor pasientene skal. En økt lekkasje ut av området til sykehus Oslo området eller i Trondheim har heller ikke skjedd. Vi har derfor ikke avdekket noen store avvik i forhold til hva som oppfattes som god medisinsk behandling som krever umiddelbare tiltak.

Vi har imidlertid heller ikke kunne spore noen tydelige forbedringer av det allerede eksisterende tilbudet, som følge av funksjonsfordelingen. Samlet sett har aktiviteten gått noe ned. Som en følge av dette har også det økonomiske forbruket steget svakere enn for de øvrige delene av Sykehuset Innlandet HF. Ønske om å legge forholdene til rette for et mer robust fagmiljø er oppnådd for enkelte spesialiteter, men på litt lengre sikt synes det som dagens plassering av funksjoner kan virke mer negativt på flere spesialiteter.

15 Vedlegg

Vedlegg 1

Mandat for evaluering av endring av funksjons- og oppgavefordeling i Sykehuset Innlandet

Bakgrunn:

Styret har bestemt at det skal foretas en evaluering av endringene i funksjons- og oppgavefordelingen som ble foretatt innen somatikken i Sykehuset Innlandet som følge av følgende styrevedtak høsten 2003 og våren 2004:

Sak nr. 086-2003

Sak nr. 105-2003

Sak nr. 113-2003

Sak nr. 006-2004

Sak nr. 015-2004

Det vises til saksdokumentene med vedlegg, spesielt vedlegg til sak 086-2003 Omorganisering av somatiske helsetjenester i Sykehuset Innlandet HF. For nevrologi vises også til rapport datert 20.01.2004. De vedtatte endringer ble stort sett gjennomført i løpet av 2004.

Mandat:

Fagområder som skal evalueres:

Kirurgi (ortopedi, gastrokirurgi, karkirurgi, urologi), nevrologi, øre/nese/hals og øye.

Evalueringsområder:

1. Faglige forhold

- Vurdering av hvordan de berørte fagområdene selv opplever effekten av de foretatte endringene. Eventuelt vurdere resultatene opp mot objektive kriterier for god pasientbehandling
- Vurdere hvordan de nærmest samarbeidende fagområdene effekten på eget fag og samhandling mellom de respektive fagene
- Primærlegenes vurdering av endringene
- Konsekvenser for turnustjeneste og spesialistutdanningen for leger

2. Økonomiske konsekvenser:

- Kartlegge og vurdere på løpende driftsutgifter
- Kartlegge og vurdere investeringskostnadene
- Kartlegge og vurdere effekten på transportkostnader (basert på endring av pasientstrømmer innad i Innlandet)

3. Konsekvenser for ansatte

- Endret arbeidsplass
- Overtallighet

4. Pasientperspektivet

- Det er ønskelig at pasientperspektivet evalueres. Må vurderes i forhold til mulighet for praktisk gjennomføring.

Vurderingsgrunnlag:

Det skal tas utgangspunkt i situasjonen forut for den endrede oppgave- og funksjonsfordelingen, og de effekter og resultater som er beskrevet i styresakene nevnt ovenfor (med vedlegg). Dette skal så vurderes opp mot dagens situasjon på de aktuelle områdene. En ønsker vurdert grad av måloppnåelse og vurdering av eventuelt uheldige effekter.

Metode:

For å sikre legitimitet for resultatet er det viktig at ansatte og ledere under toppledelsen blir involvert. Forøvrig er det opp til gjennomførende konsultentselskap å foreslå evalueringsmetoder.

Vedlegg 2

Møteinnkalling til sykehusene

Sintef helse - sykehusplanlegging er av Sykehuset Innlandet HF gitt i oppdrag å dokumentere og vurdere hva som har skjedd som en konsekvens av ny funksjonsfordeling mellom Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum innen spesialitetene gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og nevrologi.

Vi vil legge vekt på å dokumentere de faktiske endringene.

Vi vil da ha en møteserie med hver av de fire sykehusenhetene og en egen møteserie med representanter for kommunehelsetjenesten som benytter sykehusene.

I dette notatet beskriver vi hvilke områder vi vil drøfte med hver enkelt sykehusenhet. Der det er mulig vil vi gjerne ha skriftlig dokumentasjon av svarene som gis, men regner med at møtene i hovedsak blir basert på muntlig informasjon, og at nødvendige verifiseringer i etterkant dokumenteres skriftlig.

I møtene ønsker vi å få vite sykehusenes vurderinger av faglige forhold, personalmessige forhold, driftsøkonomi og eventuelle investeringer.

Vi har ikke laget to sett spørsmål i forhold til om enheten er blitt fratatt funksjoner eller tillagt funksjoner innen de enkelte spesialiteter, da vi tror innrettingene av problemstillingene er slik at de kan benyttes i begge tilfeller.

Møtene avvikles som forholdsvis korte enkeltmøter med de enkelte spesialiteter (1-1,5 timer),

For å svare på noen av spørsmålene under forutsettes det at enheten som besøkes har forberedt svar før møtet, eller at problemstillingen følges opp etter møtet.

Faglige forhold vurderes for hver spesialitet som er aktuell ved enheten som besøkes:

Hva har det betydd for kvaliteten av den medisinske virksomheten?

Kommer pasientene raskere til riktig behandlingsnivå og sted etter funksjonsendringene?

Hva er enhetens egen vurdering av funksjonsendringene, og er det ulike oppfatninger innad i enheten?

Kan det spores endringer i kvalitetsindikatorene for enheten?

Har funksjonsendringen ført til sterkere fagmiljøer og en klarere oppgavefordeling?

Er det mulig å si om funksjonsendringene har hatt konsekvenser for behandlingsresultatet?

I rapporten "Organiseringen av somatiske helsetjenester i Sykehuset Innlandet HF" er det ført opp krav til en del sammenhenger som er viktige for de enkelte aktiviteter. Hvordan har funksjonsendringene påvirket disse sammenhengene. (Krav til sammenhengene følger i vedlegg til denne innkallingen)

Hvordan har endringene påvirket øvrig faglig virksomhet ved enheten?

Er det skjedd endringer i antall fagpersonell som pendler mellom sykehusene?

Personell/robuste fagmiljø

Er det igangsatt spesielle miljøtiltak for personell som er påvirket av oppgavefordelingen?

Der det er blitt mindre virksomhet:

Er bemanningen redusert, og i så fall med hvor mye og innen hvilke faggrupper?

Skyldes bemanningsreduksjonen færre oppgaver, lavere aktivitet og/eller mer effektive vaktssystemer?

Er personell omplassert til andre avdelinger i enheten?

Har personell flyttet med funksjonene?

Har de sluttet i Sykehuset Innlandet HF?

Der det er blitt mer virksomhet:

Er bemanningen økt, og i så fall med hvor mye og innen hvilke faggrupper?

Skyldes bemanningsøkningen flere oppgaver, økt aktivitet og/eller endrede vaktssystemer?

Har nytt personell flyttet med funksjonsendringen?

Er nytt personell rekruttert utenfra, og i så fall også utenfra Sykehuset Innlandet HF?

Hvordan oppfatter personalet at funksjonsendringene har påvirket deres faglige utfordringer og muligheter på arbeidsplassen?

Effektivitet:

Behandles det flere per årsverk enn tidligere? Har antall pasienter innefor spesielle diagnosegrupper og prosedyrer økt pr lege?

Har nye vaktssystemer redusert andelen ikke aktive timer det blir betalt for?

Økonomi:

Endringer i vaktordninger som medfører endrede kostnader?

Er kostnadene per behandling redusert?

Er det en bedre utnytting av utstyr og spesialmateriell?

Er det foretatt investeringer i bygg og utstyr?

Er bygg og utstyr frigjort til annen bruk? Er utstyr flyttet med funksjon?

Er transportutgiftene belastet enheten endret?

Er oppholdsutgifter for pårørende endret?

Generelle vurderinger sett fra enhetens side:

Er det blitt en klarere ansvarsdeling mellom sykehusene? Er pasientenes tilgjengelighet til spesialistbehandling innenfor de aktuelle områdene endret?

Synes det som om andelen "feilsendte" pasienter er redusert?

Hvordan er funksjonsendringene kommunisert med kommunehelsetjenesten?

Hvordan har kommunehelsetjenesten respondert på endringene?

Hvordan løser ambulansetjenesten oppgaven, før og etter?

Har funksjonsendringene medført endringer i hvordan pasienttransportene er organisert?

Vedlegg om krav til sammenhenger mellom spesialiteter for Sykehuset Innlandet HF

Karkirurgi

Prosjektgruppen beskriver følgende sammenhenger mellom karkirurgi og andre spesialiteter:

- Tett kobling til gastrokirurgi og i noen grad de andre kirurgiske fagområdene
- En svært tett kobling mot radiologisk avdeling, både utredning og intervensjon
- Tett kobling til anestesi-/intensivavdeling
- Avhengighet av en god intensivavdeling
- Nefrologisk avdeling er avhengig av service fra karkirurgisk avdeling for å få utført enkelte operasjoner i forbindelse med dialyse
- På det stedet som har karkirurgisk vakt, bør en også ha radiologisk vakt som behersker intervensjon.

Urologi

Prosjektgruppen beskriver følgende sammenhenger mellom urologi og andre spesialiteter:

- Tett tilknytning til hele det kirurgiske felt, spesielt gastroenterologisk kirurgi og i noen grad karkirurgi og gynekologi
- Avhengighet av en god radiologisk avdeling
- Avhengighet av en god anestesiavdeling
- Samarbeid med nefrologisk avdeling, spesielt i poliklinisk sammenheng
- Urologi har behov for patologisk service

Gastroenterologisk kirurg

Prosjektgruppen beskriver følgende sammenhenger mellom gastroenterologisk kirurgi og andre spesialiteter:

- Relativt tett samarbeid mot resten av kirurgien, spesielt bløtdelskirurgien
- Samarbeid mot medisinsk gastroenterologi
- Behov for en svært god radiologisk avdeling med hensyn til utredning og intervensjon
- Stort behov for en god anestesi-/intensivavdeling
- Tett samarbeid mellom gastrokirurgi og gynekologi. Det kreves at en ved gastrokirurgisk avdeling kan tilkalle gynekolog og at gynekologisk avdeling gjensidig kan tilkalle gastrokirurg hele døgnet
- Dersom gastrokirurgien samles til ett sted i Oppland og gynekologien til ett sted i Oppland vil det være en fordel om dette stedet er felles for de to fagområdene.

Ortopedi

Prosjektgruppen beskriver følgende sammenhenger mellom ortopedi og andre spesialiteter:

- Et visst behov for samarbeid med bløtdelskirurgisk avdeling i forbindelse med traumatologi
- Samarbeid med nevrologisk avdeling
- Samarbeid med revmatologisk avdeling og rehabiliteringsavdeling
- Avhengighet av anestesi og røntgenavdeling.

Følgende samhörighet mellom fagene beskrives:

- Et nært faglig samarbeid med ortopedene når det gjelder hodeskader samt akutte og kroniske problemstillinger vedrørende behandling av pasienter med ryggglidelser.
- Fullverdig undersøkelse og utredning av nevrologiske pasienter inkluderer oftest også en eller flere undersøkelser innen faget klinisk nevrofysiologi (EEG, EMG, nevrografi, responsundersøkelser, søvnutredning, autonom testing osv). Nevrologer er helt avhengig av å ha denne type undersøkelser tilgjengelig.

Vedlegg 3

Møteinnkalling til kommunehelsetjenesten

Sintef helse - sykehusplanlegging er av Sykehuset Innlandet HF gitt i oppdrag å dokumentere og vurdere hva som har skjedd som en konsekvens av ny funksjonsfordeling mellom Lillehammer, Gjøvik, Hamar og Elverum innen spesialitetene gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi, øre-nese-hals, øye og nevrologi.

I den forbindelse vil det avholdes møter med representanter for primærhelsetjenesten i ansvarsområdet for hver av de fire sykehusenhetene.

Hensikten med møtet er å finne ut hvilke endringer som er skjedd etter at ny funksjonsfordeling trådte i kraft.

I mandatet for oppdraget ønskes det kunnskap om hvordan fastlegene vurderer den nye funksjonsfordelingen.

I dette notatet beskriver vi hvilke områder vi vil drøfte med representanter for kommunehelsetjenesten som betjenes av hver av de fire sykehusenhetene.

Det vil bli avholdt tilsvarende møter med de enkelte sykehusenheter og vi vil dessuten ta kontakt med fylkeslege og pasientombud.

På møtene vil Sintef helse – sykehusplanlegging være representert med to av sine rådgivere.

Problemstillinger vi ønsker å drøfte:

Informasjon om funksjonsfordeling

På hvilken måte er primærhelsetjenesten informert om endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene? Har informasjonen vært dekkende for de behov primærhelsetjenesten har hatt? Dersom det ikke har vært dekkende informasjon - hva har evt vært mangelfullt?

Samhandling

Har funksjonsendringene påvirket det faglige samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og de aktuelle spesialitetene, og i så fall på hvilken måte?

Henvisningspraksis

Er det entydige rutiner for hvor pasienter skal henvises? Hvis ikke, hva er årsaken? Hvilke tiltak ville bedret forholdene?

Har funksjonsendringene ført til endret henvisningspraksis, slik at man i større grad går via "sitt" lokale sykehus, som så vurderer om pasienten må sendes til en annen enhet, framfor å henvise direkte til spesialiteten? Har det motsatte skjedd, eller har det ikke skjedd tydelige endringer i henvisningspraksis?

Har pasientenes preferanser for valg av sykehus endret seg som et resultat av funksjonsendringene?

Kvalitet

Er det kommunetjenestenes oppfatning at kvaliteten på behandlingen er bedret etter funksjonsendringene? På hvilken måte? Er det lettere å komme i kontakt med spesialister og er behandlingsresultatet bedre og bedre dokumentert fra sykehusets side?

Har kommunehelsetjenesten opplevd klare uheldige utslag med pasienter som ikke er blitt sendt til riktig behandlingssted og som ikke har fått en forventet behandling i systemet? Er dette enkeltstående tilfeller som også skjedde før funksjonsendringen? Kan det sies noe om omfanget av slike eventuelle feil?

Er det påvist økonomiske konsekvenser for kommunehelsetjenesten, negative som positive, som følge av funksjonsendringene?

Er ansvaret for den enkelte pasientgruppe blitt klarere etter at endringene er gjennomført?

Tilgjengelighet

Er tilgjengeligheten til spesialistbehandling innen de aktuelle spesialitetene endret etter funksjonsendringen?

Vedlegg 4

Tabeller over pasientaktivitet

Tabell 15 Gastroenterologisk kirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 6 og 7, Gastroenterologisk kirurgi						
	Sykehus		2003	2003	2005	2005
			Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark		14		14
	Oppland SSH Gjøvik	Oppland		165	2	252
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark		5		5
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	1	49		95
	SSH i Hedmark	Hedmark	4	349		276
	SSH i Hedmark	Oppland		2		16
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	1488	521	1997	528
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	10	15	75	21
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	1283	492	538	306
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	135	44	53	37
	SSH i Hedmark	Oppland	5	18	45	23
	SSH i Hedmark	Hedmark	1892	499	2074	502

Tabell 16 Karkirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 5 (108, 109, 112, 113, 114, 119, 120, 144, 145, 478, 479), karkirurgi						
	Sykehus		2003	2003	2005	2005
			Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark		17		6
	Oppland SSH Gjøvik	Oppland		174		106
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland		1		1
	SSH i Hedmark	Hedmark		227		188
	SSH i Hedmark	Oppland		1		99
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	84	175	34	51
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	1	12	1	2
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	34	2	41	14
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	7		3	
	SSH i Hedmark	Oppland		1	48	80
	SSH i Hedmark	Hedmark	115	74	145	84

Tabell 17 Karkirurgi (medisinske diagnoser) 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke
HDG 5 (130, 131, 132, 133), karkirurgi

Sykehus			2003	2003	2005	2005
			Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Oppland				
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark				
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland				
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	231	125	162	34
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	2	2		1
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	182	6	141	5
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	12		14	1
	SSH i Hedmark	Oppland	3		53	32
	SSH i Hedmark	Hedmark	256	39	242	54

Tabell 18 Ortopedi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG (DG6 fra HDG 1) og HDG 8 bortsett fra (242, 244, 245, 246), Ortopedi						
Sykehus			2003	2003	2005	2005
			Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Oppland		997	1	990
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark		75		25
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	1	372		383
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark		33		41
	SSH i Hedmark	Oppland	1	6		24
	SSH i Hedmark	Hedmark	2	1262	7	1174
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	1090	588	291	447
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	16	47	9	26
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	987	704	1829	830
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	107	83	189	98
	SSH i Hedmark	Oppland	20	16	37	32
	SSH i Hedmark	Hedmark	1362	683	1385	712

Tabell 19 Urologi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 12, urologi								
	Sykehus		2003	2003	2003	2005	2005	2005
			Vanlig	Ø-hjelp	Født i sykehus	Vanlig	Ø-hjelp	Født i sykehus
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	1					
	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	34					
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	1			1		
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	26			39	1	
	SSH i Hedmark	Hedmark	98	1		110		
	SSH i Hedmark	Oppland				72	1	
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	32	66	1	15	49	3
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	3	8		11	8	
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	336	129		7	23	
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	1	3		1	4	
	SSH i Hedmark	Oppland	16	1		321	162	
	SSH i Hedmark	Hedmark	231	132		243	170	

Tabell 20 Nevrologi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 1 Bortsett fra (1-9), Nevrologi						
	Sykehus		2003	2003	2005	2005
			Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark				
	Oppland SSH Gjøvik	Oppland				3
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark				5
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland				7
	SSH i Hedmark	Hedmark		1	8	164
	SSH i Hedmark	Oppland				1
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	736	178	618	26
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	6	9	9	7
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	1.109	362	1.165	296
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	86	31	550	98
	SSH i Hedmark	Oppland	1	2	17	2
	SSH i Hedmark	Hedmark	1.407	394	1.184	95

Tabell 21 Øyekirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 2, Øye						
	Sykehus		2003	2003	2005	2005
			Vanlig	Ø-hjelp	Vanlig	Ø-hjelp
Dagpas	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	88	2	95	3
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	1745	31	1967	40
	SSH i Hedmark	Hedmark	3035	24	2215	29
	SSH i Hedmark	Oppland	17	1	48	3
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland		2	1	6
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark				
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	412	113	25	37
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	12	13	7	5
	SSH i Hedmark	Oppland	2	5	6	38
	SSH i Hedmark	Hedmark	45	66	54	82

Tabell 22 Øre-nese-hals kirurgi 2003 og 2005 etter sykehus og hjemstedsfylke

HDG 3, ØNH								
	Sykehus		2003	2003		2005	2005	
			Vanlig	Ø-hjelp	Født i sykehus	Vanlig	Ø-hjelp	Født i sykehus
Dagpas	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	14			38		
	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	368	6		396	5	
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	2					
	SSH i Hedmark	Hedmark	545			496	1	
	SSH i Hedmark	Oppland	14					
Døgn	Oppland SSH Gjøvik	Oppland	500	213	2	684	265	6
	Oppland SSH Gjøvik	Hedmark	29	8		95	49	
	Oppland SSH Lillehammer	Oppland	10	241		12	241	
	Oppland SSH Lillehammer	Hedmark	1	26		2	47	
	SSH i Hedmark	Oppland	6	1		7	5	
	SSH i Hedmark	Hedmark	416	450		735	439	