

RAPPORT FRA PROSJEKTGRUPPE

KIRURGI

SYKEHUSET INNLANDET HF

2003

RAPPORT FRA PROSJEKTGRUPPE KIRURGI

11.09.2003

.....
Øyvind Graadal
Prosjektleder

.....
Ingar Tufte
prosjektstøtte

.....
Torstein Valset
overlege, spes. i generell kirurgi
og gastroenterologisk kirurgi

.....
Bjug Mjåseth
overlege, spesialist i generell kirurgi
og karkirurgi

.....
Steinar Sivertsen
overlege, spesialist i generell kirurgi
og urologi

.....
Gunnar Tonvang
overlege, spesialist i generell kirurgi
og plastikkirurgi

.....
Espen Mørk
overlege, spesialist i generell kirurgi
og ortopedi

INNHold

1.	INNLEDNING.....	4
2.	UTVIKLING AV KIRURGIEN.....	5
3.	OPPGAVE OG FUNKSJONSFORDELING I KIRURGI.....	7
4.	SITUASJONEN I HEDMARK/OPPLAND.....	8
5.	KARKIRURGI.....	9
6.	UROLOGI.....	10
7.	MAMMA ENDOKRINKIRURGI.....	12
8.	GASTROENTEROLOGISK KIRURGI.....	13
9.	ORTOPEDI.....	14
10.	FORHOLDENE MELLOM KIRURGISK DIVISJON OG DIVISJON TYNSET OG DIVISJON KONGSVINGER.....	15
11.	UTDANNING AV LEGESPESIALISTER INNEN SPESIALITETEN KIRURGI OG ORTOPEDI.....	16
12.	TILBUD TIL DEN KIRURGISKE PASIENT PÅ KORT OG LANG SIKT.....	16
	VEDLEGG 1 – MANDAT KIRURGI.....	18
	VEDLEGG 2 – PROSJEKT KIRURGI, REFERANSEGRUPPE.....	21

KAPITTEL 1 - INNLEDNING

Prosjektgruppen i kirurgi har fått to oppdrag:

- a) Et kortsiktig prosjekt hvor det skal legges fram forslag om endret oppgaveorganisering som kan gjennomføres raskt.
- b) Et mer langsiktig prosjekt hvor man skal utrede en større samling av kirurgien.

Dette er en vanskelig og utfordrende oppgave fordi:

1. Dagens bygningsmasse skal brukes og setter grenser for mulige endringer.
2. Hele det kirurgiske fagområdet henger sammen.
3. Vi ser det som viktig å lage sterke og gode fagmiljøer som kan gi pasientene best mulig behandling.

Vi mener at man trenger en økende grad av spesialisering innen kirurgi, men en må samtidig være på vakt mot en økende fragmentering av fagområdet.

Oppbyggingen av større fagmiljøer vil i en del tilfelle føre til at noen fagpersoner må endre arbeidssted. Isolert sett er selvsagt dette en ulempe for den enkelte arbeidstaker og man kan risikere at noen vil si opp sitt arbeidsforhold ved Sykehuset Innlandet ved en slik omorganisering. Slike transaksjonskostnader har vi så godt som mulig prøvd å legge inn i vår totalvurdering for anbefalte løsninger.

Prosjektgruppen har som målsetting å foreslå en oppgaveorganisering som gir et best mulig kirurgisk behandlingstilbud til pasientene i Hedmark og Oppland og for å oppnå dette mener vi at følgende seks punkter er viktige:

1. Øke kvaliteten på behandlingen for pasienter i Hedmark og Oppland ved å bygge opp større og sterkere fagmiljøer, men samtidig legge vekt på pasientens ønske om et desentralisert tilbud.
2. Lage et helsetilbud i innlandet som står godt rustet mot sentraliseringskreftene i hovedstadsområdet.
3. Bidra til en organisering som gir en bedre ressursutnyttelse av personell og utstyr.
4. Øke utdanningskapasiteten og kvaliteten ved Sykehuset Innlandet.
5. Øke forskningsaktiviteten ved Sykehuset Innlandet.
6. Lage en kirurgisk organisering som bidrar til at Sykehuset Innlandet blir en mer integrert organisasjon, og ikke består av autonome enheter med liten samhandling.

Prosjektgruppas rapport beskriver først utviklingen av kirurgien slik det er gjort rede for i utviklingsplanen for somatisk helsetjeneste for Sykehuset Innlandet. Vi beskriver så kort situasjonen for kirurgien i Hedmark og Oppland. Deretter gjennomgår vi i fem kapitler de enkelte kirurgiske fagområder og legger fram våre forslag til organisering. I de to neste kapitlene tar vi kort for oss forholdene mellom kirurgisk divisjon (Gjøvik, Lillehammer, Hamar-Elverum) og de kirurgiske avdelingene på Kongsvinger og Tynset og vi ser på forholdene rundt kirurgisk utdanning ved Sykehuset Innlandet.

I avslutningskapittelet foretar vi en vurdering av tilbudet til den kirurgiske pasient på kort og lang sikt.

KAPITTEL 2 - UTVIKLING AV KIRURGIEN

Sitat fra Utviklingsplan for somatiske helsetjenester for Sykehuset Innlandet HF, avsnitt kirurgi.

Det har vært store endringer i kirurgien etter ca 1990. Ortopedi ble på 90-tallet egen spesialitet. Ingen nyutdannede ortopeder kan derfor dekke vakter innen annet enn ortopedi. Dessuten er ortopediutdanningen innen den generelle kirurgiutdanningen blitt mindre omfattende, slik at nye generelle kirurger i mye mindre grad enn før kan dekke ortopedisk akutt behandling. Dette har ført til at man i hovedsak må ha både en ortoped og en generell kirurg på vakt ved alle kirurgiske avdelinger.

Men utviklingen går raskt videre. De fleste av dagens bløtdelskirurger (gastro/urologi/kar/thorax) har fortsatt en bred og god generell kirurgisk utdanning som gjør at de kan dekke det meste av de bløtdelskirurgiske vaktproblemene, men dette er i rask endring og skyldes:

1. De som nå utdannes får en minimumsutdanning i generell kirurgi (raskt gjennom et utdanningssystem som i tillegg legger mest vekt på subspecialist-utdanningen).
2. Etter manges mening vil spesialiteten generell kirurgi forsvinne om få år og erstattes av nye egne spesialiteter innen alle de kirurgiske fag (isteden for de tidligere subspecialitetene) og evt i tillegg få en ny (mamma/endokrinkirurgi). Dette skjer også i andre land.
3. Utvikling av ny og avansert behandling fører til at man er heltids subspecialist på dagtid og får ingen trening i de andre fagområdene som man skal dekke i vaktsammenheng.
4. Spesialiseringen har ført til at mye av det som nå gjøres på vakt også krever subspecialisert kompetanse.

Før var kirurgens redskap kniven og tilgangen til det syke organet var ved hjelp av kniven, dvs at man i prinsippet hadde samme måte å operere på uansett hva man skulle gjøre. I dag brukes stadig nye metoder, som er mer skånsomme for pasienten, men mer krevende for operatøren. I dag stopper gastrokirurgen et blødende magesår ved hjelp av gastroskopisk behandling og urologen behandler en nyrestein ved hjelp av ”steinknusing”. Begge deler skjer uten noen form for operativ behandling. Ortopeden behandler lårbensbruddet med ”sperrenagling” som kun krever svært små operasjonssnitt. Alt dette er metoder som er langt bedre enn gammeldags kirurgi, men de krever betydelig kompetanse som kun beherskes av subspecialister og ofte kreves også dyrt utstyr.

Dette betyr at store deler av den generelle kirurgien er i ferd med å bli borte både innen elektiv og akutt behandling.

Derfor synes det å tvinge seg igjennom at man snarest mulig ved kirurgiske avdelinger får en vaktberedskap som dekker ortopedi, gastrokirurgi, urologi og karkirurgi (thoraxkirurgi er sannsynligvis regionsnivå).

Samtidig er vaktberedskap dyrt og man bør ha vaktordninger som ”utnytter” de som går i vakt. Betaling for beredskap som ikke brukes er uhensiktsmessig både av økonomiske grunner og fordi man bruker opp spesialkompetansetid som man trenger på dagtid.

Utviklingen innen kirurgi har også ført til en eksplosjon av dyrt utstyr. Utstyr blir dessuten som regel for gammelt før det blir utslitt. Dvs det er dyrt å ha utstyr på mange steder. Spørsmålet om kostnader forbundet med investering i utstyr til medisinsk diagnostikk og behandling er

sannsynligvis et undervurdert spørsmål i helsereformen, og vil for fullt bli aktualisert når helseforetakene får ansvar for kapitalkostnadene forbundet med dette.

Skal man ha subspesialiserte vakter bør man ha minst 4 - 5 spesialister. Dette har både med rimelig vaktbelastning og med spørsmålet om å lage en avdeling som er attraktiv i rekrutteringssammenheng.

Et annet kjernesporsmål er om økt avgivelse av pasienter til regionsnivå vil affisere få eller mange pasienter. Skal Sykehuset Innlandet konkurrere med regionsykehusene med tanke på å etablere tilbud til pasientene? Svaret er både ja og nei. I innlandet skal vi ikke ta over pasienter med behov for store kirurgiske inngrep som i dag behandles ved f. eks Ullevål eller DNR. Vi skal etablere en struktur på vår virksomhet med tanke på å ta vare på de pasientene vi i dag behandler på en enda bedre måte. Det er dette utfordringen i hovedsak dreier seg om (jfr. ønsker om å "ta over" karkirurgi, mammakirurgi, spesiell urologi, avansert gastrokirurgi og spesiell ortopedi bla noe traumatologi).

Sykehuset Innlandet må styrke og utvikle tilbudet foretaket i dag har innen kirurgi ved å

1. Øke kvalitet på elektiv behandling gjennom å ha et fagmiljø som er stort nok til å rekruttere og holde seg oppdatert og derved gi faglig god behandling.
2. Ha vaktordninger i kirurgien som gjør at foretaket kan behandle de aller fleste pasientene fra vår region (dersom vi ikke kan dekke akuttberedskapen vil den elektive funksjonen bli borte i neste omgang).
3. Organisere kirurgisk virksomhet slik at foretaket får en god økonomi og kan bruke penger til nytt utstyr på færre steder, og lønnsmidlene til mest mulig produktivt arbeid og minst mulig til å dekke beredskapskostnader.

Det ideelle kravet om samhandling vil i denne løsningen ikke kunne ivaretas. Innen medisinen henger alt sammen med alt, men noe henger mer sammen enn andre ting. Igjen vil jeg bruke kirurgi som et eksempel: Selv om kirurgien er inndelt i subspecialiteter, henger selvsagt faget sammen. Når en pasient legges inn på sykehus med magesmerter kan det både være urologi (eks nyresten), karkirurgi (eks rumpert aneurisme), eller diverse gastrokirurgiske lidelser.

Dessuten er det tettere bånd mellom gastrokirurgi og gynekologi enn mellom gastrokirurgi og øye - og det er tettere bånd mellom ortopedi og nevrologi enn ortopedi og ØNH.

Dersom vi skal ha funksjonsdelte sykehus (og i en viss grad skal vi uansett ha det) må vi derfor i større grad se på hvordan slike sammenhenger mellom fag kan løses:

1. Spesialistene må i noen grad arbeide på flere steder
2. Forskjellige spesialiteter som "henger sammen" vil kunne løse sitt "samarbeidsbehov" i stor grad ved at man har poliklinikk/bemannings tilstede "på det andre stedet" på dag/ettermiddag, mens vakt kan dekkes fra "nabosykehuset" i mange tilfelle (fordi dette behovet er sjeldent)
3. Spørsmålet vedrørende akuttfunksjon må planlegges i detalj.

Administrerende direktør mener at en overordnet konklusjon av dette må være en sterkere samling av kirurgien. I Mjøsområdet er det i dag ca 260 - 270 kirurgiske senger. Dersom man etablerer ett kirurgisk hovedsenter ved ett av sykehusene og en elektiv ortopedisk enhet ved ett av de andre, vil ca. sengetall for hovedavdelingen være 200 - 220 og tilsvarende 50 for den

ortopediske enheten. Dette forutsetter en samling av akutte kirurgiske innleggelser i Mjøsområdet til hovedenheten.

En vurdering av eventuell lokalisering av et slikt senter er ikke foretatt, men i prinsippet kan dette etableres ved samtlige av dagens sykehusenheter i Mjøsområdet. Noe investeringskostnader vil måtte påregnes uansett lokalisering.

For å få et begrep om størrelsen på pasientpopulasjonene innen kirurgi kan følgende ca. tall angis for Mjøsområdet:

- Innleggelser: ca. 16 000 – 17 000 pasienter per år hvorav ca. 35 % er ortopediske pasienter.
- Dagkirurgi: Noe større usikkerhet, men ca. 5 000 pasienter
- Poliklinikk kirurgi: ca. 70 – 80 000 konsultasjoner pr. år.

Tallene er estimater, men bør kunne si noe om størrelsesordenen

I NOU 1998: 9 ”Hvis det haster” finner akuttutvalget at det er faglig forsvarlig at noen sykehus kun har indremedisinsk akuttberedskap, og at noen sykehus i tillegg bare fikk akuttberedskap innen ett av de kirurgiske hovedområdene. Sykehus med bare indremedisinsk akuttberedskap (dvs ikke kirurgisk akuttberedskap på døgnbasis) er nok i den modellen mindre sykehus enn hva som er tilfellet for alle enhetene i Mjøsområdet.

Administrerende direktør mener at dette er så interessante modeller at det bør drøftes i det videre arbeidet med oppgave og funksjonsorganisering. De indremedisinske miljøene har tidligere vært skeptisk til modeller som innebærer fysisk dekomponering av medisinsk og kirurgisk akuttberedskap da det hevdes at de avdelingene som blir liggende alene på grunn av manglende samhandling fort vil måtte nedlegges. Dersom kirurgien skal samles til færre lokasjoner vil dette få konsekvenser for samhandlingen mellom de to største kliniske avdelingene. Effekten og konsekvensen av dette må drøftes og utredes nærmere før endelig vedtak fattes.

KAPITTEL 3 - OPPGAVE OG FUNKSJONSFORDELING I KIRURGI

Etter at Sykehuset Innlandet HF ble opprettet fra 1. januar i år har styret ved flere anledninger drøftet oppgave- og funksjonsfordelingen og har spesielt vært opptatt av forholdene innenfor kirurgi. Med bakgrunn i styrebehandlingen i januar i år (sak 009 2003) og Sykehuset Innlandet HF's utviklingsplan for somatiske helsetjenester er følgende mandat gitt for å arbeide videre med oppgave og funksjonsfordeling innen kirurgi (vedlegg 1)

- a) Forslag om endret oppgaveorganisering innen kirurgi med tanke på implementering fra 01.01. 2004 som utarbeides til 15.09.2003.
- b) Utredning av en større samling av kirurgien. Dette er et mer langsiktig prosjekt hvor forstudien til prosjektet forventes å skulle foreligge ca. 1. november. 2003.

Det er ansatt en prosjektleder – Øyvind Graadal, divisjonsdirektør Elverum-Hamar, spesialist i generellkirurgi og gastroenterologisk kirurgi

Prosjektstøtte – Ingar Tufte og en prosjektgruppe bestående av:

Torstein Valset SI Lillehammer - spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi,

Bjug Mjåseth SI Lillehammer - spesialist generell kirurgi og i karkirurgi,

Steinar Sivertsen SI Elverum-Hamar – spesialist i generell kirurgi og i urologi,

Gunnar Tonvang SI Elverum- Hamar – spesialist i generell kirurgi og plastikkirurgi og

Espen Mørk SI Gjøvik – spesialist i generell kirurgi og i ortopedi.

Det er i tillegg nedsatt en referansegruppe som består av tre tillitsvalgte, to sjukepleiere fra det kirurgiske fagområdet i Sykehuset Innlandet, en lege og en sjukepleier fra anesthesi/intensivavdelingene, en lege og en sjukepleier fra gynekologi/obstetrikkområdet, en lege og en sjukepleier fra medisinsk avdeling og en lege og en radiograf fra radiologisk avdeling. I tillegg er to allmennpraktikere med i referansegruppen. (vedlegg 2)

KAPITTEL 4 - SITUASJONEN I HEDMARK/OPPLAND

Spesialitetene thoraxkirurgi (hjerne-lungekirurgi) nevrokirurgi og barnekirurgi finnes ikke i Hedmark – Oppland. Totalt sett utgjør dette en liten del av den totale kirurgiske virksomheten. Følgende kirurgiske spesialiteter/grenspesialiteter finnes i Hedmark og Oppland: Ortopedi (sykdommer og skader i skjelett/muskelsystemet), gastroenterologisk kirurgi (sykdommer og skader i mage/tarmsystemet), urologi (sykdommer og skader i nyre/urinveier), karkirurgi (sykdommer og skade i åresystemet). Mamma endokrinkirurgi (sykdommer i bryst og endokrine organer) er egentlig ingen formell kirurgisk grenspesialitet men organiseringen av kirurgiske avdelinger er som regel slik at dette blir betraktet som en grenspesialitet. Fordelingen av senger mellom spesialitetene er omtrent slik: Ortopedi 40%, gastroenterologisk kirurgi 35-40%, urologi 10-15%, karkirurgi 5-10% og mamma endokrinkirurgi 3-4%. Når det gjelder poliklinikk og dagkirurgi har urologi og mammaendokrinkirurgi en relativt større del av dette enn sengeantall skulle tilsi. Når det gjelder ”tyngde” av pasienter (ressurskrevende pasienter) har kar- og gastroenterologisk kirurgi en større andel enn prosentandel senger skulle tilsi.

I dag fordeler de forskjellige spesialitetene seg slik:

Gjøvik – ortopedi, gastroenterologisk kirurgi og karkirurgi.

Lillehammer – gastroenterologisk kirurgi, ortopedi, urologi og mamma endokrinkirurgi.

Hamar – gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, urologi og mammaendokrinkirurgi.

Elverum – ortopedi.

Kongsvinger – ortopedi, gastroenterologisk kirurgi og urologi

Tynset – ortopedi, gastroenterologisk kirurgi og urologi.

Sykehusene i Hedmark og Oppland har i mange år, i følge Samdatatall, drevet med lave kostnader sammenlignet med fleste norske sykehus.

Helse Øst's egne tall viser også at Sykehuset Innlandet driver både billig og effektivt sammenlignet med de andre sykehusene i Helse Øst.

Kirurgisk aktivitet ved Sykehuset Innlandet HF

Ved de kirurgiske avdelingene ved Sykehuset Innlandet ble det i 2002 behandlet ca. 20 000 innlagte pasienter, ca. 6000 dagkirurgiske pasienter og ca. 85 000 polikliniske pasienter og man ”produserte” ca. 27 000 DRG-poeng.

De tre kirurgiske avdelingene på Gjøvik, Lillehammer og Hamar er omtrent like store og utgjør hver ca. 25% av den kirurgiske behandlingsaktiviteten ved Sykehuset Innlandet, mens avdelingene på Elverum og Kongsvinger hver utgjør 10-15% av aktiviteten og avdelingen på Tynset utgjør ca. 5% av den kirurgiske aktiviteten ved Sykehuset Innlandet.

KAPITTEL 5 - KARKIRURGI

Dagens situasjon:

Karkirurgi er lokalisert til Hamar og Gjøvik i to tilsvarende poster (ca. 12 senger på hvert sted). Det er for tiden en karkirurg på hvert sted (mens en karkirurg fra Lillehammer arbeider på Gjøvik to dager pr. uke). Det drives dessuten utredning og en del ikke operativ behandling ved de radiologiske avdelingene på Gjøvik og Hamar. Det finnes ingen vaktordning innen karkirurgi, men karkirurgene deltar i den bløtdelskirurgiske vaktordningen. I tillegg drives det en del operasjoner for varicer (åreknuter) ved Tynset og Kongsvinger sykehus.

Sammenheng med andre spesialiteter

Karkirurgi har tett kobling til gastrokirurgi og i noen grad til de andre kirurgiske fagområdene. Det er dessuten en svært tett kobling mot radiologisk avdeling, både med hensyn til utredning og intervensjon. På det stedet man har karkirurgisk vakt, bør man også ha en radiologisk vakt som behersker intervensjon. Videre er det tett kobling til anestesi/intensiv avdeling, og karkirurgi er avhengig av en god intensivavdeling. Videre er nefrologisk avdeling avhengig av service fra karkirurgisk avdeling for å få utført enkelt operasjoner i forbindelse med dialyse.

Framtidige alternativer:

- a) Fortsette dagens modell.
- b) Samle all karkirurgien i Hedmark og Oppland til ett sted.

A) Fortsette dagens modell

Fordeler

- Ingen utgifter til egen vaktordning.
- Relativt kort avstand for pasientene.
- Beholde etablerte (svært små) miljøer.

Ulemper

- Mange norske fylker har vaktordning for karkirurgi og intet område som er så stort som Sykehuset Innlandet, altså 375 000 er uten karkirurgisk vaktordning.
- Det finnes ingen vaktordning for karkirurgi i innlandet (det betyr at et ikke ubetydelig antall akutt syke karpasienter må sendes til Oslo).
- Det er ingen nyrekruttering.
- Alle karkirurgene i området er omkring 60 år.
- Det utdannes ikke karkirurger i de to fylkene.
- Miljøene på så vel karkirurgisk som radiologisk avdeling er små og sårbare.

B) Samling av all karkirurgien i Hedmark og Oppland til ett sted

Fordeler

- Sterkere fagmiljøer.
- Lettere å rekruttere fagpersoner til karkirurgi og radiologi.
- Man kan opprette en vaktordning for karkirurgi (en fordel både for akutte og elektive pasienter).
- Vil få utdanningsstillinger.
- Vil bedre kunne utnytte utstyr og unngå duplisering av dyrt utstyr.
- Vil ha en større sjanse til å bevare karkirurgien i innlandet.

- Karkirurgien er en del av ”helhetlig kirurgisk tilbud” og det er derfor viktig å unngå at karkirurgien flyttes ut av området.
- Større mulighet til å drive lungekirurgi
- Karkirurgisk vaktordning. Dette har to fordeler. For det første får man en kvalitetsheving av karkirurgien ved innføring av vaktordning. For det andre vil den bløtdelskirurgiske vaktordningen bare bestå av gastrokirurger. Dette er en fordel fordi karkirurger ikke vil dekke hele området av vaktproblematikk innen gastroenterologisk kirurgi og dessuten vil man mye lettere kunne rekruttere karkirurgiske spesialister dersom de slipper å delta i en generell bløtdelskirurgisk vaktordning.

Ulemper

- Vaktordning har en økonomisk utgift.
- Noe personell vil måtte endre arbeidssted
- Noen pasienter vil få lengre reise.
- Noen kirurgiske og andre medisinske miljøer vil miste nærheten til det karkirurgiske fagområdet. (Men dette kan i stor grad kompenseres ved poliklinikkservice på de andre sykehusenhetene).
- Risikere tap av fagpersonell/kompetanse.

Økonomiske betraktninger

Vaktordning for karkirurgi vil koste ca. 1,5 mill. kroner pr. år. En vaktordning vil imidlertid føre til at man slipper å sende pasienter ut av fylkene. Dette vil gi betydelige ekstrainntekter fordi behandlingsapparatet allerede vil ”stå klart” til å behandle disse pasientene uten særlige ekstrakostnader. Videre vil man ved å samle karkirurgien unngå duplisering av utstyr. En større samlet avdeling vil også gi større kontinuitet og få mindre problemer med fravær, sykdom, kurs osv. I dag har man manglende tilstedeværelse av karkirurg for eksempel i 4 ukers sommerferie.

Gruppens anbefaling

- 1 Man anbefaler av karkirurgien samles til ett sted i Sykehuset Innlandet når det gjelder sengefunksjon. Det anbefales at det opprettes karkirurgisk vaktordning på dette sted.
- 2 Man anbefaler at det drives poliklinisk virksomhet ved flere enheter og også eventuelt en viss grad av dagkirurgisk virksomhet.

KAPITTEL 6 - UROLOGI

Dagens situasjon.

Hovedmengden av urologi drives i dag på Lillehammer og Hamar (dessuten drives noe urologi på Tynset og Kongsvinger). Det finnes ingen egen urologivakt men urologene deltar i den generellkirurgiske bløtdelsvakten.

Sammenheng med andre spesialiteter

Urologi har tett tilknytning til hele det kirurgiske felt spesielt gastroenterologisk kirurgi og i noen grad karkirurgi og gynekologi. Videre er urologisk avdeling avhengig av en god radiologisk avdeling og en god anestesivdeling. Man har videre spesielt i poliklinisk sammenheng samarbeid med nefrologisk avdeling. Urologi har også behov for patologisk service. Hedmark bruker Radiumhospitalet til patologisk service, mens Oppland bruker Lillehammer.

Det bør være en målsetting at patologisk avdeling på Lillehammer blir en felles avdeling for Oppland og Hedmark.

Fremtidige alternativer

- a) Fortsette dagens modell.

b) Samling av all urologien i Hedmark og Oppland til ett sted.

A) Fortsette dagens modell

Fordeler

- Ingen utgifter til vaktordning.
- Man beholder etablerte (men små) miljøer.
- Relativt kort avstand for det fleste pasientene.

Ulemper

- Små og sårbare fagmiljøer.
- Ingen sterk nyrekruttering.
- Større behov for vikarbruk ved sykdom, ferier/fravær.
- Ingen vaktordning (mange norske fylker har urologisk vaktordning, og intet område i Norge med et nedslagsfelt på 375 000 personer driver i dag urologisk virksomhet uten vaktordning).

B) Samling av urologien i Hedmark og Oppland til ett sted

Fordeler

- Sterkere og mer robuste fagmiljøer.
- Urologisk vaktordning. Dette har to fordeler. For det første får man en kvalitetsheving av urologien ved innføring av vaktordning. For det andre vil den bløtdelskirurgiske vaktordningen bare bestå av gastrokirurger. Dette er en fordel fordi urologer ikke vil dekke hele området av vaktproblematikk innen gastroenterologisk kirurgi og dessuten vil man mye lettere kunne rekruttere urologiske spesialister dersom de slipper å delta i en generell bløtdelskirurgisk vaktordning.
- Avdelingen vil være mindre sårbar ved ferie/fravær og sannsynligvis derfor få et mindre vikarbehov.
- Man vil kunne utnytte utstyret bedre og få mindre behov for dublering.

Ulemper

- Man må flytte personell.
- En del pasienter vil få lengre reisevei.
- Noen kirurgiske og andre medisinske miljøer mister nærheten til urologifaget (men dette kan i stor grad kompenseres ved poliklinikkservice på de andre sykehusenhetene).
- Man vil få utgifter til urologisk vaktordning.
- Risikerer tap av fagpersonell og kompetanse.

Økonomiske betraktninger

Urologisk vakt vil koste ca. 1,5 mill. kroner pr. år. Ved samling av urologien vil man få mindre duplert utstyr, mindre vikarbruk og sannsynligvis økt mulighet for en mer rasjonell drift. Man taper i dag noen få pasienter til regionsykehus fordi man ikke har urologisk vakt, men det er relativt få. Ved en stor kirurgisk avdeling i innlandet med hensyn til urologi vil man også i noen grad kunne behandle pasienter som i dag behandles på regionsykehusnivå men dette er sannsynligvis også et svært lite antall.

Når det gjelder urologisk virksomhet på Tynset og Kongsvinger mener gruppen at det bør arbeides for å samle innlagte urologiske pasienter til Hamar/Lillehammer eller til et eventuelt fremtidig urologisk senter.

Gruppens anbefaling:

1. At man samler sengeavdelingen til ett sted og at man oppretter urologisk vakt dette sted.

2. Det drives poliklinisk virksomhet og eventuelt dagkirurgisk virksomhet flere steder innen Sykehuset Innlandet HF

KAPITTEL 7 - MAMMA ENDOKRINKIRURGI

Dagens situasjon

Mamma endokrinkirurgi er ingen egen spesialitet eller grenspesialitet. Ved de aller fleste norske sykehus finnes det derfor ingen egen vaktordning for dette fagområdet. Det som videre preger fagområdet (spesielt mammakirurgi) er en stor poliklinisk virksomhet.

Utredning og behandling av brystkreft har de siste årene gjennom de nasjonale screeningprogrammer og opprettelsen av såkalte brystdiagnostiske sentre (BDS) vært et stort satsningsområde fra Statens side. Målet har i hovedsak vært et screeningprogram og et BDS i hvert fylke. I Oppland ble screeningprogrammet startet i 2002 og i Hedmark har man nylig startet tilsvarende screeningprogram for brystkreft. BDS er for en tid siden etablert i Oppland (Lillehammer), mens det nylig er etablert i Hedmark (Hamar).

Innen så vel mammakirurgi som thyroideakirurgi er det svært få senger som brukes for innlagte pasienter. Brystkreftkirurgi drives i dag på Lillehammer og på Hamar, mens thyroideakirurgi foregår ved de kirurgiske avdelingene på Lillehammer og Hamar og ved øre-nese-hals avdelingen på Gjøvik. Det foregår dessuten noe mammakirurgi ved sykehusene på Tynset og Kongsvinger.

Sammenheng med andre avdelinger

Mammaendokrinkirurgi har sammenheng med resten av bløtdelskirurgien i noen grad. Dessuten har man tett samarbeid mot radiologisk avdeling og med onkolog. Man har et visst samarbeid med endokrinologisk ekspertise innen indremedisin og er avhengig av patologisk service. Det bør være en målsetting at patologisk avdeling på Lillehammer blir en felles avdeling for Hedmark og Oppland.

Fremtidige alternativer

- a) Fortsette dagens modell.
- b) Samling av mamma endokrinkirurgi til et sykehus i innlandet.

På samme måte som innen karkirurgi har man her parallelle forhold når det gjelder robuste kontra svake fagmiljøer i forhold til å beholde/flytte etablerte miljøer, kortere/lengre avstander for pasientene og eventuelt dublering eller unngå dublering av utstyr. Man har imidlertid to vesentlige forskjeller. Det ene er at det kun ved svært få norske sykehus er opprettet vaktordninger innenfor mamma endokrinkirurgi. Det andre er at dette fagområdet har en svært stor grad av poliklinisk virksomhet og dagkirurgisk virksomhet i forhold til innlagt virksomhet. Det tredje er at man altså relativt nylig og ut ifra et satsingsområde fra Staten har bygd opp en samlet behandlingsskjede for brystkreftbehandling med hensyn til screeningprogrammer, BDS-etablering og påfølgende operativ behandling. Selv om gruppen også her finner gode faglige argumenter for samling finner man også svært mange gode argumenter for å opprettholde dagens situasjon.

Gruppens anbefaling:

Prosjektgruppen anbefaler at dagens modell beholdes. Det forutsettes at det blir et faglig tett samarbeid mellom de to stedene og at fravær og utstyrsinvesteringer koordineres for å utnytte faglige og økonomiske ressurser best mulig. Vi forutsetter videre at man etter en periode på nytt vurderer om det er en fordel å lage en tettere geografisk samling og om thyroideakirurgien skal utføres på færre steder.

Gruppen anbefaler at mammakirurgi fra Tynset og Kongsvinger flyttes til Hamar/Lillehammer.

KAPITTEL 8 - GASTROENTEROLOGISK KIRURGI

Dagens situasjon

Det drives gastroenterologisk kirurgi ved Lillehammer, Gjøvik og Hamar samt Tynset og Kongsvinger. Det betyr at gastrokirurgien i Oppland er omtrent likt fordelt mellom Gjøvik og Lillehammer (183 000 innbyggere i Oppland), mens Hamar har sentralsykehusfunksjon for hele Hedmark (188 000), samt lokalsykehusfunksjon for ca. 130 000. Tynset og Kongsvinger har lokalsykehusfunksjon for de resterende knapt 60 000 innbyggerne.

Sammenheng med andre avdelinger

Gastroenterologisk kirurgi har et relativt tett samarbeid mot resten av kirurgien, spesielt bløtdelskirurgien. Videre er det et samarbeid mot medisinsk gastroenterologi. Videre har gastroenterologisk kirurgi behov for en svært god radiologisk avdeling med hensyn til utredning og intervensjon og videre stort behov for en god anestesi/intensiv avdeling. Det er et tett samarbeid mellom gastrokirurgi og gynekologi, og det kreves at man ved gastrokirurgisk avdeling kan tilkalle gynekolog og at man ved gynekologisk avdeling kan tilkalle gastrokirurg hele døgnet. Dersom man samler gastrokirurgien ett sted i Oppland og gynekologien ett sted i Oppland ville det være en fordel om dette stedet er felles for det to fagområdene. (Et medlem av gruppa, Torstein Valset, mener at dette siste punktet skal stå under anbefalinger og ikke under punktet sammenheng med andre avdelinger).

Fremtidige alternativer

- a) Fortsette dagens modell
- b) Samling til to steder
- c) Samling til ett sted

Når man her snakker om dagens situasjon to steder eller ett sted er Kongsvinger og Tynset ikke med i disse vurderingene. Det dreier seg altså om Gjøvik/Lillehammer og Hamar/Elverum. Alternativ c) drøftes ikke videre da dette er umulig innen dagens bygningsmasse, men det vil senere bli vurdert i vårt mandat b).

A) Fortsette dagens modell

Fordeler

- Man har i en viss grad nærhet til pasienten og man har samarbeid med en del ikke-kirurgiske avdelinger.

Ulemper

- Det er vakt tre steder.
- Dersom karkirurger og urologer går ut av bløtdelsvakt vil vaktbelastningen på tre steder bli svært stor. Det finnes i dag ingen full beredskap på en del av det gastrokirurgiske området, bl.a. endoscopi (fordi man ikke har rene gastrokirurgiske vaktordninger, men bløtdelskirurgiske vaktordninger hvor også karkirurger og urologer deltar). Mange andre norske fylker har ren gastrokirurgisk vaktordning.
- Det er mangel på gastrokirurger i Norge.
- Med den vaktbelastningen man vil få ved å opprettholde tre avdelinger vil man ikke rekruttere godt.

A) Samling til to steder

Fordeler

- Får færre vaktordninger.
- Får mer robuste og sterke fagmiljøer.
- Gir grunnlang for bedre rekruttering og utdanning.
- En kan "ta igjen"/unngå at enkelte pasienter sendes til regionsykehus i vaktsammenheng.
- En ren gastrokirurgisk vaktordning vil bli en betydelig kvalitetsforbedring og man står bedre rustet til å behandle kompliserte pasienter på døgnbasis.

Ulemper

- Man må flytte fagpersoner.
- En del pasienter vil få lengre reiseavstand.
- Viktige samarbeidspartnere mister nær kontakt med det gastrokirurgiske miljøet (det kan i noen grad kompenseres med poliklinikk og en felles vaktberedskap).

Økonomiske betraktninger

Vaktordning innen gastroenterologisk kirurgi er en relativt arbeidsbelastende vakt. Det betyr at samling til færre steder vil føre til merarbeid på de to stedene hvor man skal ha vakt, men beredskapsutgiftene vil selvsagt bli mindre totalt. Gastrokirurgisk vaktordning på spesialistnivå koster fra to til tre millioner og man må i hvert fall regne med at en god del av denne utgiften kan spares inn med vakt på to i motsetning til tre steder. I tillegg vil man selvsagt unngå duplisering av utstyr og forhåpentligvis redusere vikarbruken noe ved større avdelinger.

Gruppens anbefaling:

1. Sengefunksjon for gastroenterologisk kirurgi samles til to sykehus og det etableres ren gastrokirurgisk vaktordning med disse to enhetene.
2. Poliklinisk virksomhet og eventuell dagkirurgisk virksomhet vil kunne drives på flere steder.

KAPITTEL 9 - ORTOPEDI

Dagens situasjon

Ortopedi drives i dag på Lillehammer, Gjøvik, Elverum samt på Tynset og Kongsvinger og nedslagsfeltene er omtrent som for gastroenterologisk kirurgi. Reumakirurgi er lagt til de ortopediske avdelinger på Lillehammer og Kongsvinger. Dessuten er det en relativt sett betydelig større skadekirurgisk virksomhet på Lillehammer (på grunn av skiskader) en på de andre ortopediske avdelingene.

Sammenheng med andre avdelinger

Ortopedisk avdeling har et visst behov for samarbeid med bløtdelskirurgisk avdeling i forbindelse med traumatologi. Dessuten samarbeider de med nevrologisk avdeling, reumatologisk avdeling og rehabiliteringsavdelingen. Ortopedisk avdeling er også avhengig av anestesi og røntgenavdeling.

Fremtidige alternativer

- a) Dagens modell
- b) Samling av ortopedi til to steder
- c) Samling av ortopedi til ett sted

Når man snakker om dagens situasjon, to steder eller ett sted, betrakter man ikke Kongsvinger og Tynset i disse vurderingene. Det dreier seg kun om Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum. Alternativ c) drøftes ikke videre, da dette er umulig innen dagens bygningsmasse.

A) Dagens situasjon

Fordeler

- Avdelingene dekker 80 – 90% av dagens behov.
- Nærhet til pasientene.
- Man utdanningsstillinger ved alle avdelinger

Ulemper

- Man har vakt med vaktutgifter på tre steder.
- Man har relativt høy vaktbelastning, spesielt i ferier og ved annet fravær.
- En videre spesialisering innen ortopedi vil kreve større fagmiljøer.

B) Samling til to steder

Fordeler

- Færre vaktordninger.
- Et noe større og robust fagmiljø.
- Rekruttere bedre.
- Mulighet for bred faglig kompetanse på hver ortopedisk avdeling.
- Assistentleger i ortopedivakt.

Ulemper

- Man må flytte etablerte miljøer.
- En del pasienter vil få lengre reiseavstand.
- Risiko for tap av fagpersonell.
- Stor motstand i deler av fagmiljøet.

Økonomiske betraktninger

En god del av vaktarbeid ved ortopedisk avdeling utføres av ass. leger. Det betyr at man ved å gå ned fra tre til to avdelinger vil kunne spare en spesialist i vakt. Man vil dessuten slippe dyrt utstyr på tre steder, men kun på to. Sannsynligheten for redusert vikarbruk er også tilstede ved færre avdelinger.

Gruppens anbefaling:

Begge alternativer er akseptable løsninger for ortopedien i Sykehuset Innlandet. Og begge alternativer gir en forsvarlig dekning av ortopedisk virksomhet.

Gruppens flertall er imidlertid av den oppfatning at alternativ b er en bedre løsning.

For fire år siden ble gastroenterologisk kirurgi og ortopedi etter lang forberedelse omorganisert i Hamar – Elverum. Både fordi denne omorganiseringen fungerer bra og fordi man skal utrede en større samling av kirurgien, vil gruppen ikke anbefale å endre denne organiseringen.

KAPITTEL 10 - FORHOLDENE MELLOM KIRURGISK DIVISJON OG DIVISJON TYNSET OG DIVISJON KONGSVINGER

I mandatet er det angitt at det skal legges fram forslag om faglige samhandlingsmønstre mellom Kirurgisk divisjon og divisjon Kongsvinger og divisjon Tynset.

Vi har under de enkelte fagområder i noen grad berørt kirurgisk virksomhet på Kongsvinger og Tynset. Vi har konkret nevnt urologi og mammakirurgi (når det gjelder innleggelser). Når vi av blant annet kvalitetsgrunner mener at slik virksomhet bare bør drives på ett eller to steder i

området Gjøvik – Lillehammer – Hamar - Elverum med et nedslagsfelt på ca. 310 000 innbyggere finner vi det unaturlig at det for resten av Hedmark (med et nedslagsfelt på ca. 60 000) drives slik kirurgi. Dette dreier seg om relativt få pasienter og det er dessuten i all hovedsak elektiv virksomhet.

Denne omorganiseringen må ikke nødvendigvis skje umiddelbart men fagmiljøene bør sammen med ledelsen for kirurgisk avdeling Kongsvinger/Tynset og Kirurgisk divisjon Sykehuset Innlandet drøfte en fremtidig organisering innen disse fagområdene.

Når det gjelder hovedmengden av kirurgi på Kongsvinger og Tynset er dette gastroenterologisk kirurgi (generell kirurgi) og ortopedi. Kongsvinger sykehus har i tillegg ansvaret for reumakirurgi i Hedmark. Det foregår i dag et faglig samarbeid mellom sykehusene i Hedmark fylke, og en forutsetter at dette samarbeidet videreutvikles og selvsagt utvides til også å gjelde kirurgiske avdelinger i Oppland. Så snart Kirurgisk divisjons ledelse er på plass og endret funksjonsfordeling er vedtatt, bør tettere samhandlingsmønstre mellom divisjon Tynset og Kongsvinger og kirurgisk divisjon konkretiseres. Dette kan dreie seg om pasientbehandling, utstyrsinnkjøp og felles bruk av fagkompetanse.

Gruppen har diskutert endring av akuttfunksjon og større endringer innen kirurgi på Kongsvinger og Tynset, men vil ikke legge fram synspunkter på dette nå. Dette er etter gruppens oppfatning en del av prosjektet del B

KAPITTEL 11 - UTDANNING AV LEGESPESIALISTER INNEN SPESIALITETEN KIRURGI OG ORTOPEDI

Utdanning til spesialist/grenspesialist i kirurgifagene og i ortopedi krever både en bred basisutdanning innen de enkelte fagområder, samt en grundig utdanning innen hovedområdet. Hittil har man ved de fleste lokalsykehus fått en generell basisutdanning og deretter en supplerende utdanning ved region/universitetssykehus. Ved den funksjonsfordelingen som nå gjøres i Hedmark og Oppland (og i mange andre fylker) blir ingen sykehus lengre komplette utdanningsinstitusjoner. Dette fører til at man i større grad enn tidligere blir avhengig av utdanning på flere avdelinger (evt. flere steder).

Dette er forhold som det bør legges vekt på i den funksjonsendringen man nå planlegger. Man bør prøve å lage en struktur slik at utdanningskandidatene slipper med færrest mulig flyttinger.

Men det nye Sykehuset Innlandet gir også muligheter for en kvalitetsheving av kirurgisk utdanning. Man vil få større fagmiljøer som vil gi en bredere og mer komplett utdanning. Man vil, dersom de enkelte kirurgiske enhetene samarbeider og koordinerer sin utdanning, kunne gi full generellkirurgisk og ortopedisk utdanning ved Sykehuset Innlandet. Dette siste vil føre til et fortrinn ved vårt sykehus i forhold til en del andre sykehus hvor man fortsatt må supplere med universitets/regionsykehusutdanning for å bli spesialist.

KAPITTEL 12 - TILBUD TIL DEN KIRURGISKE PASIENT PÅ KORT OG LANG SIKT.

Som det fremgår av kapittel 1 har man beskrevet hvordan kirurgien har utviklet seg i betydelig mer spesialisert og grenspesialisert retning. Nærmest et samlet kirurgisk miljø er innforstått og er enige i den spesialiseringen som har foregått innen kirurgi og som vil gå videre. Denne spesialiseringen vil helt klart være til fordel for pasientene. Man må imidlertid være svært forsiktig slik at spesialisering ikke blir det samme som fragmentering av det kirurgiske tilbudet.

Kirurgifaget er en helhet og selv om pasientene nå i mye større grad tilbys spesialisert behandling er ikke sykdomspanoramaet i vesentlig grad endret. Det betyr at pasienten ofte kan ha behov for vurdering av flere spesialister og at de sammen kommer frem til den riktige behandlingen. Denne behandlingen kan i mange tilfeller utføres av en spesialist/grenspesialist, men i en del tilfeller vil det også være behov for flere spesialister/grenspesialister til å utføre behandlingen. Derfor vil det være svært viktig både for den omstruktureringen og spesialiseringen som nå foreslås av denne prosjektgruppen og for den fremtidige kirurgiske funksjonen i innlandet å ha helhetsperspektivet i fokus. Som eksempler på helheten innen kirurgi kan nevnes:

1. Innen skadekirurgi vil en del pasienter ha skader i flere organsystemer og behandlingen vil kunne kreve behandling av flere kirurgiske spesialister/grenspesialister.
2. Det vil fortsatt være en del pasienter med uklare lidelser som innledningsvis vanskelig lar seg definere innen en spesiell spesialitet/grenspesialitet. Dette er både et problem for allmennpraktikeren som skal legge pasienten inn i sykehus og det kan være en vanskelig vurdering innad i sykehus mellom forskjellige grenspesialister.
3. Enkelte ganger oppstår det under en operasjon uforutsette hendelser eller komplikasjoner hvor man trenger hjelp/støtte fra annen kirurgisk spesialitet/grenspesialitet. Da er det selvsagt en fordel at denne spesialisten finnes på samme sykehus som operatør.

Disse problemene som er nevnt ovenfor finnes i en viss grad i dag, men de vil sannsynligvis forsterke seg i fremtiden. Årsaken til dette er at dagens spesialister/grenspesialister innen kirurgi/ortopedi har en relativt bred grunnutdanning i hele det kirurgiske fagområdet. Den nye utdanningsstrukturen fører imidlertid til at leger i kirurgi/ortopediutdanning får en kortere basisutdanning i det kirurgiske fagområdet, men en raskere og mer omfattende grenutdanning. Dette betyr at den nyutdannete grenspesialist i dag, og i hvert fall i løpet av få år, i betydelig mindre grad vil kunne beherske oversikten innen kirurgifaget.

Konklusjon:

Forslaget fra prosjektgruppen om en betydelig samling innenfor de kirurgiske spesialitetene/grenspesialitetene vil på mange områder føre til en betydelig kvalitetsforbedring. Imidlertid vil gruppen sterkt presisere at dette ikke bør betraktes som en endelig løsning og heller ikke bli noen sovepute for en videre utvikling av kirurgien i innlandet. Gruppen oppfatter at den foreslåtte funksjonsendringen bare er et skritt på veien på det som må være målet for Sykehuset Innlandet, innen fem år, lage en større samling av kirurgien hvor alle kirurgiske spesialiteter og grenspesialiteter er representert. Gruppen mener at man raskt må arbeide videre med mandat B.

Dette er etter vår mening det eneste som i fremtida vil gi innlandet et kirurgisk tilbud som:

1. Vil gi befolkningen i innlandet et godt og fremtidsrettet behandlingstilbud.
2. Hindre tap av fagkompetanse og pasienter til Oslo området.
3. Gi et komplett utdanningstilbud.
4. Gi god mulighet for forskning og utvikling i Sykehuset Innlandet divisjon kirurgi.

VEDLEGG 1

Mandat Kirurgi:

Mandatet til oppgave og funksjonsfordeling vedtatt av Sykehuset Innlandets styre 29.1.2003 (styresak 009-2003) og Sykehuset Innlandets vedtatte utviklingsplan 2004 -2010 legges til grunn.

Mandatet vil ha to elementer:

- **A:** Forslag om endret oppgaveorganisering innen kirurgi med tanke på implementering fra 1.1.2004 utarbeides til 15.9.2003
- **B:** Utredning av en større samling av kirurgien. Dette er et mer langsiktig prosjekt, hvor forstudien til prosjektet forventes å skulle foreligge ca 1. november 2003.

Prosjektleder vil ha ansvar for begge elementer.

Oppgave:

Utarbeide beslutningsgrunnlag for organiseringen av tjenestetilbudet innenfor kirurgi i Sykehuset Innlandet jfr. Element A og B i mandatet.

Mandat prosjekt A:

Prosjektet skal bl.a.:

- Foreslå løsninger for grenspesialiserte vaktordninger innen kirurgi.
- Lage forslag om faglig samhandlingsmønstre mellom kirurgisk divisjon og divisjon Kongsvinger og divisjon Tynset
- Legge fram forslag om samling av sengefunksjonen innen karkirurgi og urologi i Sykehuset Innlandet.
- Utarbeide et forslag til et samordnet helhetlig tilbud i Sykehuset Innlandet innenfor mamma/endokrinkirurgi.
- Prosjektet skal gi forslag om geografisk lokalisering av de enkelte aktivitetene innen kirurgi i Mjøsområdet
- Forslag til geografisk lokalisering av spesielle funksjoner innenfor ortopedi.
- Gi en vurdering av dimensjoneringen av tilbudet innen kirurgi samt beregne økonomiske konsekvenser av eventuelle endringer i dimensjonering av tilbudet.
- Investeringsmessige konsekvenser av forslagene skal beregnes

Forutsetninger:

- Føringerne i styrets vedtak i sak nr. 009-2003 fra 29.1.2003 må ivaretaes ved arbeidet. Det forutsettes at omorganiseringen av generell kirurgi og ortopedi ikke skal øke antallet vaktteam i Mjøsområdet. Med dette menes at oppgaveorganiseringen både innen ortopedi og generell kirurgi må vurderes for å holde ressursbruken i vaksammenheng på et adekvat og kostnadseffektivt nivå. En generell føring om kostnadsreduksjon knyttet til tjenestetilbudet må ivaretaes.
- Arbeidet med prosjektering av føde tilbudet i Sykehuset Innlandet må sees i sammenheng med prosjekt A.

Planleggingen av det kirurgiske tilbudet på kort sikt bør om mulig føre til en reduksjon av fullt utbygde intensiv avdelinger i Sykehuset Innlandet. En eventuell samlokalisering av de respektive sengeavdelingene for ØNH og tilsvarende for nevrologi kan i planarbeidet for kirurgi taes med som en faktor i vurderingen av tilgjengelig areal.

- Planarbeidet skal bidra til at kirurgisk divisjon settes i stand til å drive sin virksomhet på en kostnadseffektiv måte.
- Endringer innen kirurgi som får konsekvenser for andre fagområder forutsettes vurdert i regi av prosjektgruppen

Mandat prosjekt B: Utarbeides til 15.09.03

Prosjektorganisasjon:

Prosjektet organiseres med en prosjektgruppe ledet av en prosjektleder som tilsettes etter utlysning. Prosjektstøtte i form av ekstern bistand.

Prosjektansvarlig er direktør for strategi og helsefag.

Det etableres en referansegruppe.

Prosjektgruppe:

Prosjektleder: Ø. Graadal

Prosjektstøtte: I. Tufte

Torstein Valset – SI-L – Gastro

Bjug Mjåseth – SI-L – Kar

Steinar Sivertsen – SI-E/H – Uro

Gunnar Tonvang – SI-E/H – Mamma

Espen Mørk – SI-G – Ortopedi

Det er fritt opp til prosjektleder å etablere prosjektgrupper for å utrede spesifikke spørsmål. Sammensetningen er valgt for å få en bred representasjon av spesialitetene innen kirurgi.

Likeledes er det et poeng å benytte andre enn de som satt i prosjektgruppen Kirurgi Innlandet med tanke på faglig å øke bredden i beslutningsgrunnlaget.

Det forutsettes at prosjektleder har en tett dialog med direktørene for økonomi, personal og intern service for å kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget. Bestillinger til intern service, økonomi og personal avdelingene formidles via de respektive direktører. Prosjektleder forutsettes å koordinere med prosjekt ”Etablering og forenkling av organisasjons og ledelsesmodell for Sykehuset Innlandet”.

Referansegruppe:

3 tillitsvalgte – velges ut av koordinerende tillitsvalgte

2 spl. som arbeider innenfor kirurgiske avdelinger i SI. En fra Hedmark og en fra Oppland

1 lege og spl. fra anestesi/intensiv avdelingene

1 lege og spl. fra gynekologisk avdeling

1 lege og spl. fra medisinsk avdeling

1 lege og radiograf fra radiologisk avdeling

2 allmennpraktikere

Eableres for å få innspill og synspunkter på prosjektgruppens forslag. I utgangspunktet foreslåes et åpningsmøte og et avslutningsmøte for referansegruppen