

**SAK NR 085 – 2016**  
**OMSTILLING KORT SIKT – ØKONOMIPLANPERIODEN 2017-2020**

Forslag til

**VEDTAK:**

1. Styret er tilfreds med administrerende direktørs plan for å imøtekomme kortsiktige omstillings- og endringsbehov i Sykehuset Innlandet, slik oppdraget ble gitt i styresak 023-2016, møtet 28. april 2016.
2. Styret tar til orientering at administrerende direktør vil slå sammen divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til divisjon Gjøvik-Lillehammer. Styret merker seg at administrerende direktør også vil foreta en tilsvarende vurdering av å slå sammen sykehusene i Hedmark til en felles divisjon.
3. Styret tar til orientering at administrerende direktør vil avvikle divisjon Habilitering og rehabilitering og fordele divisjonens oppgaver/funksjoner mellom divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar slik det fremgår av saksutredningen.
4. Styret gir sin tilslutning til at fysikalsk medisin og rehabilitering som i dag drives på Solås og Ottestad samlokaliseres slik det er beskrevet i saksutredningen. Styret merker seg at administrerende direktør ikke fremmer forslag om endring i lokalisering av tilbudet innenfor lungerehabilitering som i dag drives på Granheim, og at prosesskravene i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» vil få anvendelse dersom endring av dette tilbudet skulle bli aktuelt på et senere tidspunkt.
5. Styret gir sin tilslutning til at utredning av samling av tilbudet innenfor nyfødtintensiv til Lillehammer blir videreført i samsvar med prosesskravene fastsatt i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» og i henhold til de premissene som det er redegjort for i administrerende direktør sin saksutredning.
6. Styret merker seg at døgntilbudet innenfor urologi samles på Hamar som innehar områdeansvaret for urologi. Styret forutsetter at det fortsatt skal være tilbud om urologisk poliklinikk/dagtilbud på Lillehammer. Styret merker seg også at pacemakerinnleggelser i Sykehuset Innlandet samles på Elverum.

7. Styret merker seg at administrerende direktør legger opp til at operasjon av tykktarmkreft i Oppland samles på Gjøvik i løpet av første halvår 2017, etter at det er foretatt en risiko- og sårbarhetsvurdering av tiltaket.
8. Styret er tilfreds med at det settes i gang et målrettet arbeid for nedtak av senger gjennom å bruke beste praksis for liggetid samt utnytte stordriftsfordeler gjennom færre og større sengeposter. Styret legger til grunn at faglig kvalitet ikke forringes ved å redusere liggetiden.
9. Styret er tilfreds med at det settes et særskilt effektivitetskrav for staber og interne servicefunksjoner på 5 millioner kroner i økonomiplanperioden 2017-2020.
10. Styret ber om at det blir utarbeidet masterplaner for gjennomføring av de tiltak og prosesser som er fastsatt i foreliggende sak, med jevnlig tilbakerapportering til styret om status og fremdrift i prosessene.

Brumunddal, 8. desember 2016

Morten Lang-Ree  
administrerende direktør

## Bakgrunn

Omstillingstiltak innenfor eksisterende sykehusstruktur har siden 2012 vært utredet som selvstendige utredninger og fremmet til behandling i ledelse og styre som egne saker. Den største av disse, «Omstilling somatikk» ble fremmet for styret gjennom en sluttrapport i november 2014 og en tilleggsrapport i april 2015. Oppfølging av arbeidet «omstilling somatikk» ble lagt frem i styresak 066-2015. I denne styresaken ble vurdering av tiltak på mellomlang sikt knyttet til arbeidet med idéfasen i Prosjekt fremtidig sykehusstruktur.

I styremøtet 18. mars 2016 ble administrerende direktør gitt i oppdrag å se på fremdrift i arbeidet med fremtidig sykehusstruktur og arbeidet med omstillingstiltak på kort sikt. I styremøtet 28. april 2016 ble det derfor lagt frem sak (sak nr. 023-2016) der administrerende direktør la frem planer for en egen utredning som skulle utarbeide forslag til omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020. Målet var å utrede helhetlige løsninger for å imøtekomme foretakets endringsbehov på kort sikt. Styret vedtok at plan for endringer i ØLP-perioden skulle legges frem i styremøtet 15. desember 2016.

I styresak 023-2016 ble det besluttet at det skulle utredes en helhetlig løsning hvor følgende elleve fagområder/utredningsområder ble vurdert:

1. Ortopeditilbudet i Mjøsregionen
2. Urologitilbudet i Sykehuset Innlandet
3. Nukleærmedisin
4. Kvinne-/barnetilbudet i Innlandet generelt og i Mjøsregionen spesielt
5. Kirurgi/kreftkirurgi i Mjøsregionen
6. Medisinsk onkologi i Oppland/Mjøsregionen
7. Pacemakerinnleggelser/hjertemedisin
8. Organisering, lokalisering og dimensjonering av tilbudet innenfor habilitering og rehabilitering
9. Ortopeditilbudet på Tynset, sårbarhetsvurdering/eventuelt avbøtende tiltak
10. Organisering og lokalisering av revmatologitilbudet i Sykehuset Innlandet
11. Optimalisering av vaktordning/vaktlinjer innenfor aktuelle områder

Utover denne listen har administrerende direktør i etterkant bedt om vurdering av to andre områder:

12. Stab
13. Sengekapasiteten i Sykehuset Innlandet generelt

De bærende føringene for utredningsarbeidet og innspill til helhetlig løsning har vært:

- alle sykehusene skal fortsatt være akuttisykehus, ref definisjon i Nasjonal helse- og sykehusplan
- tilstrebe større grad av samling av faglige funksjoner
- ta utgangspunkt i foretakets økonomiske situasjon
- finne balanserte løsninger

Utredningen har tatt utgangspunkt i eksisterende bygningsmasse / bygningsmessige kapasitet når det gjelder sengerom, behandlingsrom/operasjonsstuer, undersøkelsesrom m.m. Enkelte bygningsmessige investeringer må påregnes, dog innenfor foretakets investeringssevne på kort sikt.

I styresak 023-2016 ble det presisert at tidligere utredninger som «Omstilling somatikk» (2014), utredninger ortopedi og rehabilitering (2015) m.fl. skulle benyttes som kunnskapsgrunnlag for utredning av tiltak på kort sikt. I tillegg skulle kunnskapsgrunnlag fra utredningsprogrammet i Prosjekt fremtidig sykehusstruktur (idéfaseprosjektet) benyttes.

Høsten 2016 pågår det et utredningsarbeid i regi av Helse Sør-Øst, hvor foretakstilhørigheten til SI Kongsvinger vurderes. I påvente av avklaring fra pågående prosess om foretakstilhørighet, er det foreløpig ikke besluttet endringer i oppgavene ved SI Kongsvinger. Utredningen «omstilling kort sikt» omfatter kunnskapsgrunnlag for å vurdere nødvendig omstilling ved SI Kongsvinger dersom konklusjonen blir at SI Kongsvinger fortsatt skal tilhøre opptaksområdet til Sykehuset Innlandet.

### **Organisering**

Utredningsarbeidet «omstilling kort sikt» har vært ledet av en prosjekteiergruppe under ledelse av administrerende direktør. Gruppen har for øvrig bestått av økonomidirektør og fagdirektør. Styringsgruppen for arbeidet har vært den samme som for Prosjekt fremtidig sykehusstruktur, og har bestått av ledergruppen, tillitsvalgte og hovedverneombud (TV6) og Brukerutvalgets leder.

En arbeidsgruppe ledet av prosjektsjef har med bistand fra Deloitte vurdert alternative løsninger for de 13 definerte områdene og beregnet eventuelle økonomiske effekter av tiltakene. Arbeidsgruppens vurderinger og innspill til administrerende direktør er samlet i rapporten «Forslag til omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020», se vedlegg til styresaken.

### **Prosess**

Arbeidsgruppen har utredet de 13 vurderingsområdene hver for seg og utredet alternative forslag til tiltak. Med utgangspunkt i disse utredningene har arbeidsgruppen utarbeidet tre mulige helhetlige løsninger som innspill til administrerende direktør. Prosjekteiergruppen har vært involvert i vurderingene underveis i arbeidet og utarbeidelsen av de mulige helhetlige løsningene. Fagdirektør og økonomidirektør har fortløpende kommet med faglige og økonomiske vurderinger.

Administrerende direktør og ledergruppen har tatt arbeidsgruppens vurdering av mulige omstillingstiltak til orientering og mener at rapporten gir et tilfredsstillende grunnlag for vurdering av tiltak, helhetlige løsninger frem mot 2020 og gradvis implementering av tiltakene i fireårsperioden.

Prosjekteiergruppen har drøftet arbeidsgruppens vurderinger og alternative løsninger med foretakets ledergruppe. Ledergruppens vurdering og anbefaling har dannet grunnlaget for administrerende direktørs innstilling til styret.

Ledergruppen har sluttet seg til innstillingen fra administrerende direktør.

Organisasjonens ansatte har blitt involvert gjennom informasjon i lederlinjen under ledelse av divisjonsdirektørene. Foretaksledelsen har fortløpende orientert og drøftet vurderinger og løsninger med foretakstillitsvalgte (TV20). I tillegg har det vært innspillmøter og dialogmøter med NSF, Dnlf, Fagforbundet, TV6 og HAMU samt orienteringer til politisk referansegruppe. Prosjektsjef har i tillegg hatt møter med ledergruppene i de fleste somatiske divisjonene.

Styret har blitt orientert om utredningsarbeidet på styreseminarene 20. oktober og 17. november 2016. Styreleder og styrets nestleder er dessuten blitt orientert om status og tiltak i møte med administrerende direktør 1. desember 2016.

### **Forslag til løsning**

Foretakets ledergruppe har gjennom omfattende drøftinger samlet seg om en helhetlig løsning og har overfor administrerende direktør anbefalt at denne implementeres i tråd med gjeldende «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» (Helse Sør-Øst) og «Retningslinjer for omstilling» (Sykehuset Innlandet).

Helse Sør-Øst har godkjent «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner», ref HSØ-sak nr 056-2016 (juni 2016). Veilederen skal sikre god prosesser overfor bl.a. brukere, tillitsvalgte, fastleger, kommuner og andre interessenter. Administrerende direktør mener at noen av tiltakene i forslag til løsning nedenfor vil komme innunder de vurderingene som ligger til grunn for de nye retningslinjene.

Det vises til *Administrerende direktørs vurdering og konklusjon* for beskrivelse av forslag til omstillinger på kort sikt.

### **Implementering**

Administrerende direktør vil bidra til at ny administrerende direktør får nødvendig informasjon om utredningsarbeidet og styrets vedtak i foreliggende sak slik at implementeringsarbeidet kan starte uten unødig opphold.

Administrerende direktør anbefaler at det utarbeides masterplaner som gir gode og realistiske planer for arbeidet med:

- Endringer av pasienttilbudet
- Omstillinger av ansatte
- Bygningsmessige tilpasninger

Masterplanene bør utarbeides i løpet av januar 2017 for å skape forutsigbarhet for fagmiljøer og ansatte, i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud.

Foretaket står overfor omstillinger som krever ledelse og gjennomføringskraft på alle nivåer i organisasjonen. Administrerende direktør vil fortløpende følge opp gjennomføringen og effekten av tiltakene. Noen interne ressurser må påregnes brukt til støtte i gjennomføring av tiltakene.

## Administrerende direktørs vurdering og konklusjon

Foreliggende sak bygger på styresak 023-2016 av 28. april, hvor det ble bedt om at administrerende direktør legger frem en plan som kan imøtekomme kortsiktige endringsbehov. Det kortsiktige perspektivet er knyttet til økonomiplanperioden 2017-2020. Behovet for å gjennomføre endringer har bakgrunn i flere forhold:

- I oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst legges det vesentlig vekt på at foretakene må redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse samt videreutvikle helsetjenesten for å sikre bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Sykehuset Innlandet har variasjon både i kvalitet, liggetid, ventetid og kapasitetsutnyttelse.
- Noen av forslagene som det har vært arbeidet med i omstillingsprosessen har kommet opp som spørsmål til helseministeren i Stortingets spørretime. Det er verdt å merke seg at helseministeren i sine svar har pekt på at Sykehuset Innlandet har krevende fordeling av oppgaver mellom sykehusene både faglig og ressursmessig. I sine svar har helseministeren også merket seg at formålet med omstillingsprosessen i Sykehuset Innlandet er å sikre en bærekraftig drift.
- I Nasjonal helse- og sykehusplan er det et førende utsagn om at det å skape pasientens helsetjeneste betyr at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det blir ikke forbedringer uten forandringer.
- Flere somatiske divisjoner har i en årrekke gått med vesentlige underskudd. I månedsrapporten for oktober 2016 er det vist til et negativt resultat for de somatiske divisjonene på samlet 27 millioner kroner bare for denne måneden. Årsprognosen for 2016 er på minus 100 millioner kroner. Alle de somatiske sykehusene med unntak av Tynset vil ende opp med tosifret negativt resultat i 2016. Status pr dags dato er at foretaket ikke har bærekraft til å håndtere drifts- og investeringsutgifter på en forsvarlig måte. I økonomiplanperioden har foretaket en økonomisk utfordring på over 400 millioner kroner som det må finnes dekning for.

I styresak 077-2016 vedtok styret å sende idefaseutredningen ut på høring. Idefaseutredningen omhandler Sykehuset Innlandet sin fremtidige sykehusstruktur. Idefaseutredningen viser at det er to modeller for fremtidig sykehusstruktur for Mjøsregionen som har økonomisk og faglig bærekraft (er «div lag»). Dette er hovedsykehusmodellen og to-sykehusmodellen. Begge disse modellene innebærer samling av faglige funksjoner. Forslagene i foreliggende styresak er i overensstemmelse med aktuelle modeller for langsiktig utviklingsretning for foretaket.

Omstilling og endring er krevende. Selv om det er bred forståelse for endringsbehovet og stor oppslutning omkring omstillingsprosessen i Sykehuset Innlandet, forholder det seg likevel uansett krevende når ens egen arbeidsplass blir gjenstand for endring. I utredningsprosessen har det derfor vært lagt vesentlig vekt på involvering og medvirkning. For det første har styrets mandat hatt en konkret utforming og gitt forutsigbarhet om hvilke områder som kan bli berørt. Videre har temaet jevnlig vært gjennomgått og drøftet i ledermøter hvor det er blitt bedt om å ta mandatet og prosessen videre ut i organisasjonen. Ledelsen har gjennom mange møter med foretakstillitsvalgte invitert til dialog og oppfordret til å orientere videre i sine organisasjoner. Styrets mandat omhandler dessuten stort sett kjente omstillingsområder som har vært gjenstand for utredninger i foretaket tidligere. Det har for øvrig ikke kommet innspill til andre vesentlige omstillingsforslag gjennom prosessen enn det som er nedfelt i mandatet. Det har vært ulike synspunkter i prosessen, men ut fra en helhetlig vurdering har ledergruppen samlet seg om anbefalingene slik de er beskrevet i saken. I omstillinger er det også viktig å minne seg på at et valg om ikke å foreta endringer også representerer et ansvar og kan ha sin pris. Det er administrerende direktør sin erkjennelse at Sykehuset Innlandet gjennom de siste årene heller har omstillet for langsomt enn for raskt og heller tatt for få grep enn for mange.

Administrerende direktør har besvart styrets mandat ved å utforme en plattform og retning for videre faglig og økonomisk utvikling. Foreliggende styresak svarer ikke ut alle økonomiske og faglige utfordringer, men vil etter administrerende direktør sin mening gi et godt grunnlag for å kunne håndtere utfordringene videre fremover. Administrerende direktør vil fortløpende vurdere om andre saker/fagområder skal tas opp på et senere tidspunkt.

Styresaken inneholder ikke forslag til endringer ved divisjon Kongsvinger, i det opptaksområdet for SI Kongsvinger er gjenstand for en utredning av foretakstilhørighet i regi av Helse Sør-Øst. Denne prosessen vil også ta for seg hvilke innhold og oppgaver divisjon Kongsvinger skal ha i fremtiden. Når det gjelder Tynset har denne divisjonen et innhold som er i tråd med overordnede føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan. Både Tynset og Kongsvinger vil imidlertid være gjenstand for sengenedtak slik det er beskrevet i administrerende direktør sin vurdering.

Administrerende direktør vil ut fra en helhetlig vurdering basert på vedlagte utredningsrapport og prosesser internt fremme følgende forslag:

#### *Sammenslåing av divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til divisjon Gjøvik-Lillehammer*

For å sikre en bedre samordning av faglige oppgaver, for å sikre bedre ressursutnyttelse, og for å skape grunnlag for større grad av samling av faglige oppgaver ønsker administrerende direktør å slå sammen divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til en felles divisjon Gjøvik-Lillehammer. Administrerende direktør legger opp til at sammenslåingen i første omgang vil gjelde divisjonsdirektørnivå. Endringen vil bli gjennomført slik at hensynet til lokal ledelse blir ivarettatt. Administrerende direktør tar sikte på at sammenslåingen gjennomføres senest 1. mai 2017.

Administrerende direktør finner det også naturlig å foreta en vurdering av organisasjonsmodellen for de somatiske sykehusene i Hedmark. En slik vurdering/utredning igangsettes etter at foretakstilhørigheten ved Kongsvinger er avklart.

#### *Akutfunksjoner ved ny divisjon Gjøvik-Lillehammer*

Administrerende direktør vil tilrå at det fortsatt skal være akutt ortopedi og akutt gastrokirurgi ved både Lillehammer og Gjøvik. Administrerende direktør mener likevel at sykehusene må utvikles videre ut fra en profil basert på definerte kjerneoppgaver. Dette innebærer at Lillehammer vil ha fokus på kvinne-/barn og akutfunksjoner/traumer, mens Gjøvik videreføres med en profil med vekt på hematologi, kreft/onkologi og tyngre elektive funksjoner.

Innenfor ortopedi foreslås Gjøvik utviklet med vekt på større/tyngre elektive inngrep innenfor protesekirurgi m.m., mens tyngdepunktet på Lillehammer vil være øyeblikkelig hjelp, poliklinikk og dagkirurgi. Administrerende direktør mener at akutt ortopedi bør opprettholdes på Gjøvik inntil det er foretatt en konsekvensvurdering av eventuelt å avvike akutt-tilbudet. Eventuell avvikling av akutt ortopedi vil ventelig også bli omfattet av prosesskrav i nasjonal «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner». Veilederen følger styresaken som trykt vedlegg.

Når det gjelder gastrokirurgi vises til egen redegjørelse nedenfor.

#### *Kreftkirurgi*

Med Gjøvik sin kompetanse innenfor kreftområdet, mener administrerende direktør det vil være riktig å samle operasjon av tykktarmskreft for Oppland i Gjøvik. Det er i dag et relativt lavt antall tykktarmskreftoperasjoner ved hvert av sykehusene (i 2015 hadde Lillehammer 42 operasjoner, Gjøvik 43 operasjoner og Hamar 90 operasjoner av tykktarmskreft). Dette kan på sikt gi noen utfordringer ved Lillehammer blant annet knyttet til rekruttering av legespesialister, men ved å se på den gastrokirurgiske kompetansen på Gjøvik og Lillehammer som et felles team, bør dette

være håndterbart. Ulempene må også vurderes opp mot kvalitetsfordelene ved å samle kreftkirurgien i Oppland. Det vises i denne forbindelse blant annet til Kreftforeningens vurdering slik den er beskrevet i mail til administrerende direktør datert 2. desember 2016 (utdrag):

Kreftforeningen mener at det er viktig å jobbe for å samle kreftkirurgi der det er nødvendig for å styrke kvaliteten på behandlingen. Vi mener det er en sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet på behandlingen. Vi støtter Helsedirektoratets antagelse om at sentralisering av kreftkirurgien er en av flere årsaker til bedre resultater og overlevelse for flere kreftformer. Bruk av mer avanserte teknikker, multimodal behandling, og økt spesialisering innen kreftkirurgien tyder på at vi fortsatt har et potensiale for å samle en større del av kreftkirurgien i Norge.

Det er viktig å understreke at kvalitet ikke bare er avhengig av antall pasienter. Moderne kreftbehandling er ofte en kombinasjon av kirurgi, medikamentell behandling, og strålebehandling. Dette krever tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelinger, og beslutninger tas i tverrfaglige team med ulike spesialister. Det er derfor viktig at det ikke bare settes krav til antall pasienter, men også robusthetskrav knyttet til antall spesialister innen den enkelte modalitet, og tilgang til tverrfaglige team. Robusthetskrav er også viktig for at sykehus kan håndtere «variasjoner» i tilgang til personale for eksempel som følge av ferie, permisjoner, etc, uten at det går på bekostning av pasientbehandlingen.

Når det gjelder tykktarmskreft så foreslår Helsedirektoratet i et av sine alternativer for behandling av tykktarmskreft at minimum antall operasjoner per avdeling skal være 60 pasienter, og minimum antall pasienter per kirurg 20. Vi ser ingen grunn til at helseforetak bør styre etter en minimumsgrense, men legge til rette for en organisering med høyere pasientvolum. Vi merker oss at Dansk Kirurgisk Selskap setter et minimumskrav på 120 operasjoner for tykktarmskreft per sykehus, og minimum 20 per kirurg.

Administrerende direktør vil også vise til vedlagte utredningsrapport hvor samling av kreftkirurgien er omtalt og begrunnet (side 35-38).

Administrerende direktør legger opp til at operasjon av tykktarmskreft i Oppland samles på Gjøvik i løpet av første halvår 2017, etter at det er foretatt en risiko- og sårbarhetsvurdering av tiltaket.

Administrerende direktør mener det også må foretas en vurdering av behovet for å samle operasjon av endetarmskreft i Sykehuset Innlandet. Disse operasjonene utføres i dag på Gjøvik og Hamar. En slik vurdering/utredning bør foretas i løpet av 2017.

#### *Nyfødtintensiv*

Det er i dag barneavdeling med nyfødtintensiv både ved Lillehammer og Elverum. Avdelingene er små og sårbare og har variabel kapasitetsutnyttelse. Administrerende direktør mener det må foretas en videre utredning av muligheten for å samle tilbudet innenfor nyfødtintensiv til Lillehammer. Dette vil representere en endring av et akutttilbud som medfører at «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» vil komme til anvendelse. Denne veilederen omhandler hensyn og prosesskrav knyttet til åpenhet, involvering og medvirkning m.m.

Administrerende direktør legger som forutsetning og føring for eventuell samling av nyfødtintensiv at fødeavdelingen ved Elverum sikres opprettholdelse av dagens fødselstall gjennom en utvidelse av opptaksgrunnlaget for normalfødsler.



Dersom nyfødttintensiv blir samlet på Lillehammer, vil det fortsatt være poliklinikk, dag og døgntilbud til barn og ungdom både i Hedmark og Oppland.

Utredning av nyfødttintensiv fremgår av vedlagte rapport fra side 25.

#### *Urologi*

Divisjon Elverum-Hamar har områdeansvar for urologi. Det er imidlertid fortsatt urologiske senger på Lillehammer. Administrerende direktør vil tilrå at urologisengene på Lillehammer overflyttes til Hamar, men slik at det opprettholdes dag/poliklinikktilbud på Lillehammer (jfr rapporten side 21-22).

#### *Kardiologi/pacemakerinnleggelse*

Pacemakerinnleggelser foretas i dag både på Gjøvik, Lillehammer og i Elverum. Volumet på hvert sted er relativt lavt med 55 på Gjøvik, 39 på Lillehammer og 177 på Elverum (2015-tall).

Administrerende direktør vil tilrå at pacemakerinnleggelser i Sykehuset Innlandet samles i Elverum. Dette vil gjøre tilbudet mer robust og det vil også stille Sykehuset Innlandet i utsikt til å kunne etablere tilbud med implantasjon av ICD (hjertestarter). Dette er et tilbud som ikke finnes i Sykehuset Innlandet i dag og som har en kostnad i gjestepasientutgifter på brutto 4-5 millioner kroner pr år. Oslo Universitetssykehus har tidligere uttrykt at det vil være grunnlag til å etablere ICD i Sykehuset Innlandet dersom foretaket samler pacemakerinnleggelser til ett sted. Samling av pacemakertilbudet er omtalt i utredningsrapporten på sidene 45-48.

Det er ikke formalisert ordning med kardiologivakt i Sykehuset Innlandet. Divisjon Lillehammer har imidlertid etablert slik vaktordning i egen regi. Administrerende direktør ser betydningen av og behovet for å ha kardiologivakt i Innlandet, men mener at dette må organiseres på foretaksnivå. For å unngå for mange vaktstjikt/vaktlag vil det være naturlig at det sykehuset som har kardiologivakt ikke har generell indremedisiner på vakt samtidig, i det kardiologene også innehar generell indremedisinsk kompetanse. Det skulle heller ikke være behov for kardiologivakt ved alle sykehusene samtidig. Det bør derfor arbeides videre med en ordning hvor det til enhver tid er kardiologisk kompetanse tilgjengelig i Innlandet, men at denne vaktbelastningen fordeles mellom sykehusene rundt Mjøsa etter en turnusordning. Det kan også være en mulighet at divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar hver for seg sørger for at det til enhver tid er indremedisiner med kardiologisk spesialitet på vakt ved hver av divisjonene. Det må foretas en ny vurdering av behovet for kardiologisk vakt dersom det blir etablert ICD ved Elverum.

#### *Avvikling av divisjon Habilitering og rehabilitering*

For å sikre en helhetlig utnyttelse av ressursene i Sykehuset Innlandet legger administrerende direktør opp til at nåværende divisjon Habilitering og rehabilitering avvikles som egen divisjon og at disse funksjonene legges til henholdsvis divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Elverum-Hamar. Divisjon Gjøvik-Lillehammer tillegges områdeansvaret for lungerehabiliteringstilbudet som i dag er lokalisert på Granheim, samt for habiliteringstjenesten for Hedmark og Oppland. Divisjon Elverum-Hamar tillegges områdeansvaret for tilbudet om fysikalsk medisin og rehabilitering som i dag er lokalisert på Solås og på Ottestad. Avvikling av divisjonen gjennomføres senest 1. mai 2017.

Administrerende direktør legger opp til at det opprettes en funksjon på foretaksnivå med følgende oppgaver (ved bruk av ledige midler som frigjøres ved avvikling av divisjonen):

- samordne/koordinere det totale tjenestetilbudet innenfor habilitering og rehabilitering, herunder koordinering med kommunale rehabiliteringstilbud
- sikre at nasjonale mål og lovkrav blir oppfylt
- oppfølging av bruk av private rehabiliteringstilbud med sikte på å redusere bruk av slike plasser til et normalnivå

#### *Samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering*

I styresak 025-2016, styremøte 28. april, fremmet administrerende direktør forslag om samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering som i dag drives på hhv Solås på Gjøvik og på Ottestad i Stange (rett utenfor Hamar). Styret vedtok å utsette saken og ønsket saken behandlet sammen med øvrige omstillingstiltak i møte 15. desember 2016.

Administrerende direktør opprettholder forslaget om samlokalisering slik det ble foreslått i styresak 025-2016. I styresak 025-2016 ble det lagt opp til at all fysikalsk medisin og rehabilitering skulle samles på Ottestad. Forslaget har vært gjenstand for en bred høring. Etter at styresaken ble lagt frem i april har det fremkommet et nytt lokaliseringalternativ. Dette er institusjonen Løbakk som ligger like utenfor Hamar og som i dag benyttes av divisjon Psykisk helsevern. Divisjon Psykisk helsevern planlegger imidlertid å flytte virksomheten på Løbakk til Sanderud. Løbakk er i en vesentlig bedre bygningsmessig forfatning enn Ottestad og vil være bedre egnet for rehabiliteringspasienter enn Ottestad.

Foreløpige kalkyler viser at det ikke vil være mer kostbart å foreta bygningsmessige tilpasninger på Løbakk enn på Ottestad. Poliklinikkfunksjonene vil dog muligens måtte forbli på Ottestad av kapasitetsårsaker. Det vil imidlertid bli sett på muligheten for å etablere et lettbygg i tilknytning til Løbakk som kan gi rom for poliklinikker, slik at Ottestad kan avhendes/selges.

Når det gjelder Solås som blir fraflyttet, mener administrerende direktør at det må ses på muligheten for å bruke bygget til andre spesialisthelsetjenester eller kommunale helsetjenester. Administrerende direktør mener også det bør foretas en vurdering av muligheten for å benytte Solås til administrative funksjoner i foretaket, slik at dagens leiekostnader til kontorer kan reduseres.

Administrerende direktør vil tilrå at styret gir sin prinsipielle tilslutning til samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering og at det arbeides videre med den bygningsmessige løsningen og den fysiske samlokaliseringen. Administrerende direktør vil komme tilbake til styret med orienteringer om fremdriften i dette arbeidet.

#### *Granheim lungesykehus*

I utredningsarbeidet har det vært vurdert å flytte virksomheten på Granheim til Gjøvik eller til Lillehammer. Administrerende direktør finner ikke å fremme slikt forslag i foreliggende sak, men overlater til ny divisjon Gjøvik-Lillehammer å vurdere dimensjonering og lokalisering. Dersom det på et senere tidspunkt skulle bli vurdert som hensiktsmessig å flytte tilbudet fra Granheim, vil administrerende direktør tilrå at tidligere omtalte prosessveileder for arbeidet med utviklingsplaner blir tatt i bruk. Administrerende direktør forutsetter at arbeidet med omlegging av pasienttilbudet innenfor lungerehabilitering med mer fokus på utredning og kortere opphold gjennomføres. Det forventes at omleggingen vil redusere antall døgnplasser og årsverk knyttet til lungerehabilitering.

### *Liggetid og sengeplasser*

Utredningsrapporten viser at det er et stort potensiale for kostnadsreduksjoner ved reduksjon av senger (årsverk) gjennom å bruke beste praksis for liggetid samt utnytte stordriftsfordeler gjennom færre og større sengeposter. Administrerende direktør mener dette potensialet må tas ut og at det arbeides målrettet med resultatkrav for å lykkes med dette. Det er dog viktig at liggetidsvurderinger også sammenholdes med kvalitetsparametere på de områder hvor slike parametere forefinnes, slik at kort liggetid ikke blir et mål dersom dette skulle utfordre den faglige kvaliteten. Rapporten drøfter muligheten for sengereduksjon på side 71-73.

Administrerende direktør legger til grunn følgende potensiale for sengenedtak ut fra en nøktern vurdering (ca 50 % av teoretisk potensiale):

Gjøvik-Lillehammer	30 senger
Elverum-Hamar	10 senger
Kongsvinger	10 senger
Tynset	3 senger

Potensiell kostnadsreduksjon tilsvarer 800 000 kroner per seng. I dette beløpet er innberegnet lønnskostnader for flere yrkesgrupper og driftskostnader.

I tillegg kommer planlagt nedtak av senger/årsverk innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering og lungerehabilitering.

### *Stab og interne servicefunksjoner*

Omstilling kort sikt stiller høye krav til hele organisasjonen. Det er viktig at staber og interne servicefunksjoner omfattes av og er en del av denne omstillingen. I økonomisk langtidsplan blir staber gitt et høyere innsparings-/effektivitetskrav enn utøvende virksomhet; 2,5 prosent, mens de fleste divisjonene har et krav på 2,0 prosent. Samlet krav for ØLP perioden er på drøyt 15 mill. kr. Administrerende direktør vil likevel tilrå at det utover kravet i ØLP-perioden legges et tilleggskrav på staber og interne servicefunksjoner på 5 millioner kroner samlet for planperioden 2017-2020.

### **Samlet økonomisk effekt**

Samlet økonomisk effekt av tiltakene slik de er beskrevet i styresaken, er beregnet til ca 80 millioner kroner i ØLP-perioden.

Estimert økonomisk potensiale for tiltakene beskrevet i saken:

<b>Tiltak</b>	<b>Estimert økonomisk effekt</b>
Sammenslåing av divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til divisjon Gjøvik-Lillehammer	1,5-2,0 mill kr
Nyfødtintensiv	8,0 mill kr
Urologi	4,0 mill kr
Kardiologi/pacemakerinnleggelser/ICD	1,0-2,0 mill kr
Samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering	6,5 mill kr
Granheim lungesykehus	13 mill kr
Liggetid og sengeplasser	40 mill kr
Stab og interne servicefunksjoner	5 mill kr
<b>Totalt</b>	<b>79-80 mill kr</b>

I tillegg kommer reduksjon av bruk av private rehabiliteringsplasser der det er et potensiale for mindre forbruk og kostnader i ØLP-perioden.

Det må påregnes omstillingskostnader for gjennomføring av tiltakene i perioden 2017-2020. Det er avsatt midler til omstilling i budsjett 2017.

Vedlegg:

Vedlegg 1: «Forslag til omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020» (november 2016)

Vedlegg 2: Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Vedlegg 3: Mail fra Kreftforeningen datert 2. desember 2016

Vedlegg 4: Drøftingsprotokoll av 8. desember 2016