

SAK NR 042-2021

**VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF – KONKRETISERING AV
FRAMTIDIG MÅLBILDE**

Forslag til

VEDTAK:

1. Styret tar den framlagte prosjektutredningen fra Helse Sør-Øst RHF om videreutvikling av Sykehuset Innlandet til orientering. Styret legger til grunn at arbeidet representerer en konkretisering av Sykehuset Innlandets målbilde, som skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester.
2. Styret merker seg uttalelsene som har framkommet i den gjennomførte høringsprosessen i regi av Helse Sør-Øst RHF. Styret legger vekt på de hensyn høringsinstansene har fremmet gjennom sine innspill.
3. Styret anbefaler det framlagte alternativ 3 som framtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet. Styret anbefaler at følgende utredes i konseptfasen:

Mjøssykehuset i Moelv med en samling av alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Sykehuset Innlandet HF, stort akuttsykehus på Lillehammer, akuttsykehus på Tynset og elektivt sykehus med skadepoliklinikk og luftambulansebase på Elverum.

Et reelt nullalternativ utredes som et referansegrunnlag.

4. Styrets anbefaling legger til grunn at Sykehuset Innlandet skal etablere et lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikle de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Videre er det en forutsetning at distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker på Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og i Valdres videreutvikles.
5. Styret ber administrerende direktør følge opp vedtaket om at fagområder og funksjoner som kan og bør samles, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Det vises her til Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i sak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF».

6. Styret finner at saken er tilstrekkelig utredet og belyst gjennom de framlagte dokumentene og ber administrerende direktør oversende saken med anbefaling til behandling i Helse Sør-Øst RHF.

Brumunddal, 30. april 2021

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

Innledning

Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF». Arbeidet har vært delt i to faser. Den første fasen ble arbeidet med virksomhetsinnholdet med kvalitative og kvantitative gevinster oppsummert i rapporten «Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF» (vedlegg 1). I den andre fasen ble det gjennomgått en vurdering av bygg, mulig gjenbruk av investeringer, investeringskostnader, økonomisk bærekraft og lokalisering oppsummert i rapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» (vedlegg 2). Det ble i tillegg gjennomført en samfunnsanalyse (vedlegg 3). Denne styresaken bygger på dette arbeidet, samt oppsummeringen av høringen gjennomført av Helse Sør-Øst RHF (vedlegg 4).

Helse Sør-Øst RHF har gjennomført dialogmøter med kommuner og fylkeskommunen i Innlandet samt en høring i første kvartal 2021. En oppsummering av høringsuttalelsene er lagt fram i styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill» for styret i Helse Sør-Øst RHF som fattet følgende enstemmige vedtak:

1. *Styret tar oppsummering av høringsuttalelsene om videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og sykehusstrukturen i Innlandet til orientering, og ber om at de hensyn høringsinstansene har fremmet gjennom sine innspill vektlegges i den videre behandling.*
2. *Basert på innspill i høringsrunden tegner det seg tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet som må vurderes.*

Alternativ 1

Mjøssykehus i Brumunddal, stort akuttisykehus i Lillehammer, akuttisykehus på Tynset, elektivt sykehus i Gjøvik og stort lokalmedisinsk senter med skadepoliklinikk og luftambulansbase i Elverum. Alternativet tilsvare anbefaling i prosjektrapporten om ny sykehusstruktur i Innlandet med justerte opptaksområder i henhold til innspill fra aktuelle kommuner.

Alternativ 2

Mjøssykehus i Moelv, stort akuttisykehus og luftambulansbase i Elverum, akuttisykehus på Tynset og elektivt sykehus med skadepoliklinikk i Lillehammer.

Alternativ 3

Mjøssykehus i Moelv, stort akuttisykehus i Lillehammer, akuttisykehus på Tynset og elektivt sykehus med skadepoliklinikk og luftambulansbase i Elverum.

Forutsatt en justering av vedtatt målbilde, kan det vurderes å legge akuttfunksjoner for indremedisin til sykehuset i Elverum.

Sykehuset Innlandet HF bes om å:

- a) *gjøre en overordnet vurdering av faglige og økonomiske risikoer ved de tre alternativene, både for perioden fra fremtidig sykehusstruktur er vedtatt til nytt bygg tas i bruk og etter at nytt bygg er tatt i bruk.*
 - b) *anbefale hva som skal være grunnlag for konseptfaseutredning.*
3. *Styret viser til at det som del av konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ) som fremstilles sammenlignbart med øvrige alternativer.*

4. *Basert på behandling av sak om fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF, bes administrerende direktør fremlegge ny sak med anbefaling om fremtidig sykehusstruktur i Innlandet som grunnlag for oppstart av konseptfase.*

Med bakgrunn i høringsinnspillene beskriver Helse Sør-Øst RHF tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet. Denne styresaken svarer ut oppdraget gitt til Sykehuset Innlandet i punkt 2 ovenfor.

I styresaken presenteres først bakgrunn og historikk. I saksframstillingen som følger presenteres demografi, sykdomsutvikling og framtidige kapasitetsbehov som grunnleggende forutsetninger for framtidig sykehusstruktur. Deretter presenteres fordeling av aktivitet i form av tilbud på behandlingssteder i Sykehuset Innlandet og prosjektrapportens anbefalte løsningsalternativ. Oppsummering av høringen inkluderes i og avslutter denne delen av styresaken.

Saksframstillingen vurderer videre alternativene i henhold til Helse Sør-Øst RHF sin styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill». I tråd med oppdraget gitt i denne styresaken drøftes alternativene innenfor temaene pasientbehandling, rekruttering, økonomi og samfunnsmessige virkninger. Disse temaene avsluttes med en overordnet risikovurdering.

Bakgrunn og historikk

Sykehuset Innlandet igangsatte i 2010 en planprosess og gjennomførte i perioden 2010–2013 tre utredningsfaser med tilhørende høringsprosesser. Helse Sør-Øst RHF ga i 2013 Sykehuset Innlandet i oppdrag å utarbeide en helhetlig utviklingsplan med utgangspunkt i Sykehuset Innlandets tre høringsdokumenter Premisser, mål og utfordringer (2010), Strategisk fokus 2025 (2012) og Delplaner (2013). Foretakets utviklingsplan ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF i 2014.

Helse Sør-Øst RHF godkjente oppstart for Sykehuset Innlandet sin idéfase i styresak 066-2014 «Sykehuset Innlandet HF – Søknad om oppstart idéfase». Sykehuset Innlandet la fram sin idéfaserapport i styresak 077-2016 «Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Fremleggelse av utkast til idéfaserapport». Det ble gjennomført en høring våren 2017. En oppsummering av høringen ble lagt frem i styresak 055-2017 «Videreføring av tidligfasearbeidet – Fremleggelse av høringsuttalelser i idéfasen».

Styret i Sykehuset Innlandet godkjente idéfaserapporten med anbefaling om framtidig målbilde og gjorde følgende enstemmige vedtak i sak 079-2017 «Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde»:

1. *Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitaltjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.*
2. *Styret gir sin tilslutning til et framtidig målbilde med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttpsykiatri, kalt Mjøssykehuset. Mjøssykehuset får en rolle som knutepunkt i et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud for hele Innlandet.*

3. *Styret tilrår, med bakgrunn i den gjennomførte idéfasen med tilhørende høringsinnspill, at Mjøssykehuset lokaliseres ved Mjøsbrua.*
4. *Styret anbefaler at følgende alternative løsninger utredes i konseptfasen:*
 - a. *Mjøssykehuset dimensjonert for å behandle pasienter innenfor de fagområder og lokalsykehusfunksjoner som beskrevet i saksutredningen. I tillegg til dimensjoneringen av Mjøssykehuset skal det i Sykehuset Innlandet utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.*
 - b. *Nullalternativet*

Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging.

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

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

Vedtaket viser en langsiktig utvikling av Sykehuset Innlandet med vekt på fire områder: samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.

Sykehuset Innlandet oversendte idéfaserapporten med tilhørende vedtak til Helse Sør-Øst RHF for behandling. Det ble nedsatt en felles arbeidsgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, med representanter fra Sykehuset Innlandet og det regionale helseforetaket for å frambringe et beslutningsgrunnlag for å kunne vurdere idéfaseutredningen fra Sykehuset Innlandet.

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF», med bakgrunn i arbeidsgruppens rapport, enstemmig vedtak om framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet (Helse Sør-Øst RHF, 2019).

1. *Styret gir sin tilslutning til et framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF slik det fremgår av saksfremstillingen. Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttisykehus, Mjøssykehuset, et akuttisykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akuttisykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.*
2. *Styret understreker at den framtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal gjenbruk av eksisterende investeringer og økonomisk bærekraft vektlegges. Muligheter for trinnvis utvikling skal belyses.*
3. *Styret ber administrerende direktør konkretiserer det framtidige virksomhetsinnholdet internt i Sykehuset Innlandet HF.*

4. Styret forutsetter at alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus, og sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i utredningen av virksomhetsinnholdet i et nytt Mjøssykehus ved Mjøsbrua. Det skal avklares hvilke av dagens sykehus som skal være henholdsvis akutt- og elektivt sykehus.
5. Det skal utarbeides et mandat for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold og tilhørende lokalisering. Det må også utredes behovet for investeringer i de av dagens sykehus som skal videreføres. Resultatet av dette arbeidet skal presenteres for styret senest første halvår 2020.
6. Styret forutsetter at Sykehuset Innlandet HF etablerer bærekraft på helseforetaksnivå. Dette vil være avgjørende for den videre utviklingen av helseforetaket. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Den regionale omstillingsavtalen legges til grunn for de endringer som Sykehuset Innlandet vil gjennomføre.
7. Konseptfase skal starte i 2021, forutsatt at den økonomiske situasjonen for Sykehuset Innlandet HF er slik at det kan etableres økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for byggeplanene. Planleggingsrammen er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner).
8. Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Innlandet. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Vedtaket ble stadfestet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF den 8. mars 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019):

«Foretaksmøtet godkjenner at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i tråd med sitt framtidige målbilde for Sykehuset Innlandet HF, jf. sak 005-2019 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF. Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttpsykehus, Mjøssykehuset, et akuttpsykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttpsykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.»

Styresak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF la til grunn at det videre arbeidet skulle gjennomføres i to faser. Arbeidet med oppfølgingen av styrets vedtak har bestått av en første fase for konkretisering av virksomhetsinnhold inkludert kvalitative og kvantitative gevinster, og en andre fase med vurdering av bygg, mulig gjenbruk av investeringer, investeringskostnader, økonomisk bærekraft og lokalisering.

Helse Sør-Øst RHF har vært prosjekteier for dette arbeidet. Hver av utredningsfasene har vært organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet har i begge fasene hatt representanter fra ledelse og brukere i styringsgruppen og prosjektgruppen. Tillitsvalgte har vært representert i styringsgruppen. Rapportene fra de to fasene beskriver og anbefaler en helhetlig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet i tråd med det vedtatte målbildet. Prosjektrapporten «Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF» ble lagt fram i januar 2020, mens rapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» ble lagt fram i desember 2020.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok ved behandling av styresak 004-2021 den 15. januar 2021, at det skulle gjennomføres en høring av prosjektrapporten og tilhørende samfunnsanalyse.

En oppsummering av høringsuttalelsene er lagt fram i styresak 044-2021 i Helse Sør-Øst RHF «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill». Med bakgrunn i høringsinnspillene fremmes det i saken justeringer av løsningsalternativet som ble anbefalt i prosjektrapporten. Tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet presenteres som grunnlag for den videre prosessen. I styrevedtakets punkt 2 gis Sykehuset Innlandet i oppdrag å gjøre en overordnet vurdering av faglige og økonomiske risikoer ved de tre alternativene, både for perioden fra framtidig sykehusstruktur er vedtatt til nytt bygg tas i bruk og etter at nytt bygg er tatt i bruk. I tillegg skal Sykehuset Innlandet anbefale hva som skal være grunnlag for konseptfaseutredning.

Saksframstilling

Sykehuset Innlandet har betydelige utfordringer med å kunne gi befolkningen i Innlandet gode helsetjenester på mellomlang og lang sikt. Dagens struktur og oppgavefordeling gir kvalitetsmessige utfordringer knyttet til utnyttelse av kompetanse og ressurser der dette er lokalisert på ulike enheter. Mange fagmiljøer er små og sårbare og det er en utfordrende rekrutteringssituasjon innenfor flere fagområder. Dette medfører at tilbudet til pasientene varierer ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til og når på døgnet pasienten kommer. Flere pasientgrupper må forholde seg til flere av sykehusene i Innlandet for å få utført undersøkelser og behandling i et behandlingsforløp. Pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har kortere forventet levetid enn andre, og det skyldes i stor grad somatiske lidelser. Det er behov for å integrere behandlingen av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. Sykehuset Innlandet står i en krevende økonomisk situasjon nå og i tiden framover. Dagens nettverksmodell innebærer beredskap mange steder og gir ikke handlingsrom for nødvendige investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, teknologisk utvikling, ambulanser, tjenesteinnovasjon og vedlikehold av bygningsmassen.

Den gjennomsnittlige levealderen øker og flere av de eldste vil ha store behov for helsetjenester. Sykehuset Innlandet skal tilby gode helsetjenester til alle innbyggere i Innlandet. Foretaket vil ha spesiell oppmerksomhet på pasientforløp i de sykdomsgruppene som vil dominere fremover. Over halvparten av tapte leveår skyldes kreft og hjerte- og karlidelser og rammer særlig den eldre delen av befolkningen. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser gir flest år med helsetap og rammer oftest folk i yrkesaktiv alder. De sykdomsgruppene som er størst i dag, vil øke kraftig fram mot 2040. Økningen av antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus, og mellom sykehus og primærhelsetjenester. Dette er vektlagt i utformingen av det fremtidige helsetilbudet i Innlandet.

Demografi, sykdomsutvikling og framtidig kapasitetsbehov

Sykehuset Innlandet yter spesialisthelsetjenester til 42 kommuner i Innlandet og to kommuner i Trøndelag, med et totalt befolkningsgrunnlag på 346 000 innbyggere (2020).

Befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå viser at befolkningen anslås å øke til rundt 360 000 i 2040, noe som tilsvarer en befolkningsvekst på om lag fire prosent. Det er her benyttet Statistisk sentralbyrå sitt hovedalternativ for befolkningsprognose som tilsvarer middeltall for nasjonal vekst, fruktbarhet, levealder og netto innvandring (mellomalternativet MMMM).

Tabellen nedenfor viser framskrevet befolkningsvekst for Sykehuset Innlandets opptaksområde fram mot 2040. Tabellen viser at den totale befolkningsøkningen er relativt beskjeden, men de demografiske endringene innebærer at Innlandet får en kraftig økning i antall eldre.

Aldersgruppe	2020	Andel av totalbefolkning 2020	2040	Andel av totalbefolkning 2040	Prosentvis endring 2018-2040
0-19 år	74 110	21 %	68 693	19 %	-7 %
20-64 år	196 503	57 %	185 474	51 %	-6 %
65 år eller eldre	75 914	22 %	106 102	29 %	40 %
Totalt	346 527	-	360 269	-	4 %

Tabell 1: Befolkningsvekst i Sykehuset Innlandet HFs opptaksområde 2020-2040 (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Tallene i tabellen over er basert på befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå fra august 2020. I framskrivingene som ble lagt til grunn i fase 1 av prosjektet, var det framskrevet 376 809 innbyggere i kommunene tilhørende Sykehuset Innlandet i 2040. Dette var basert på befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå fra juni 2018. Framskrivningene fra 2020 viser altså en mer beskjeden befolkningsvekst i Sykehuset Innlandets opptaksområde enn tidligere framskrivninger. Prosjektrapporten påpeker derfor at det er knyttet stor usikkerhet til hvordan folketallet og sammensetningen i befolkningen vil utvikle seg mot 2040.

Framskrivningene viser at veksten i opptaksområdet vil være størst i de allerede befolkningsstette områdene omkring Mjøsa og på Hadeland. I Gudbrandsdalen, Valdres og Østerdalen forventes det en befolkningsnedgang frem mot 2040. Det vil være nødvendig å oppdatere framskrivingene i den kommende konseptfasen.

For framskrivninger i spesialisthelsetjenesten benyttes en felles nasjonal modell for aktivitetsvekst og dimensjonering av framtidige sykehusbygg. Modellen har tatt utgangspunkt i aktiviteten ved Sykehuset Innlandet i 2017 registrert i Norsk pasientregister (NPR). Aktivitetstallene er videre koblet med Statistisk sentralbyrå sitt hovedalternativ for befolkningsprognose i 2018 oppdelt i aldersgrupper og kjønn (mellomalternativet MMMM).

Som del av framskrivingsmodellen inngår en kvalitativ vurdering av hvilke faktorer som vil påvirke aktiviteten i framtiden:

- Endring i sykdomsutvikling og medisinsk utvikling (for eksempel nye behandlingstilbud)
- Endring i samhandling (for eksempel endret oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og bruk av teknologi)
- Endring i oppholdsmåter (for eksempel omstilling fra døgnopphold til dagbehandling og poliklinikk)
- Intern effektivisering (for eksempel som følge av ny teknologi og nye arbeidsprosesser)

Befolkningsdata, pasientdata og kvalitative vurderinger gir grunnlag for å beregne et arealbehov.

Utnyttelsesgrad

Helse Sør-Øst RHF besluttet i forbindelse med godkjenning av «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst» (styresak 114-2018) at utnyttelsesgraden ved dimensjonering av antall sengeplasser skulle reduseres fra 90 til 85 prosent for normalsenger. Samtidig skulle beregnet åpningstid for dimensjonering av antall rom i poliklinikk reduseres fra ti til åtte timer. Det er i beregningene lagt til grunn at polikliniske konsultasjoner har en varighet på 45 minutter innenfor somatiske fag og 75 minutter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Disse endringene gir en høyere kapasitet og dermed større fleksibilitet i dimensjoneringen enn de føringene som lå til grunn for beregning av areal i idéfasen.

Egendekningsgrad

Sykehuset Innlandet har en egendekningsgrad innenfor somatikk på mellom 81 prosent (døgnopphold) og 84 prosent (polikliniske konsultasjoner), innenfor psykisk helsevern mellom 90 prosent (polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien) og 95 prosent (døgnopphold i psykisk helsevern barn og unge). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skiller seg ut med lav egendekning innenfor døgnbehandling (35 prosent) på grunn av stort innslag av private tilbydere. Innenfor poliklinikk er egendekningsgraden 91 prosent. Disse egendekningsgradene er lagt til grunn i framskrivningsmodellen.

Framskrevet aktivitet

I tabellen under presenteres framskrevet aktivitet for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pasienter behandlet ved Sykehuset Innlandet bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde, er inkludert i framskrivningene.

	2017	2030	2040	Endring fra 2017-2040
SOMATISKE HELSETJENESTER				
Døgnopphold	53 179	54 478	52 829	-0,7%
Liggedøgn	200 012	209 974	206 906	3,5 %
Dagbehandling	27 688	36 845	41 362	49 %
Poliklinikk	342 561	424 276	500 458	46 %
Kirurgi**	25 372	29 931	32 545	28 %
Døgnkirurgi	12 291	13 793	14 444	18 %
Dagkirurgi	13 081	16 138	18 101	38 %

Tabell 2: Framskrevet aktivitet for somatikk i Sykehuset Innlandet HF (Sykehusbygg HF, 2019)

	2017	2030	2040	Endring fra 2017-2040
PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING				
PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING: Voksne sykehus				
Døgnopphold	1 868	2 145	2 272	22 %
Liggedøgn	33 233	29 975	26 130	-21 %
Poliklinikk	9 122	11 466	12 978	42 %
Sykehus	6 150	7 141	7 801	27 %
Ambulant	558	660	751	35 %
PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING: Voksne DPS				
Døgnopphold	1 612	1 829	1 913	19 %
Liggedøgn	29 342	26 128	22 668	-23 %
Poliklinikk	93 103	112 974	124 071	33 %
DPS	89 481	108 500	119 167	33 %
Ambulant	3 622	4 474	4 904	35 %
PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING: Alderspsykiatri				
Døgnopphold	226	320	372	65 %
Liggedøgn	7 014	7 862	7 290	3,9 %
Poliklinikk	2 414	3 665	4 426	83 %
Sykehus	2 120	3 194	3 811	80 %
Ambulant	294	471	615	109 %
PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING: Barne- og ungdomspsykiatri				
Døgnopphold	248	251	265	6,9 %
Liggedøgn	7 236	5 847	5 214	-28 %
Poliklinikk	48 008	53 930	61 678	28 %
TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING				
Døgnopphold	395	450	479	21 %
Liggedøgn	12 833	11 604	10 066	-22 %
Poliklinikk	20 145	24 566	27 416	36 %
TSB	22	26	30	36 %
DPS	20 123	24 540	27 386	36 %

Tabell 3: Framskrevet aktivitet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling i Sykehuset Innlandet HF (Sykehusbygg HF, 2018).

Beregningene viser at kapasitetsbehovet for senger, poliklinikkrom og dagplasser for Sykehuset Innlandet vil øke i tråd med forventet økning i aktivitet i perioden fra 2017 til 2040. Modellen for framskrivning av aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er under revisjon og endringer av framskrivning i befolkningsutvikling må tas inn. Det er derfor behov for en ny framskrivning i konseptfasen.

Framskrivningene tar høyde for at behovet for helsetjenester vil endres i årene som kommer. Det ventes en befolkningsutvikling med flere eldre, som har større behov for helsetjenester. Samtidig vil behandlingsformer for ulike sykdommer bli endret. Stadig flere pasienter kan behandles poliklinisk og ved dagbehandling, uten behov for døgnopphold på sykehus. Flere pasienter kan få behandling i hjemkommunen gjennom

samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det tas hensyn til disse utviklingstrekkene ved at det planlegges med en betydelig økning i antall poliklinikkrom og dagplasser. Behovet for døgnplasser ventes å bli omtrent som i dag fram mot 2040.

Fordeling av aktivitet

Rapporten fra fase 1 om konkretisering av virksomhetsinnhold, beskriver et Mjøssykehus med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapporten legger til grunn at Mjøssykehuset vil være det faglige knutepunktet i spesialisthelsetjenesten i Innlandet og ha alle spesialiserte funksjoner for hele Innlandets befolkning. I tillegg vil Mjøssykehuset være lokalsykehus for om lag 250 000 innbyggere.

Styringsgruppen for prosjektet godkjente rapporten «Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF» i møte den 29. januar 2020. I sitt vedtak ga styringsgruppen føringer for den påfølgende utredningen av bygg, lokalisering og bærekraft knyttet til sykehusenes opptaksområder for lokalsykehusfunksjoner. Det ble fastslått at Mjøssykehuset, i tillegg til å være det faglige knutepunktet med alle fagområder og samling av spesialiserte funksjoner, skal ha et opptaksområde på om lag 250 000 innbyggere, mens det skal være et opptaksområde på om lag 90 000 ved akutt sykehuset og om lag 30 000 ved sykehuset på Tynset.

Tabellen under gir en oversikt over fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som er lagt til grunn for faglige vurderinger, arealberegninger og økonomiske analyser i denne fasen av prosjektet.

	Behandlingssted						
	Mjøs- sykehus	Akutt- sykehus	Elektivt sykehus	Stråle- behandling	Tynset sykehus	LMS	Nett- basert
BEHANDLINGSTILBUD							
Psykisk helsevern og TSB*	x						
DPS		x	x		x	x	
Habilitering og rehabilitering	x						
Nevrologi	x						
Pediatri	x						
Spesialisert indremedisin (1)	x						
Spesialisert kirurgi (2)	x						
Fødselshjelp (3)	x	x			x		
Akutt kirurgi (4)	x	x			x		
Akutt ortopedi	x	x			x		
Elektiv døgnekirurgi	x	x			x		
Dagkirurgi	x	x	x				
Elektiv indremedisin	x	x	x		x	x	
Akutt indremedisin (5)	x	x			x		

(1) Spesialiserte funksjoner innenfor nyresykdommer, blodsykdommer, lungemedisin, infeksjonsmedisin, endokrinologi, hjertemedisin, fordøyelsessykdommer og onkologi

(2) Kreftkirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, plastikkirurgi, øre-neste-hals kirurgi, traumekirurgi, øyesykdommer og urologi

(3) Fødselshjelp

(4) Gastrokirurgi og generell kirurgi

(5) Generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri

(*) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 4: Fordeling av fagområder til de ulike behandlingsstedene i ny sykehusstruktur i 2040. (Helse Sør-Øst RHF, 2020)

I dimensjoneringen og utredningen av framtidig sykehusstruktur har de ulike analysene tatt utgangspunkt i foretakets kliniske virksomhet innenfor somatikk og psykisk

helsevern. Volumet tilknyttet distriktpsykiatriske sentre og dagtilbudet innenfor psykisk helsevern barn og unge er framskrevet og forutsatt desentralisert som i dag.

Prosjektgruppens anbefaling

Basert på vurderingskriteriene som er gitt i mandatet for fase 2, «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft», punkt 5.2 *Resultatmål for prosjektet*, er det i prosjektrapporten beskrevet og anbefalt virksomhetsinnhold og lokalisering for:

- Mjøssykehuset
- Akuttsykehuset
- Elektivt sykehus
- Lokalmedisinske sentre
- Distriktpsykiatriske sentre
- Luftambulansebase
- Øvrige desentraliserte tilbud

For å vurdere de mulige alternativene til ny sykehusstruktur, er det i prosjektarbeidet tatt utgangspunkt i vurderingskriteriene som er lagt til grunn i mandatet. Kriteriene er en operasjonalisering av kriteriene gitt i veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017), og henvist til i prosjektmandatet (punkt 5.2 Resultatmål for prosjektet). Disse kriteriene fremgår av prosjektrapportens kapittel 7.

Med bakgrunn i vedtaket om at den framtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet, ble følgende løsningsalternativer utredet:

- Mjøssykehuset vest for Mjøsbrua og akuttsykehuset i Elverum
- Mjøssykehuset vest for Mjøsbrua og akuttsykehuset i Hamar
- Mjøssykehuset øst for Mjøsbrua og akuttsykehuset i Gjøvik
- Mjøssykehuset øst for Mjøsbrua og akuttsykehuset i Lillehammer
- Mjøssykehuset øst for Mjøsbrua og akuttsykehuset i Elverum

Disse løsningsmodellene er drøftet i prosjektrapportens kapittel 8.2. Prosjektgruppen har etter en helhetlig vurdering anbefalt følgende løsningsalternativ:

1. *En samling av alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Sykehuset Innlandet HF i et nytt akuttsykehus, Mjøssykehuset, lokalisert i Brumunddal. Mjøssykehuset skal være det faglige knutepunktet og ha lokalsykehusfunksjoner for et opptaksområde på om lag 250 000 innbyggere.*
2. *Et akuttsykehus med et opptaksområde for lokalsykehusfunksjoner på om lag 90 000 innbyggere, lokalisert i Lillehammer.*
3. *Et elektivt sykehus med døgnfunksjoner, lokalisert i Gjøvik.*
4. *Et stort lokalmedisinsk senter lokalisert til Elverum sykehus. Det lokalmedisinske sentret vil ha dagbehandling og poliklinikk innen de vanlige fagområdene, samt røntgentilbud, dialysebehandling og eventuelt skadepoliklinikk. Det lokalmedisinske sentret bør utvikles til en arena for samhandling med kommunene i området.*
5. *Etablere luftambulansebase i Elverum.*

6. Utrede en mulig samling av prehospitale tjenester i et prehospitalt senter lokalisert til Elverum, alternativt en samling av enkelte prehospitale funksjoner på Gjøvik.
7. Videreutvikle akutt-sykehuset på Tynset ved at opptaksområdet økes med Engerdal kommune og de resterende sørlige delene av Stor-Elvdal kommune.
8. Etablere et lokalmedisinsk senter på Hadeland, i samarbeid med kommunene Gran og Lunner.
9. Videreutvikle LMS Valdres og LMS Nord-Gudbrandsdal.
10. Videreutvikle distriktspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres.
11. Etablere et regionalt senter for samhandling og desentraliserte spesialisthelsetjenester i Helse Sør-Øst, lokalisert til Elverum.

	Behandlingssted							Omfang	
	Mjøs-sykehus	Akutt-sykehus	Elektivt sykehus	Stråle-behandling	Tynset sykehus	LMS	Nett-basert	Fordelt	Totalt
AKTIVITET OG KAPASITET									
Sengeplasser	568	172	30	10	40	30			850
Somatikk	398	172	30	10	40	30			680
Psykisk helsevern og TSB*	170								170
Polikliniske konsultasjoner	170 000	85 000	85 000	8 000	16 000	36 000	100 000	400 000	500 000
Dagbehandling:									41 000
Dialyse	7 500	5 000	5 000		2 000	3 500		23 000	
Medisinsk dagbehandling og dagkirurgi	4 000	9 000	3 500		1 500			18 000	

*I tillegg er det framskrevet 63 senger i DPS

Tabell 5: Fordeling av aktivitet frem til 2040 i prosjektgruppens anbefalte løsningsalternativ. (Helse Sør-Øst RHF, 2020)

Styringsgruppen godkjente rapporten i møtet 11. desember 2020, med en protokolltilførsel fra Sykehuset Innlandets representanter fra tillitsvalgte og vernetjeneste¹.

Høringen

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok som del av styresak 004-2021 «Driftsorienteringer fra administrerende direktør» at det skulle gjennomføres en høring av ny sykehusstruktur i Innlandet. Helse Sør-Øst RHF mottok 127 høringsuttalelser. Høringsuttalelsene ble fortløpende publisert på nettsidene til Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har oppsummert høringen i styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill».

I tråd med høringen i idéfasen i 2017 er det sterk støtte til at Sykehuset Innlandet må gjennomføre endringer i sykehusstrukturen. Et stort flertall av kommunene og Fylkestinget støtter opp om det framtidige målbildet for Sykehuset Innlandet. Fylkestinget gir i likhet med flertallet av kommunene støtte til at det må etableres en moderne sykehusstruktur som sikrer tilgang til spesialisthelsetjenester i hele fylket med god kvalitet og effektiv ressursbruk, samtidig som beredskapshensyn ivaretas.

¹ Protokolltilførsel fra tillitsvalgte og vernetjeneste: «Dette er en svært vanskelig sak for de tillitsvalgte og vernetjenesten. Vi representerer ansatte fra hele SI og blant dem er det forskjellige meninger. Vi kan derfor ikke ta stilling til geografi. Vi ser at rapporten svarer opp mandatet.»

Et stort flertall av høringsinstansene gir sin støtte til styrking og videreutvikling av desentraliserte tjenester. Anbefalingen om å videreutvikle de lokalmedisinske sentrene på Fagernes og Otta samt etableringen av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, har sterk støtte i høringen. Særlig Fylkestinget i Innlandet, Brukerutvalget, Pasient- og brukerombudet og kommunene i Nord-Østerdalen, Nord-Gudbrandsdalen, Valdresregionen og Sør-Østerdalen tar til orde for at en styrking av prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentre vil være avgjørende for å kunne tilby innbyggerne gode og forsvarlige tjenester. De prehospitale tjenestene skal styrkes gjennom etablering av ny luftambulansbase i Innlandet og ambulansstrukturen må gjennomgås i etterkant av at ny sykehusstruktur er lagt for å styrke denne delen av tjenesten.

En stor andel av høringsinstansene tar til orde for en lokalisering av Mjøssykehuset ved Mjøsbrua/Moelv, enten som sitt primære eller sekundære forslag. Det er størst oppslutning om løsninger hvor Mjøssykehuset inngår i kombinasjoner med akuttisykehus enten i Lillehammer eller Elverum og elektivt sykehus i enten Elverum eller Gjøvik. Noen høringsinstanser har en lokalisering i Brumunddal som sitt subsidiære forslag. Flere instanser åpner for at akuttisykehuset og det elektive sykehuset kan inngå som en del av ulike løsningsalternativ for å oppnå ønsket lokalisering av Mjøssykehuset.

Med bakgrunn i innspillene som er framkommet i høringen, foreslår Helse Sør-Øst RHF justeringer av løsningsalternativet som ble anbefalt i prosjektrapporten. I styresaken har Helse Sør-Øst RHF vedtatt at tre alternativer for ny sykehusstruktur i Innlandet må vurderes. Sykehuset Innlandet er gitt i oppdrag å gjøre en overordnet risikovurdering og anbefale hva som skal være grunnlag for utredning i den kommende konseptfasen.

Vurdering av alternativene

Nedenfor drøftes de tre alternativene innenfor temaene pasientbehandling, rekruttering, økonomi og samfunnsmessige virkninger.

1. Pasientbehandling

Her vurderes de tre alternativenes forutsetninger for å bygge opp sterke fagmiljøer som vil gi god pasientbehandling. En viktig del av pasientperspektivet er også knyttet til bygningsmassens funksjonalitet for klinisk drift, inkludert tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse og mulighet for enerom for pasientene. Dette er utredet av Sykehusbygg HF og beskrevet i prosjektgruppens rapport. For pasienter og pårørende er det i tillegg av stor betydning at det legges til rette for god tilgjengelighet.

Mjøssykehuset i alle alternativene

Sykehuset Innlandets mål er at den akutt syke pasienten møtes av personale med høy kompetanse hele døgnet, hele året slik at pasienten får en god start i rett pasientforløp. Dette er viktig for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. En samling av fagmiljøene vil gi mulighet for større grad av desentralisering av tjenester. En omfattende gjennomgang og begrunnelse for dette finnes i utredningene gjort i idéfasen, samt i utredningene som er gjort av Helse Sør-Øst RHF gjennom rapportene «Gjennomgang av idéfaseutredning fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet», «Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF» og «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF».

Mjøssykehuset vil i alternativene ha alle spesialiserte funksjoner for hele Innlandets befolkning. I tillegg vil Mjøssykehuset ha et stort opptaksområde for lokalsykehusfunksjoner på om lag 250 000 innbyggere. Et pasientvolum i denne størrelsesorden legger til rette for god kompetanseutvikling og gir mulighet for å etablere nye spesialiserte behandlingstilbud i Innlandet. Mjøssykehuset får om lag 570 døgnenger, herunder 170 senger for pasienter med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer og om lag 400 senger for pasienter med somatiske sykdommer.

Stort akuttpsykehus i alle alternativene

I tillegg til Mjøssykehuset er det foreslått et stort akuttpsykehus med akuttfunksjon i fagområdene indremedisin, gastrokirurgi, ortopedi og fødselsomsorg, med om lag 170 senger. Dette får nær tilknytning til tilbud innenfor psykisk helsevern ved et distriktpsikiatrisk senter og poliklinisk tilbud innenfor psykisk helsevern barn- og unge er lokalisert samme sted.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 legger til grunn at et stort akuttpsykehus med et opptaksområde på 80-100 000 innbyggere gir tilstrekkelig volum innenfor indremedisin og ortopedi til å kunne oppnå faglig kvalitet og en effektiv drift. Gastrokirurgi er i utgangspunktet et mindre fag, i tillegg er tilbudene innenfor kreftkirurgi og traumekirurgi planlagt samlet i Mjøssykehuset. Dette vil kreve en rotasjonsordning med Mjøssykehuset for å sikre at leger og sykepleiere får tilstrekkelig volum og bredde i inngrep og behandling av pasienter innenfor gastrokirurgi for å sikre faglig kompetanse.

Det legges til grunn at akuttpsykehuset skal ha fødeavdeling, som utreder og behandler kvinner med normale fødselsforløp og lav risiko for komplikasjoner. Fødeavdelingen har behov for operativ beredskap gjennom døgnet, og skal ha kompetanse til å håndtere akutte situasjoner hos mor og barn. Ved behov for overvåkning eller intensivbehandling må det nyfødte barnet overflyttes til Mjøssykehuset. Fødeavdelingen blir en relativt liten avdeling. Det vil være behov for rotasjonsordninger for gynekologer og jordmødre med Kvinneklinikken på Mjøssykehuset for å sikre faglig kompetanse og erfaring.

Det er i tillegg planlagt et tilbud innenfor ortogeriatri, palliasjon og slagenhet med rehabiliteringstilbud i akuttpsykehuset. Etablering av en ortogeriatrisk enhet vil styrke tilbudet til en pasientgruppe som er spesielt sårbar, ofte multisyke, med høyt legemiddelforbruk og høy forekomst av demens. Modellen innebærer at pasienter over 50 år med lavenergibrudd fra hele Sykehuset Innlandet sitt område (med unntak av Tynset) skal få sin akutte og elektive behandling ved akuttpsykehuset. Unødvendig lange transporter vil være belastende for pasientgruppen. Lang transport veies opp mot fordelene med en skjermet enhet hvor pasientene får behandling i et strukturert forløp med rask operasjon av helsepersonell med spesialkompetanse. For å kompensere for manglende faglig bredde på akuttpsykehuset er det lagt til grunn en liasontjeneste med alderspsykiatrisk kompetanse, farmasøyt og geriatrisk kompetanse til stede på dagtid for å støtte denne funksjonen. Digitale løsninger kan brukes for alle fagområder i klinisk samarbeid mellom akuttpsykehuset og Mjøssykehuset.

Elektivt sykehus i alle alternativene

Det elektive sykehuset er planlagt med 30 døgnenger innenfor elektiv medisin, medisinsk og kirurgisk poliklinikk og dagbehandling med medikamentell kreftbehandling og dialyse. Videre er det planlagt dagkirurgi og kveldsåpen poliklinikk for øyeblikkelig hjelp innenfor medisin og kirurgi. En skadepoliklinikk med utvidet åpningstid i det

elektive sykehuset vil kunne behandle og følge opp pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved for eksempel enklere sår- og bruddbehandling. Videre vil det elektive sykehuset være en samhandlingsarena som kan bidra til utvikling av samarbeidet med kommunene.

Akuttsykehuset på Tynset i alle alternativene

Dagens opptaksområde for SI Tynset inkluderer om lag halvparten av innbyggerne i Stor-Elvdal. Prosjektgruppen har anbefalt at hele Stor-Elvdal og Engerdal kommune skal høre til Tynset sitt opptaksområde slik at dette sykehuset får et noe større pasientgrunnlag. I høringen har Stor-Elvdal kommunene uttrykt at de ønsker å avvende sin anbefaling om lokalsykehustilhørighet til øvrig akuttstruktur er besluttet, mens Engerdal kommune har uttrykt at de ikke ønsker å tilhøre SI Tynset sitt opptaksområde. Hvis det forutsettes at disse kommunene i sin helhet ikke skal ha SI Tynset som sitt lokalsykehus, vil opptaksområdet for SI Tynset reduseres til om lag 23 000 innbyggere.

Det er med dagens opptaksområde på om lag 25 000 innbyggere sårbare vaktfunksjoner og varierende arbeidsmengde for leger på vakt. Innenfor anestesi og indremedisin er det to overleger til stede på dagtid fem dager i uka. For å sikre mer robuste akuttfunksjoner legger prosjektet til grunn overføring av elektiv kirurgisk aktivitet og et utvidet opptaksområde. Da vil driften i tillegg gi grunnlag for to overleger innenfor kirurgi og to overleger innenfor ortopedi til stede på dagtid fem dager i uka. Dette vil redusere vaktbelastningen ved uforutsett fravær og gi bedre mulighet for kollegastøtte og faglig dialog.

Det er viktig å etablere ordninger som sikrer tett faglig samarbeid mellom sykehuset på Tynset og de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet. Digitale løsninger kan brukes for alle fagområder i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.

Øvrig struktur

Det er i alle alternativene lagt til grunn etablering av luftambulansbase på Elverum, etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Alternativene forutsetter også en videreutvikling av distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern barn og unge i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres.

Reisetid for de med lengst vei til akutttilbud

En samling av spesialiserte funksjoner i Mjøssykehuset vil bidra til at flere akutte og uavklarte pasienter kan ferdigbehandles i Innlandet. Samtidig vil en slik samling gi noe lengre transport for pasientene. Reisetiden til Mjøssykehuset og akuttsykehuset må sees i sammenheng med tilbud i elektivt sykehus, lokalmedisinske sentre og videreutvikling av de prehospitale tjenestene.

Mange høringsinstanser er opptatt av reisetid til akuttsykehus for de pasientene som har lengst reisevei. I dag er det 5,5 prosent av innbyggerne i Innlandet som har to timer eller lengre reisevei til nærmeste akuttsykehus. Dette tilsvarer om lag 18 500 innbyggere. Dersom akuttsykehuset plasseres på Lillehammer vil dette tallet øke til knappe 7 prosent av innbyggerne, eller om lag 22 000 innbyggere. Med akuttsykehuset plassert på Elverum vil ca. 7,5 prosent av innbyggerne få to timer eller mer til nærmeste akuttsykehus. Dette utgjør i overkant av 24 000 innbyggere.

Tabellen viser hvordan antallet innbyggere med mer enn to timers reisevei vil endre seg ved de ulike alternative plasseringene av akuttsykehuset og Mjøssykeuset.

Alternativ	Mjøssykehuset på Mjøsbrua		Mjøssykehuset i Brumunddal	
	Antall innbyggere med to timer eller lengre reisetid	Andel innbyggere med to timer eller lengre reisetid	Antall innbyggere med to timer eller lengre reisetid	Andel innbyggere med to timer eller lengre reisetid
Dagens sykehusstruktur	18 446	5,6 %	18 446	5,6 %
Mjøssykehuset, Lillehammer og Tynset	22 473	7,0 %	22 266	6,9 %
Mjøssykehuset, Elverum og Tynset	24 290	7,6 %	31 256	9,9 %
Mjøssykehuset, Gjøvik og Tynset	21 731	6,7 %	24 334	7,6 %
Mjøssykehuset, Hamar og Tynset	24 714	7,7 %	31 679	10,1 %

Tabell 6: Antall og andel innbyggere i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF som vil få to timer eller mer til nærmeste akuttmottak, gitt plassering av akuttpsykehuset og Mjøssykehuset, befolkning 2020.

Alternativer Sykehuset Innlandet er bedt om å vurdere – pasientbehandling

Alternativ 1 – Mjøssykehus Brumunddal, stort akuttpsykehus på Lillehammer, elektivt sykehus på Gjøvik og stort lokalmedisinsk senter med luftambulansbase på Elverum

Alternativet innebærer etablering av Mjøssykehuset i Brumunddal, stort akuttpsykehus i Lillehammer, akuttpsykehus på Tynset, elektivt sykehus i Gjøvik og stort lokalmedisinsk senter med skadepoliklinikk og luftambulansbase i Elverum. Alternativet forutsetter en videreutvikling av distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres. Alternativet innebærer at dagens virksomhet ved sykehusene på Hamar, Sanderud og Reinsvoll flyttes til det nye Mjøssykehuset.

Opptaksområder

I tråd med innspillene i høringen og Helse Sør-Øst RHF sin styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill», skal opptaksområdene for SI Lillehammer, SI Tynset og Mjøssykehuset justeres. Samtlige innbyggere i kommunene i Valdresregionen skal tilhøre Mjøssykehuset. Dette gir SI Lillehammer et opptaksområde på om lag 84 000 innbyggere. SI Tynset får som tidligere beskrevet et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere. Opptaksområdet for Mjøssykehuset blir da om lag 257 000 innbyggere. Konsekvensen av redusert opptaksområde for akuttpsykehusene i Lillehammer og Tynset, vil være behov for færre senger med et tilsvarende økt behov i Mjøssykehuset. Dette kan løses ved å overføre noe mer elektiv aktivitet fra Mjøssykehuset. Hvilke typer behandling dette skal være, må vurderes i konseptfasen.

Stort akuttpsykehus på Lillehammer

En lokalisering i Lillehammer sørger for kortest mulig reiseavstand for de delene av Innlandet med lengst reisevei til sykehus, særlig gjelder dette for befolkningen bosatt i Nord-Gudbrandsdal.

Aktiviteten som er lagt til akuttpsykehuset vurderes å være tilstrekkelig for å ha robuste avdelinger for medisin og ortopedi. Når det gjelder selekterte tilbud innenfor gastrokirurgi og fødselsomsorg må det som beskrevet være rotasjonsordninger med Mjøssykehuset for leger, jordmødre og sykepleiere. Dette gjør at ansatte på akuttpsykehuset innenfor disse fagområdene også må jobbe på Mjøssykehuset. Det er en risiko for at den andelen av Ringsakers befolkning som i dag benytter SI Lillehammer, vil reduseres når det etableres et nytt Mjøssykehus i Brumunddal. En kan forvente at

opptaksområdet for stort akuttpsykehus i dette alternativet blir om lag 80 000 innbyggere. I tillegg har akuttpsykehuset SI-funksjon innenfor ortogeriatri, det vil si at opptaksområdet for denne funksjonen er om lag 340 000 innbyggere. Dette er vurdert å gi akuttpsykehuset tilstrekkelig aktivitet.

Bygningsmassen ved SI Lillehammer er vurdert av Sykehusbygg HF til å være det sykehuset som er best tilrettelagt for akuttfunksjon ved å ha god infrastruktur med god akuttflyt, mange enerom og fleksible sengeområder. Det vil også være restareal, som vurderes av prosjektgruppen å være positivt med tanke på den betydelige usikkerheten som naturlig finnes ved befolkningsframskrivninger, framskrivninger av kapasitetsbehov og beregning av arealbehov langt fram i tid. Dette restarealet kan også representere en utfordring med tanke på å utnytte bygningsmassen effektivt.

Elektivt sykehus i Gjøvik

Elektivt sykehus har likt innhold i alle alternativ. Det er i tillegg til elektive medisinske senger planlagt begrenset øyeblikkelig hjelp tilbud med medisinsk poliklinikk og skadepoliklinikk utover kvelden. Dette vil gi et godt tilbud til innbyggerne. En lokalisering av det elektive sykehuset på Gjøvik gir nærhet til helsefagutdanning og andre relevante utdanningstilbud.

Det er i høringen signalisert at en andel av innbyggere i Hadeland og Sør-Aurdal kan velge å benytte tilbud i et annet helseforetak på grunn av lengre reisevei til Innlandets akutttilbud i dette alternativet. Effekten av dette er vanskelig å forutse, men et elektivt sykehus i Gjøvik sammen med etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland med ti medisinske senger, poliklinikk og dagbehandling vil kunne redusere denne risikoen.

Stort lokalmedisinsk senter med luftambulansebase på Elverum

Et stort lokalmedisinsk senter i Elverum vil kunne dekke mange av de vanligste pasientbehovene for befolkningen i Sør-Østerdal, slik at innbyggerne kan få tilgang til spesialistkompetanse uten å måtte reise til et akuttpsykehus. Dette vil være en viktig arena for å utvikle samarbeidet med kommunene i området, og er tenkt drevet etter samme prinsipp som LMS på Hadeland, i Valdres og Nord-Gudbrandsdal.

I tillegg til poliklinikk og dagbehandling med dialysetilbud, er det planlagt et begrenset øyeblikkelig hjelp tilbud med medisinsk poliklinikk og skadepoliklinikk utover kvelden. Det er i høringene signalisert at innbyggere lengst sør i Østerdalen kan velge å benytte tilbud i et annet helseforetak på grunn av kortere reisevei. Det er sannsynlig at et nytt Mjøssykehus, sammen med et stort lokalmedisinsk senter med øyeblikkelig hjelp tilbud på dag og kveld i Elverum, kan redusere denne risikoen.

Vaktordninger

Vaktordningene ved henholdsvis Mjøssykehuset og akuttpsykehuset er like i alle alternativ. Alternativ 1 forutsetter i tillegg indremedisinsk døgnvakt, kirurgisk vaktordning dag og kveld, samt døgntilbud innenfor røntgen og laboratorievirksomhet ved elektivt sykehus. I tillegg er det behov for medisinsk og kirurgisk vaktordning dag og kveld med tilbud innenfor røntgen og laboratorievirksomhet ved det store lokalmedisinske senteret.

Alternativ 2 – Mjøssykehus i Moelv, stort akuttpsykehus og luftambulansbase på Elverum, og elektivt sykehus med skadepoliklinikk på Lillehammer

Alternativet innebærer en lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv, stort akuttpsykehus i Elverum og elektivt sykehus med skadepoliklinikk og samhandlingsarena i Lillehammer. Alternativet inkluderer en videreutvikling av akuttpsykehuset på Tynset, etablering av base for luft- og bilambulans på Elverum, etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Alternativet forutsetter en videreutvikling av distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres. Alternativet innebærer at dagens virksomhet ved sykehusene på Gjøvik, Hamar, Reinsvoll og Sanderud flyttes til det nye Mjøssykehuset.

Opptaksområder

Dagens akuttpsykehus på Elverum har et opptaksområde på om lag 60 000 innbyggere. Hvis befolkningen i Stange, Engerdal og Stor-Elvdal benytter SI Elverum som lokalsykehus, vil opptaksområdet øke til om lag 80 000, noe som tilsvarer opptaksområdet for et akuttpsykehus på Lillehammer i alternativ 1, alternativ 3 og alternativ 3 justert.

Det er i tillegg mulig å overføre hele eller deler av Hamars befolkning. Hvis områdene øst for E6 og sør for RV 25 overføres til SI Elverum, vil en oppnå et opptaksområde på om lag 90 000 innbyggere. Med kortere reisetid for mange av disse innbyggerne til Moelv enn til Elverum, og med tilgang til et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud på Mjøssykehuset, vil innbyggerne i Hamar og Stange sannsynligvis ønske å bli behandlet ved et nytt Mjøssykehus i Moelv.

Som tidligere beskrevet har SI Tynset etter endringen et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere. I dette alternativet med et stort akuttpsykehus på Elverum vil risikoen være stor for at opptaksområdet blir ytterligere redusert, noe som vil være krevende i forhold til å opprettholde den bredden sykehuset har i dag. Opptaksområdet for Mjøssykehuset i dette alternativet vil være om lag 257 000 innbyggere.

Mjøssykehus i Moelv

En lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv vil gi kortere avstand til spesialisert behandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for innbyggerne fra Gjøvikregionen, Hadeland, Lillehammerregionen, Midt-Gudbrandsdal, Nord-Gudbrandsdal og Valdres enn alternativet i Brumunddal. Tilsvarende vil avstanden bli lengre for befolkningen i deler av Fjellregionen, Hamarregionen og Sør-Østerdal.

Stort akuttpsykehus i Elverum med luftambulansbase

SI Elverum har i dag en stor ortopedisk avdeling som rekrutterer godt. Det ligger dermed godt til rette for at sykehuset kan ha en skjermet enhet for ortogeriatri. Med akuttpsykehuset lokalisert i Elverum blir imidlertid reiseveien for pasientene som bor i Hadeland, Gjøvikregionen, Valdres, Lillehammer, Midt-Gudbrandsdal og Nord-Gudbrandsdal lang og de må reise forbi Mjøssykehuset hvis de skal ha sin behandling ved SI Elverum. Det anbefales derfor at denne funksjonen i dette alternativet legges til Mjøssykehuset.

Det er ikke akuttfunksjon i gastrokirurgi ved SI Elverum i dag. Prosjektgruppen har vurdert det som krevende å etablere et helt nytt døgntilbud innenfor gastrokirurgi. Det

vil i årene som kommer bli store endringer innenfor mange fagområder. Etablering av et gastrokirurgisk miljø på Elverum vil kreve særskilt oppmerksomhet for å finne gode løsninger som sikrer rekruttering.

Et stort akutt sykehus uten spesialiserte funksjoner kreve rotasjonsordninger med Mjøssykehuset for leger, jordmødre og sykepleiere for å sikre faglig kompetanse, attraktive fagmiljø og vaktordninger med et tilstrekkelig antall leger både innenfor gastrokirurgi og fødselsomsorg. Med akutt sykehuset på Elverum og Mjøssykehuset i Moelv vil reiseveien bli lang for ansatte som skal ha arbeidssted begge steder.

Et stort akutt sykehus i Elverum vil gi et godt tilbud til innbyggerne og vil kunne redusere risikoen for at innbyggere lengst sør i Østerdalen velger å benytte tilbud i et annet helseforetak. En lokalisering av det elektive sykehuset på Elverum gir nærhet til helsefaglig utdanning og andre relevante utdanninger.

Bygningsmassen ved SI Elverum er vurdert av Sykehusbygg HF til å være det sykehuset som etter SI Lillehammer er best egnet for sentrale deler av den virksomheten som er beskrevet i akutt sykehuset. Sengeområdene vurderes sammen med arealene på SI Lillehammer å være noe mere egnet enn i de andre sykehusene.

Elektivt sykehus på Lillehammer

I tillegg til et elektivt medisinsk døgntilbud, poliklinikk og dagbehandling med dialyse, vil et elektivt tilbud ved SI Lillehammer gi et øyeblikkelig hjelp tilbud med medisinsk poliklinikk og skadepoliklinikk utover kvelden for befolkningen i Sør-Gudbrandsdal.

Vaktordninger

Vaktordningene ved henholdsvis Mjøssykehuset og akutt sykehuset er like i alle alternativene. Vaktordningene ved det elektive sykehuset er like i alle hovedalternativ, men utvides i alternativ 3 justert.

Alternativ 3 – Mjøssykehus i Moelv, akutt sykehus i Lillehammer, elektivt sykehus, skadepoliklinikk, samhandlingsenhet og luftambulansbase i Elverum

Alternativet innebærer en lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv, stort akutt sykehus i Lillehammer og elektivt sykehus med skadepoliklinikk og samhandlingsenhet i Elverum. Alternativet inkluderer en videreutvikling av akutt sykehuset på Tynset, etablering av base for luftambulans på Elverum, etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Alternativet forutsetter også en videreutvikling av distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres. Alternativet innebærer videre at dagens virksomhet ved sykehuset Gjøvik, Hamar, Reinsvoll og Sanderud flyttes til Mjøssykehuset.

Opptaksområder

Som i alternativ 1 vil SI Tynset vil ha et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere. I dette alternativet øker risikoen for at den andelen av Ringsakers befolkning som i dag benytter SI Lillehammer, vil reduseres. En kan forvente at opptaksområdet for stort akutt sykehus i dette alternativet blir om lag 80 000 innbyggere. Sykehuset vil ha ansvar for ortogeriatri for en befolkning på om lag 354 000 innbyggere (uten Tynset). Opptaksområdet for Mjøssykehuset blir om lag 260 000 innbyggere.

Konsekvensen av redusert opptaksområde for akuttpsykehusene i Lillehammer og Tynset vil være behov for færre senger med et tilsvarende økt behov i Mjøssykehuset. Dette kan løses ved å overføre noe mer elektiv aktivitet fra Mjøssykehuset. Hvilke typer behandling dette skal være, må vurderes i konseptfasen.

Mjøssykehus i Moelv

En lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv vil gi kortere reisevei til spesialisert behandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for innbyggerne fra Gjøvikregionen, Hadeland, Lillehammer, Midt-Gudbrandsdal, Nord-Gudbrandsdal og Valdres enn alternativet i Brumunddal. Tilsvarende vil reiseveien bli lenger for befolkningen i Fjellregionen, Hamarregionen og Sør-Østerdal.

Stort akuttpsykehus i Lillehammer

Det store akuttpsykehuset har samme faglige innhold i alle alternativ. En lokalisering i Lillehammer sørger for kortest reiseavstand for de delene av Innlandet med lengst reisevei til sykehus, særlig gjelder dette befolkningen bosatt i Nord-Gudbrandsdal.

Et stort akuttpsykehus uten spesialiserte funksjoner kreve rotasjonsordninger med Mjøssykehuset for leger, jordmødre og sykepleiere for å sikre faglig kompetanse, attraktive fagmiljø og vaktordninger med et tilstrekkelig antall leger både innenfor gastrokirurgi og fødselsomsorg. Kortere avstand til Mjøssykehuset i dette alternativet vil forenkle dette samarbeidet.

Bygningsmassen ved SI Lillehammer er vurdert av Sykehusbygg HF til å være det sykehuset som er best tilrettelagt for akuttfunksjon ved å ha god infrastruktur med god akuttflyt, mange enerom og gode sengeområder. Det vil også være et restareal som vurderes av prosjektgruppen å være positivt med den betydelige usikkerheten som naturlig finnes ved befolkningsframskrivninger, framskrivninger av kapasitetsbehov og beregning av arealbehov langt frem i tid. Dette restarealet kan også representere en utfordring med tanke på å utnytte bygningsmassen effektivt.

Elektivt sykehus på Elverum

Elektivt sykehus har likt innhold i alle alternativ. Det er i tillegg til elektive medisinske senger planlagt begrenset øyeblikkelig hjelp tilbud med medisinsk poliklinikk og skadepoliklinikk utover kvelden. Dette vil gi et godt tilbud til innbyggerne og vil kunne redusere risikoen for at innbyggere lengst sør i Østerdalen velger å benytte tilbud i et annet helseforetak. En lokalisering av det elektive sykehuset på Elverum gir nærhet til helsefaglig utdanning og andre relevante utdanninger.

Vaktordninger

Vaktordningene ved henholdsvis Mjøssykehuset og akuttpsykehuset er like i alle alternativene. Vaktordningene ved det elektive sykehuset er like i alle hovedalternativ, men utvides i alternativ 3 justert.

Alternativ 3 justert – Mjøssykehus i Moelv, akuttpsykehus på Lillehammer, elektivt sykehus med akutt indremedisin, skadepoliklinikk, samhandlingsenhet og luftambulansbase på Elverum

I henhold til Helse Sør-Øst RHF styresak 044-2019 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill» kan det vurderes en justering av alternativ 3.

Hensynet til lengre reiseavstander for innbyggerne i Sør-Østerdal gir grunnlag for å vurdere om det skal legges akuttfunksjoner for indremedisin tilsvarende dagens opptaksområde til sykehuset i Elverum. Et akutt sykehus vil gjøre at pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus, kan få det nærmere der de bor.

En variant av denne løsningen ble utredet i idéfasen og har vært diskutert i arbeidet med konkretisering av virksomhetsinnhold. Sykehuset i Elverum vil i et slikt alternativ ha sengepost for akutt indremedisin og en overvåkingsenhet for indremedisinske pasienter. Det vil i tillegg være et bredt poliklinisk og dagkirurgisk tilbud og skadepoliklinikk med utvidet åpningstid hvor en kan behandle og følge opp pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved for eksempel enklere sår- og bruddbehandling. Digitale løsninger kan brukes for alle fagområder i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.

Det elektive sykehuset på Elverum kan i et slikt alternativ utvides med medisinske senger slik at det kan tilby akuttfunksjon innenfor indremedisin for et opptaksområde på om lag 60 000 innbyggere. Sengene som ivaretar akuttfunksjonen innenfor indremedisin flyttes fra Mjøssykehuset og frigjør dermed kapasitet der. En slik løsning må eventuelt vurderes i konseptfasen.

Oppsummering pasientbehandling

God pasientbehandling og sterke fagmiljø. Vurderingen viser at alle de tre alternativene vil kunne gi et godt spesialisthelsetjenestetilbud til innbyggerne i Innlandet.

Alternativ 2 og 3 vurderes å være bedre enn alternativ 1 og alternativ 3 justert. Dette begrunnes med at alternativ 1 forutsetter et stort lokalmedisinsk senter i tillegg til øvrig virksomhet i modellen. Dette vil kreve kapasitet og kompetanse fra det medisinske fagmiljøet som i dette alternativet skal ha døgnvirksomhet sju steder, i Mjøssykehuset, akutt sykehuset, elektivt sykehus, Tynset, lokalmedisinsk senter på Hadeland, i Nord-Gudbrandsdal og Valdres. I tillegg vil det medisinske fagmiljøet ha den største andelen av aktiviteten som er planlagt i det store lokalmedisinske senteret. Til tross for at medisin er et stort fagmiljø, vil dette gi sengeaktivitet og poliklinisk virksomhet flere steder enn i dag.

Et justert alternativ 3 forutsetter en endring i det vedtatte målbildet. Dette alternativet inkluderer akuttfunksjon i indremedisin som betyr en døgnvakt for indremedisin og anestesi for et opptaksområde på om lag 60 000 innbyggere. Dette krever økt bemanning for å opprettholde vaktberedskap.

For å etablere de fagmiljøene som er forutsatt i akutt sykehuset, vurderes alternativ 2 å være svakere enn de andre. Begge de aktuelle sykehusene vurderes å ha gode forutsetninger for å bygge opp tilbudet innenfor ortogeriatri. Det vurderes å være krevende å bygge opp et nytt gastrokirurgisk miljø i akutt sykehuset slik det forutsettes i alternativ 2.

Opptaksområdet for akutt sykehusene vurderes å bli om lag 80 000 innbyggere i alle modeller. Ved at akutt sykehuset får ansvar for ortogeriatri samt en stor andel av foretakets elektive heldøgnskirurgi, vurderes opptaksområdene å være tilstrekkelige for å legge til rette for god faglig kvalitet.

Reisevei til akutttilbud for de som har reisevei over 2 timer, er vurdert av prosjektgruppen. Alternativ 3 vil gi færrest innbyggere med reisevei over to timer, deretter kommer alternativ 2 og 1. Forskjellene er imidlertid små, og har ingen klinisk betydning.

Funksjonalitet for klinisk virksomhet. Sykehusbygg HF har vurdert Sykehuset Innlandets bygningsmasse. Det er sett på funksjonalitet innenfor muligheter for god akuttflyt, sengearealer med mulighet for ombygging til enerom og tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse. Sykehusbygg HF vurderer arealene i SI Lillehammer totalt sett som best egnet. SI Elverum vurderes å være bedre egnet enn SI Gjøvik og SI Hamar.

2. Rekruttering

Tilgangen til helsepersonell med riktig kompetanse kommer til å være en utfordring for Sykehuset Innlandet i årene som kommer. Sykehuset Innlandets utviklingsplan 2018-2035 beskriver helseforetakets rekrutteringsutfordringer i sammenheng med en bemannings- og kompetansekrevene sykehusstruktur og viser til at det er størst utfordringer innenfor de små fagmiljøene.

Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå indikerer at behovet for helse- og omsorgspersonell vil øke sterkt i årene som kommer. I Sykehuset Innlandets opptaksområde ventes behovet å øke med sju prosent i spesialisthelsetjenesten og 20 prosent i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fram mot 2035. Framskrivningene viser at det særlig blir underdekning på sykepleiere og helsefagarbeidere, mens det ventes noenlunde balanse mellom tilbud og etterspørsel for leger².

I en utvikling med nasjonalt underskudd på flere yrkesgrupper og hvor både kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenesten vil ha økt behov, er det viktig at Sykehuset Innlandet har en struktur som benytter kapasitet og kompetanse effektivt. Rapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» vektlegger behovet for rekruttering av nødvendig kompetanse til alle enhetene i den nye sykehusstrukturen som en forutsetning for god pasientbehandling.

Rekruttering er også et sentralt tema i samfunnsanalysen fra COWI AS og Vista Analyse som omhandler rekruttering av ansatte i ny sykehusstruktur. Temaet beskrives både med hensyn til de ulike lokaliseringalternativenes evne til å tiltrekke seg nødvendig kompetanse og den virkningen ansattes bostedsvalg og arbeidsreiser har på samfunnsutviklingen, transportbehovet og miljøet.

COWI AS og Vista Analyse påpeker at rekrutteringsevnen påvirkes av samspillet mellom størrelsen på rekrutteringsgrunnlaget og arbeidsplassens attraktivitet:

Samling av fagmiljøene til større enheter oppleves også som positivt, både utfra faglige og praktiske hensyn (bedre vaktordninger osv.). Dette bidrar til at Mjøssykehuset, men også akuttsykehuset, vil fremstå som attraktive arbeidsplasser, uavhengig av lokalisering. (COWI AS og Vista Analyse, 2021)

Den nye sykehusstrukturen vurderes å ha potensial for å rekruttere bedre enn dagens funksjonsfordelte modell. En samling av fagmiljøer kan bidra til økt attraktivitet gjennom å legge til rette for bedre arbeidstidsordninger, redusert vaktbelastning, større

² NOU 2020:15, «Det handler om Norge: Bærekraft i hele landet. Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene»

pasientvolum, økt spesialisering, moderne behandling, samt muliggjøre frigjøring av tid til fagutvikling og forskning. I tillegg legges det til grunn at et nytt og moderne sykehus vil virke rekrutterende.

Angående lokaliseringens betydning for arbeidsplassens attraktivitet, vektlegger samfunnsanalysen fra COWI AS og Vista Analyse kort reisevei for ansatte. Analysen påpeker at ansattes orientering mot ny struktur vil starte allerede i perioden fra vedtak om nytt sykehus fram til åpning. I perioden fram mot 2040 vil sykehusene i økende grad bemannes av nye ansatte. Ifølge samfunnsanalysen betinger dette at den nye sykehusstrukturen evner å tiltrekke seg kompetanse. I denne perioden vil ansatte samlet sett ha lengst arbeidsreise, noe som ifølge samfunnsanalysen vil påvirke blant annet transportbehovet, miljømessige forhold og behovet for god infrastruktur. COWI AS og Vista Analyse viser til at disse virkningene vil avta i perioden etter 2040, da det forventes at framtidige ansatte i større grad vil være bosatt nærmere arbeidsstedet. På denne måten vil en endret sykehusstruktur påvirke den regionale utviklingen gjennom endringer i bosettings- og reise-mønstre.

Det er tidligere gjennomført samfunnsanalyser av andre alternativer og på andre forutsetninger. På oppdrag for Sykehuset Innlandet i idéfasen viste Asplan Viak (2017) potensialet for et stort regionalt rekrutteringsgrunnlag ved etablering av Mjøssykehuset ved Mjøsbrua. Alternativene som var vurdert i Asplan Viak sin analyse inneholdt begrenset virksomhet på Gjøvik, Hamar og Lillehammer, enten ved at virksomheten utvikles eller at det kun er poliklinisk aktivitet og dagbehandling i disse byene. Med disse forutsetningene ble det i denne analysen lagt til grunn at alle disse bo- og arbeidsmarkedsregionene kunne inngå i rekrutteringsgrunnlaget til Mjøssykehuset. Med utgangspunkt i de forutsetningene som legges til grunn i det foreliggende utredningsarbeidet, poengterer COWI AS og Vista Analyse at det kan bli krevende å basere plasseringen av Mjøssykehuset på at sykehuset skal rekruttere jevnt fra tre mjøsbyer. I denne analysen vektlegges det at hovedtyngden av de ansatte vil være bosatt nærmere sykehuset og at nærheten til en større by er å foretrekke.

Samfunnsanalysen fra COWI AS og Vista Analyse legger til grunn et framskrevet befolkningsgrunnlag innenfor ulike reisetidsintervall til ulike aktuelle lokaliseringer av Mjøssykehuset. Datagrunnlaget viser at en lokalisering i Brumunddal har størst rekrutteringsgrunnlag for intervallene opp til om lag 30 minutter. Først når reisetiden økes til 30 minutter eller mer, blir befolkningen like stor eller større i Moelv. En lokalisering i Moelv har det største rekrutteringsgrunnlaget innenfor 35-45 minutters reisetid. For øvrig er det mindre utslag innenfor relevante reisetider.

Pendlertilbøyeligheten avtar med lengre reisetid, og samfunnsanalysen legger til grunn at befolkningsgrunnlaget innenfor kortere reisetid har størst betydning for rekrutteringsgrunnlaget. COWI AS og Vista Analyse påpeker på dette grunnlaget at en lokalisering av Mjøssykehuset i Brumunddal har et større rekrutteringsgrunnlag innenfor de reisetidsintervallene hvor det legges til grunn at hovedtyngden av framtidige ansatte på sikt vil være bosatt.

Figuren under viser eksempler på befolkningsgrunnet innenfor noen utvalgte reisetider:



Figur 1: Befolkningsgrunnlag innenfor en gitt reisetid, 2030. (Kilde: DOM Innlandet, COWI AS)

COWI AS og Vista Analyse oppgir som referanse at to tredjedeler av dagens sykehusansatte har en arbeidsreise på mindre enn 15 minutter og at 80 prosent bor innenfor 25 minutter fra arbeidsstedet. Ved overgang til ny sykehusstruktur vil den gjennomsnittlige reisetiden for ansatte øke. Det legges ikke til grunn at mange av dagens ansatte vil flytte, men at lokaliseringen av ny sykehusstruktur vil påvirke bostedsvalg for de som rekrutteres. På denne måten forutsetter samfunnsanalysen en gradvis tilpasning av ansattes bosetting i tilknytning til ny sykehusstruktur med en tilhørende reduksjon i transportbehovet etter hvert som dagens ansatte fases ut.

Denne tilnærmingen er en indikator på den langsiktige rekrutteringsevnen ved ulike lokaliseringalternativer. På kort sikt vil sykehusets bemanningsutfordringer i større grad handle om evnen til å holde på kompetanse ved overgang til ny struktur. Samfunnsanalysen legger til grunn at det kan skape problemer for bemanningen og fagmiljøet dersom mange ansatte orienterer seg bort fra sykehuset, og at det kan være utfordrende å besette ledige stillinger ved sykehus som er besluttet nedlagt.

Alternativene som er beskrevet i samfunnsanalysen svarer ikke direkte til de alternativene som vurderes i denne saksframstillingen. Samfunnsanalysen gir imidlertid et utgangspunkt for å vurdere de enkelte stedenes rekrutteringspotensial og se disse i en sammenheng. Samfunnsanalysen vurderer samlet sett at rekrutteringsevnen vil være best med en lokalisering av Mjøssykehuset i Brumunddal i kombinasjon med akutt sykehus på Lillehammer eller Gjøvik. Dette svarer i hovedsak til alternativ 1 i saksframstillingen. Alternativene med en lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv vurderes i samfunnsanalysen til å ha en noe svakere rekrutteringsevne. Når det gjelder akutt sykehuset, vurderes rekrutteringsevnen til å være høyere i Lillehammer enn i Elverum. Analysen trekker blant annet fram samhandlingen med sykepleierutdanningen som et argument for en lokalisering i Elverum. Med utgangspunkt i størrelsen på befolkningsgrunnet innenfor kort reisevei og bostedsattraktivitet, vurderes likevel en lokalisering av akutt sykehuset i Lillehammer som et bedre alternativ.

COWI AS og Vista Analyse påpeker at rekrutteringen til de ulike sykehusene må sees i sammenheng med lokaliseringen av de andre sykehusene i regionen. Samfunnsanalysens fokus på Mjøssykehuset og akuttsykehuset innebærer at analysen ikke gir en samlet vurdering av Sykehuset Innlandets totale framtidige kompetansebehov, herunder ved det elektive sykehuset, lokalmedisinske sentre, distriktpsikiatriske sentre og andre virksomhetsområder, samt hvilke virkninger dette har for den samlede rekrutteringssituasjonen. Dette er nærmere omtalt i prosjektrapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF». Prosjektgruppen legger til grunn at bemanningsbehovet ved akuttsykehuset og det elektive sykehuset vil påvirke rekrutteringsgrunnlaget til Mjøssykehuset.

I forlengelsen av dette kan det vurderes i hvilken grad virksomhetsinnhold og lokalisering av de andre sykehusene virker inn på lokaliseringen av Mjøssykehuset. Sammenlignet med prosjektgruppens anbefaling (alternativ 1), vil alternativene 2 og 3 innebære større virksomhet med tilhørende bemanningsbehov ved SI Elverum og mindre virksomhet ved SI Gjøvik. Det kan medføre at Mjøssykehuset i disse alternativene i større grad vil kunne trekke på rekrutteringspotensialet i Gjøvikregionen. Tilsvarende kan et redusert bemanningsbehov ved SI Lillehammer, enten som elektivt sykehus (alternativ 2) eller gjennom justert befolkningsgrunnlag som akuttsykehus, kunne representere et større rekrutteringspotensial til Mjøssykehuset fra denne regionen.

Dette vil kunne bidra til at Gjøvik- og Lillehammerområdet kan inngå som en større del av rekrutteringsgrunnlaget til Mjøssykehuset, både ved overgangen til ny struktur og gjennom framtidig rekruttering fra disse områdene. Slike justeringer kan styrke Moelv som lokaliseringsalternativ sammenlignet med Brumunddal. Basert på de forutsetningene som legges til grunn i samfunnsanalysen vil en lokalisering i Moelv i større grad bero på et regionalt rekrutteringsgrunnlag, der flere ansatte har en noe lengre arbeidsreise enn alternativet med Mjøssykehuset i Brumunddal. Det er imidlertid en viss usikkerhet knyttet til hvor framtidige ansatte vil være bosatt og hvordan ulike arbeidsgruppers pendlertilbøyelighet vil virke i de ulike alternativene. På kort sikt vil rekrutteringsevnen i større grad bero på at Mjøssykehuset tiltrekker seg kompetanse fra dagens sykehus, noe som tilsier at en akseptabel arbeidseise fra dagens sykehus har større betydning.

Etableringen av en ny sykehusstruktur vil uansett lokalisering representere en risiko for Sykehuset Innlandets rekrutteringsevne, både i årene fram til innflytting, og i de første årene etter strukturendringen. I hvilken grad denne risikoen kan knyttes til valg av lokalisering og arbeidsplassens attraktivitet avhenger av en rekke forhold. Prosjektrapporten påpeker særlig at det i en overgangsfase kan bli utfordrende å beholde og rekruttere til de sykehusene som ikke skal videreføres.

Sykehuset Innlandet har igangsatt et organisasjonsutviklingsprogram som skal koordinere, styre og følge opp omstillinger på vei mot den nye sykehusstrukturen. Det omfatter blant annet utvikling av kompetanse, organisatoriske endringer og nye arbeidsmetoder. Gjennom organisasjonsutviklingsprogrammet vil Sykehuset Innlandet sørge for en systematisk tilnærming til de risikoene som knyttes til rekruttering og bibehold av kompetanse.

3. Investeringskostnader, driftsøkonomiske effekter og bæreevne

Det er gjort økonomiske analyser i forbindelse med prosjektarbeidet i Helse Sør-Øst RHF og i Sykehuset Innlandets idéfase. Analyse av økonomisk bæreevne sier noe om hvorvidt

helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansieringen og øvrige investeringsbehov ved helseforetaket inkludert, herunder finansiering og økonomiske driftseffekter av prosjektet.

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsperiodens levetid:

- Likviditetsstrømmer fra driften overstiger samlede avdrags- og rentebetalinger
- Likviditetsmessig evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at fremtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

Overordnede forutsetninger

Det er lagt til grunn en investeringsramme på 9,01 milliarder kroner (2020 kroner) til investering i nytt Mjøssykehus. I tillegg kommer investeringskostnader til tomteerverv, ikke-byggnær IKT kostnad (700 millioner kroner) og luftambulansbase (60 millioner kroner). Investeringen i ikke-byggnær IKT foretas av Helse Sør- Øst RHF, mens Sykehuset Innlandet betaler for investeringen gjennom den årlige tjenesteprisen fra Sykehuspartner HF over åtte år.

Finansiering

Det er forutsatt at 70 prosent av investeringsbeløpet til Mjøssykehuset kan finansieres med låneopptak fra Helse- og omsorgsdepartementet og 30 prosent finansieres av basisfordring. Reinvesteringer og vedlikehold i gjenværende bygg, MTU og ambulanser finansieres av egne midler i disse beregningene.

Endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med konseptfasen. Basisfordringen oppstår som følge av den etablerte finansieringsmodellen for foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en regional lånemodell hvor det holdes tilbake likviditet fra helseforetakene til regionalt fellesprioriterte investeringer i bygge- og IKT-prosjekter.

Ved utgangen av 2021 utgjør fordringen Sykehuset Innlandet har mot Helse Sør-Øst RHF om lag to milliarder kroner. Fordringen økes årlig med om lag 80 millioner kroner, og tilsvarer Sykehuset Innlandets avskrivninger fratrukket likviditet til egne investeringer. Basisfordringen er hovedelementet i egenfinansieringen og er opparbeidet uavhengig av Sykehuset Innlandets regnskapsmessige resultater. Midlene benyttes som egenfinansiering løpende gjennom byggeperioden, og i en periode er fordringen negativ, før den igjen øker.

Sykehus som i det framtidige målbildet for Sykehuset Innlandet skal avvikles, kan avhendes. På bakgrunn av dette er det estimert salgsverdi for eiendommer som er aktuelle for avhending i de ulike alternativene. De estimerte salgsverdiene er likevel antatt å være lavere enn de bokførte verdiene og vil medføre regnskapsmessige tap (tilsvarende forskjellen mellom salgsverdi og bokført verdi i balansen på

salgstidspunktet). Likviditeten av salget vil derimot kunne inngå i finansieringen av investerings- og vedlikeholdsprosjekter.

Investeringskostnader

De underliggende investeringskostnadene for de ulike alternativene er estimert av Norconsult på bakgrunn av arealbehov.

For de prehospitale tjenestene er det tatt høyde for et økt behov for to ambulanserbiler i investeringsporteføljen som følge av ny sykehusstruktur i alle alternativer. Videre er det tatt høyde for reinvesteringer til SI Tynset og til distriktpsikiatriske sentre som ikke blir direkte berørt av den nye sykehusstrukturen. Tabellen viser investeringskostnadene for henholdsvis akuttpsykiatri og elektivt sykehus ved de ulike lokaliseringalternativ:

Akuttpsykiatri (beløp i millioner kroner)	SI Elverum	SI Gjøvik	SI Hamar	SI Lillehammer
Teknisk oppgraderingsbehov	160	126	106	235
Nødvendig ombygging for nytt målbilde	175	159	-	66
Nødvendig nybygg for nytt målbilde	-	-	2 101	-
Oppgradering	-	-	1 059	-
Nødvendige investeringer for nytt målbilde i 2028	336	285	3 266	301
Oppgraderingsbehov på lang sikt	1 342	1 285	-	1 624
Totale investeringer	1 678	1 570	3 266	1 924

Elektivt sykehus (beløp i mill. kroner)	SI Elverum	SI Gjøvik	SI Hamar	SI Lillehammer
Teknisk oppgraderingsbehov	160	126	106	235
Nødvendig ombygging for nytt målbilde	-	-	-	-
Nødvendig nybygg for nytt målbilde	-	-	323	-
Oppgradering	-	-	890	-
Nødvendige investeringer for nytt målbilde i 2028	160	126	1 319	235
Oppgraderingsbehov på lang sikt	1 211	1 058	-	1 345
Totale investeringer	1 371	1 184	1 319	1 580

Tabell 7: Estimerte investeringskostnader i akutt og elektivt sykehus ved de ulike lokaliseringalternativ

Estimatene i tabellen ovenfor er lagt til grunn i de økonomiske bærekraftsberegningene, med lik periodisering i de ulike alternativene for å gjøre sammenligningen enklere. Det er videre lagt inn investeringskostnader til bygg, medisinskteknisk utstyr og annet under hele tidsperioden. Sykehuset Innlandet vil gå nærmere gjennom behovene for bygningsmessige investeringer etter at vedtaket om lokalisering er fattet. Ambisjonsnivå for gjenværende bygg, tidsplan (periodisering) og finansiering vil være viktige områder for en nærmere gjennomgang og behandling, herunder annen gjenværende bygningsmasse på Tynset og ved de distriktpsikiatriske sentrene.

Driftsøkonomiske effekter og gevinster i alternativene

Driftsøkonomiske effekter av et investeringsprosjekt estimeres som differansen i betalbare driftskostnader ved videreføring av dagens struktur/bygg versus det aktuelle alternativet. Slike effekter vil følge av i hovedsak to overordnede drivere:

- Driftseffekter som følge av faglig og geografisk samling og/eller desentralisering
- Driftseffekter som følge av bygningsmessige endringer (nybygg/oppgradering)

Driftsgevinstene er estimert ved å vurdere konsekvenser av samlokalisering og endrede bygg for spesifikke driftsområder som forventes å påvirkes av endret fremtidig

sykehusstruktur og/eller bygg. Det er i denne fasen prioritert å kartlegge områder som vil påvirkes i vesentlig grad. Kartleggingen er derfor ikke uttømmende for samtlige effekter av endret sykehusstruktur, men vurderes å gi et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Vurderingene må oppdateres og komplementeres i senere faser.

Tabellen nedenfor viser de driftsøkonomiske gevinstene per alternativ. I alternativ 3 justert er kostnadene til et tilbud i akutt indremedisin inkludert. Uten dette tilbudet vil driftsgevinstene være som i alternativ 2 og 3. For en nærmere beskrivelse av hovedområdene i tabellen vises det til kapittel 5.15 Driftsøkonomiske effekter og gevinster i ny sykehusstruktur i prosjektrapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF».

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 per modellalternativ				
Hovedområde	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 3 Justert
Klinisk personell somatikk	240	245	245	220
Klinisk personell psyk/TSB	45	45	45	45
Medisinsk service og støtte	30	35	35	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	-35	-35	-35	-35
FDV	30	40	40	40
Øvrige service og støttefunksjoner	40	45	45	45
Andre driftseffekter (gjestepasientkostnader)	-30	0	0	0
Sum estimerte nettogevinst	320	375	375	345
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader 2019</i>	3,9 %	4,6 %	4,6 %	4,2 %

Tabell 8: Estimerte årlige netto driftsgevinster i 2040 per alternativ for fremtidig modellalternativ. Beløp i mill. kroner, avrundet til nærmeste 5 eller 0 mill. kroner.

Alternativ 1 – Økonomi og bærekraft

Dette alternativet gir en større risiko for pasientlekkasje enn de andre alternativene. Det er en risiko for at om lag 10 000 innbyggerne i Sør-Østerdal, 3 000 innbyggere i Sør-Aurdal og 23 000 innbyggere i Hadelandsregionen, som har kortere reisevei til sykehus utenfor Sykehuset Innlandet, velger å benytte disse tilbudene. En økning i gjestepasientkostnadene vil redusere driftsgevinstene med anslagsvis 30 millioner kroner per år. Estimater er gjort basert på dagens nivå for elektiv aktivitet fra de omtalte områdene. Noen kommuner har i sine høringsuttalelser pekt på mulighet for endret foretakstilhørighet i dette alternativet. Risikovurderingene viser at en eventuell reduksjon av opptaksområdet vil ha svært store økonomiske konsekvenser. Om alternativ 1 fører til endringer i opptaksområdet for Sykehuset Innlandet, kan inntektstapet i form av en redusert basisramme og tapte ISF-inntekter representere tre til fire hundre millioner kroner per år. Dette estimatet er basert på erfaringene fra bortfallet av Kongsvingers opptaksområde. Dagens opptaksområde er imidlertid lagt til grunn i de økonomiske beregningene.

I tillegg er det i dette alternativet lagt opp til et stort lokalmedisinsk senter på Elverum. Det er derfor beregnet kostnader til vaktordning for klinisk personell og til medisinske støttefunksjoner til skadepoliklinikken.

Ved at flere bygg videreføres, vil dette medføre en økning i forvaltning, drift og vedlikeholdskostnadene (FDV) på om lag 10 millioner kroner per år. Behov for framtidig

rehabilitering og ombygging av et slikt senter vil komme i tillegg. Likviditet fra avhending av bygg frafaller også i dette alternativet.

Alternativ 2 – Økonomi og bærekraft

Alternativ 2 er sammenlignbart med de estimerte driftsgevinstene som er beskrevet som justert modell 2 i prosjektrapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF». Korreksjonen av opptaksområdene krever ingen endring i vaktordninger og medfører en marginal reduksjon av driftsutgiftene ved SI Tynset. Investeringskostnadene og driftskostnadene ved Mjøssykehuset forutsettes ikke å øke som følge av justeringen i opptaksområdet.

I de økonomiske beregningene er det forutsatt en aktivitet tilsvarende et opptaksområde på 90 000 innbyggere i akuttsykehuset for alle lokaliseringalternativene. Dersom det i dette alternativet ikke oppnås et opptaksområde i denne størrelsesorden, vil det kunne medføre en relativ ineffektiv utnyttelse av kapasiteten. Dette forutsetter imidlertid at det ikke er mulig å utnytte den ledige kapasiteten til andre behandlingsformål innenfor de samme vaktordningene. Samtidig vil et stort akuttsykehus i Elverum redusere risikoen for at om lag 10 000 innbyggere i Sør-Østerdal vil benytte tilbud utenfor helseforetaket.

Kostnader til FDV og vaktordninger vil være lavere sammenlignet med alternativ 1 uten lokalmedisinsk senter med skadepoliklinikk og medisinsk poliklinikk.

Alternativ 3 – Økonomi og bærekraft

Alternativ 3 er også sammenlignbart med de estimerte driftsgevinstene som er beskrevet som Justert modell 2 i prosjektrapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF».

Et elektivt sykehus med døgnfunksjon ved SI Elverum vil bidra til å redusere risikoen for at pasienter fra Sør-Østerdal reiser til sykehus utenfor opptaksområdet. Dette alternativet vil ha lavere kostnader sammenlignet med alternativ 1 siden det ikke etableres lokalmedisinsk senter.

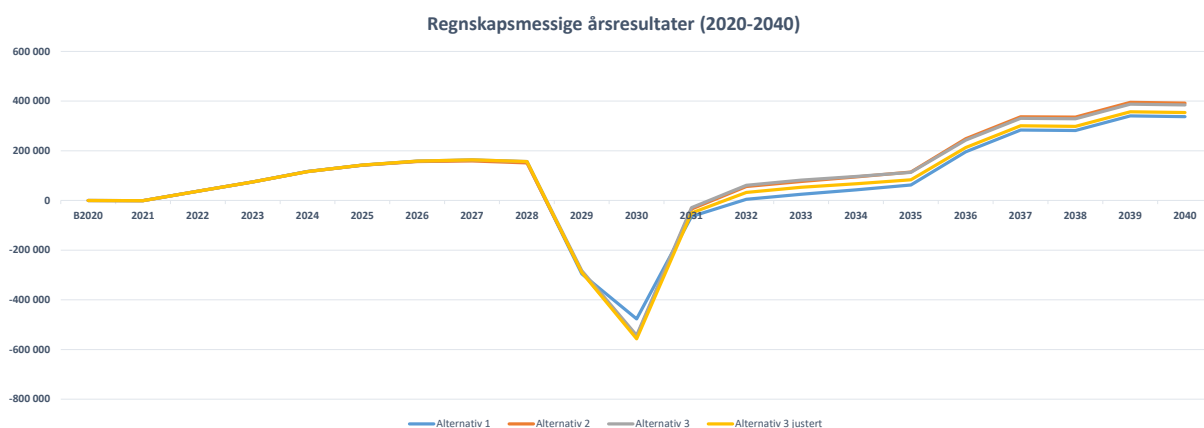
Justeringen av opptaksområdet krever ingen endring i vaktordninger og medfører kun en marginal reduksjon av driftsutgiftene ved akuttsykehuset og SI Tynset.

Alternativ 3 justert – Økonomi og bærekraft

Beregningene som er gjort i idéfasen, kvalitetssikret med vurderingene som er gjort i Helse Sør-Øst RHF sin utredning, og sammenlignet med erfaringer fra dagens drift, er lagt til grunn for vurderingene av driftsgevinstene i det justerte alternativ 3.

Det elektive sykehuset vil ha et tilbud med poliklinikk, dagtilbud, akutte og elektive senger innenfor indremedisin. Vaktordningen innenfor indremedisin er forutsatt utvidet i det justerte alternativet. I tillegg krever en enhet med akutte senger innenfor indremedisin vaktordning i anestesi. Det er i beregningene forutsatt et behov for å styrke tilbudet innenfor radiologi og laboratoriefunksjoner. Dette alternativet vil derfor gi noe lavere driftsgevinster for klinisk personell somatikk og medisinske støttefunksjoner enn i de andre alternativene.

Oppdaterte beregninger på økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå for alle alternativene
Analyser som bygger på Sykehuset Innlandets økonomiske langtidsplan for 2020-24 er utarbeidet og viser de totaløkonomiske og regnskapsmessige effektene i ulike alternativer, herunder investeringsbehov i gjenværende bygg.



Figur 2: Regnskapsmessige årsresultat i perioden 2020-2040.

Figuren viser at Sykehuset Innlandet vil ha en periode med negative regnskapsmessige resultater i begynnelsen av driftsperioden for samtlige alternativer. En vesentlig årsak til dette er økte avskrivninger og rentekostnader, og at det vil ta noen år før driftsgevinstene inntreer fullt ut. Det er lagt til grunn salg av eiendom i 2030, noe som vil gi regnskapsmessige tap som følge av at salgsinntektene forventes å være lavere enn eiendommenes restverdi i balansen. Det regnskapsmessige tapet på grunn av salg av eiendom er derfor minst i alternativ 1. Avhending av eiendom vil imidlertid tilføre likviditet i form av salgsinntekter og det vil kunne selges flere bygg i alternativ 2 og 3 enn i alternativ 1 (der det er et LMS på Elverum).

Sykehuset Innlandet må på kort sikt fortsette med omstillinger i driften for å tilpasse seg økonomiske rammer i årene fremover. Foretaket planlegger også driftstilpasninger for å øke resultatene frem mot ny sykehusstruktur og for å ha økonomisk handlingsrom og midler til årlige investeringer i medisinskteknisk utstyr, IKT, ambulanser og byggvedlikehold.

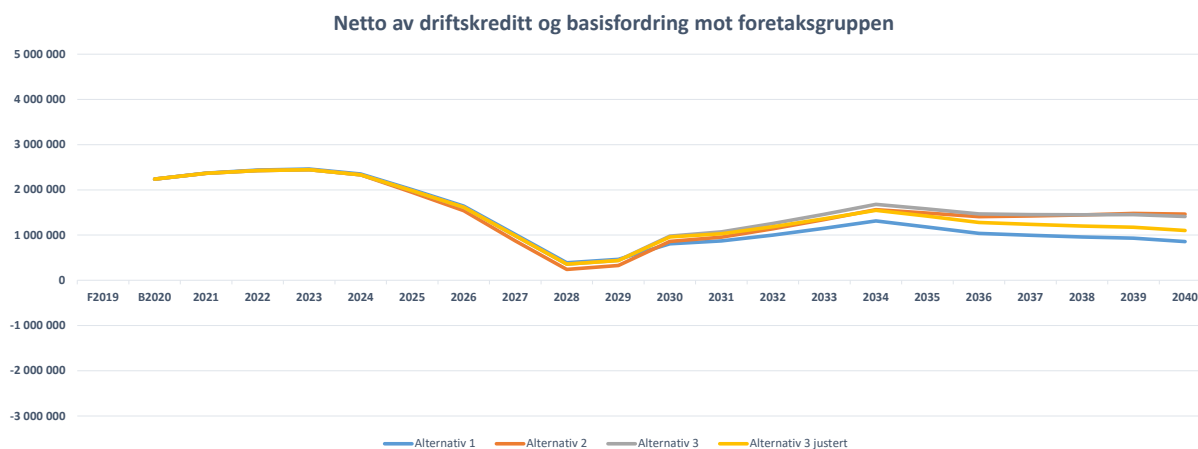
Omstillingene og tilpasningene skjer blant annet ved effektivisering, optimalisering av pasientforløp, innføring av nye behandlingsmetoder og bruk av ny teknologi. I tillegg til dette er det lagt opp til å samle fag og funksjoner, enten organisatorisk eller geografisk i tråd med det framtidige målbildet.

Det er lagt opp til økende årsresultater i perioden fram til 2028. Det er hensyntatt organisasjonsutviklingskostnader (OU-kostnader), ulempekostnader og flyttekostnader til Mjøssykehuset i beregningene fram mot innflytting.

Driftsgevinstene som er vist i tabell 8, er forutsatt gradvis realisert i løpet av de fire første årene etter innflytting og årsresultatene vil forbedres etter 2030. På lengre sikt vil avskrivningskostnader og kostnader til ikke-byggnær IKT avta og regnskapsresultatene styrkes på lengre sikt.

Det er vurdert økonomisk risiko ved de ulike alternativene før og etter innflytting i nytt sykehus. Dette gjelder særlig risiko innenfor områdene bygg, opptaksområdenes

størrelse, rekrutteringsevne og fare for pasientlekkasjer. Alternativene er vurdert opp mot hverandre med tanke på mulighetene til å tilrettelegge for samling på kort og mellomlang sikt. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste effektene av disse risikoområdene.



Figur 3: Netto av driftskreditt og basisfordring mot foretaksgruppen 2021-2040.

Figuren viser at Sykehuset Innlandet har netto oppspart basisfordring til Helse Sør-Øst RHF og driftskreditt/bankinnskudd på nærmere 250 millioner kroner i 2028 etter å ha benyttet om lag 2,8 milliarder kroner til å finansiere 30 prosent i Mjøssykehuset. Det vil derfor ikke være behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset Innlandet har en tilfredsstillende likviditetsutvikling gitt de overordnede forutsetninger som er lagt til grunn.

Oppsummering økonomi og bærekraft

De oppdaterte bæreevneanalyser viser at Sykehuset Innlandet har økonomisk bærekraft i alle de tre alternativene som er analysert i det framtidige målbildet. En relativt stor netto basisfordring på Helse Sør-Øst RHF og beregnede driftsgevinster ved samling av virksomheter er bærende elementer i de økonomiske analysene.

De overordnede analysene viser små forskjeller mellom de tre alternativene, men den økonomiske risikoen er vurdert størst i alternativ 1. Bæreevneanalysene skal oppdateres og detaljeres ytterligere i konseptfasen.

4. Samfunnsmessige virkninger

Samfunnsanalysen fra COWI AS og Vista Analyse vektlegger at Innlandet står overfor en krevende situasjon i årene som kommer. Dette knyttes til regionens samlede fødselsunderskudd og at de fleste kommunene ventes å ha befolkningsnedgang fram mot 2040. Samfunnsanalysen påpeker at et bedre sykehusstilbud med ny struktur er et av flere tiltak som kan bidra til å møte utfordringene.

Samfunnsanalysen er i hovedsak konsentrert om lokalisering av Mjøssykehuset og akuttsykehuset. Denne tilnærmingen innebærer at analysene i mindre grad gir en helhetlig beskrivelse av de samlede samfunnsvirkningene av den nye sykehusstrukturen, hvor virksomheten vil være fordelt mellom flere steder i Innlandet. Innenfor enkelte temaområder omtaler samfunnsanalysen hvordan det elektive sykehuset vil virke sammen med Mjøssykehuset og akuttsykehuset.

Samfunnsanalysen fra COWI AS og Vista Analyse beskriver de samfunnsmessige virkningene av strukturendringen i ulike tidsfaser og vurderer risiko og muligheter

innenfor en rekke temaområder, herunder sysselsetting, regional utvikling, by- og tettstedsutvikling, persontransport, miljø og klima. Samfunnsanalysen vurderer samlet sett en lokalisering av Mjøssykehuset i Brumunddal som bedre enn en lokalisering i Moelv innenfor de fleste temaene som er vurdert. Det vektlegges at nærheten til en by og et større arbeidsmarked lokalt gir en rekke samfunnsmessige fordeler. Det gjelder blant annet for å bidra til minst mulig trafikkvekst, tids- og kostnadsbesparelser for de reisende og minimere veksten i klimautslipp.

Mange av høringsinstansene kommenterer de samfunnsmessige virkningene av en ny struktur, herunder effekter for den regionale utviklingen, risiko for tap av lokale arbeidsplasser, beredskapshensyn og miljømessige forhold. Noen høringsuttalelser knytter endringen av sykehusstrukturen til politiske målsettinger og muligheter for at etableringen av ny sykehusstruktur kan bidra til en ønsket utviklingsretning for Innlandet. Innlandet fylkesting presiserer i sin høringsuttalelse at samfunnsmessige konsekvenser må vektlegges:

Fylkestinget vil påpeke at framtidig sykehusstruktur må sikre et godt og nært helsetilbud til alle. Det må også vektlegges samfunnskonsekvenser ved endringer, både for regional balanse, befolkning, arbeidsplasser, næringsliv, infrastruktur, transportbehov, klima og miljø. (Høringsuttalelse fra Innlandet fylkesting, behandlet 17.03.2021).

Flere høringsinstanser har gitt uttrykk for at samfunnsanalysen er mangelfull og at prosjektgruppen dermed har gitt sin anbefaling på feil grunnlag. De høringsuttalelsene som påpeker dette, viser i særlig grad til metoder, analyser og funn i samfunnsanalysen.

Alternativene som er vurdert skal, i henhold til styresak 005-2019 «Målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF», ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Mange av høringsinstansene vektlegger dette i sine uttalelser og beskriver ulike forslag for å ivareta en slik balanse.

Styret i Helse Sør-Øst RHF viste i sin behandling av sak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill» til at eventuelle endringer i veistandard i Innlandet som følge av ny Nasjonal transportplan bør omtales. Reisetidsanalysene i prosjektrapporten legger til grunn veiprojekter som er vedtatt i gjeldende Nasjonal transportplan 2018–2029. Regjeringen presenterte 19. mars 2021 stortingsmelding om Nasjonal transportplan 2022–2033. Flere høringsinstanser tar til orde for at prosjekter som omtales i stortingsmeldingen bør tas med i beslutningsgrunnlaget, herunder viser Gjøvik kommune i sin høringsuttalelse til at en utbygging av riksvei 4 vil halvere reisetiden mellom Gjøvik og Mjøsbrua. Nasjonal transportplan 2022-2033, som etter planen skal behandles i Stortinget i juni 2021, legger opp til utbygging av riksvei 25 Hamar-Løten, utbedringstiltak på E6 Otta-Dombås og riksvei 3 i Østerdalen samt andre veiprojekter som vil bidra til å redusere reisetiden for pasienter, pårørende og ansatte i Sykehuset Innlandets opptaksområde. Dette vil omtales nærmere i konseptfasen.

Samfunnsanalysene av en framtidig sykehusstruktur i Innlandet vurderer ulike samfunnsmessige konsekvensene av en strukturendring. Asplan Viak beskriver i sin samfunnsanalyse (2017) ulike avbøtende tiltak som kan bidra til å redusere de negative virkningene. Her legges det særlig vekt på tiltak for å påvirke reisemiddelvalg for ansatte, pasienter og pårørende. Dette omfatter å sikre en god infrastruktur for gående og

syklende i gang- og sykkelavstand fra sykehusene. For å redusere klimagassutslippene er det viktig at det etableres et godt kollektivtilbud til sykehusene som sikrer både ansatte, pasienter og pårørende god tilgjengelighet. Det understrekes at tilgang til parkeringsplass er av stor betydning når den enkelte velger reisemiddel. Analysen viser for øvrig til statlige og fylkeskommunale virkemidler for å avbøte tap av arbeidsplasser i de områdene hvor virksomheten reduseres.

Overordnet risikovurdering

Hovedspørsmålet ved endring av struktur har vært knyttet til risiko ved flytting av fødetilbud og akuttfunksjoner til Mjøssykehuset for de med mest akutt og kritisk sykdom. Det ble i idéfasen vurdert at den økte risikoen som forekommer ved 10-20 minutter lengre reisevei for pasienter fra områdene som skal til Mjøssykehuset, oppveies av at tverrfaglig spesialisert kompetanse er tilgjengelig for pasienter med akutte og uavklarte tilstander. Dette sammenfaller med de vurderingene som er gjort i denne analysen, hvor risiko forbundet med samling av fødetilbud og akuttfunksjoner er vurdert å ha lav risiko.

Alternativ 1 vurderes å ha moderat risiko når det gjelder å desentralisere tjenester, lite effektiv bruk av bygningsmasse og økte gjestepasientkostnader. Alternativet legger til grunn etablering av et stort lokalmedisinsk senter som ikke er forutsatt i de andre alternativene. Dette vil kreve ekstra bemanning og flere vaktordninger, noe som vil binde kapasitet og kompetanse i Mjøsregionen. Alternativet vil samtidig gi ubenyttede arealer som vanskelig kan avhendes. Alternativet er vurdert å ha moderat risiko på grunn av økte gjestepasientkostnader hvis befolkningen i Hadelandsregionen velger å benytte tilbud utenfor foretaket. Ingen områder vurderes å ha høy risiko i dette alternativet.

Alternativ 2 vurderes å ha moderat risiko knyttet til rekrutteringsevne. Dette er begrunnet i en svakere langsiktig rekrutteringsevne for et Mjøssykehus i Moelv enn i Brumunddal, og ved at Elverum har svakere rekrutteringsevne enn Lillehammer som akutt sykehus. I tillegg vurderes det å være krevende å etablere et nytt gastrokirurgisk tilbud ved sykehuset på Elverum. Alternativet vil gi store ubenyttede arealer som vanskelig kan avhendes på Lillehammer. Øvrige områder er vurdert å ha lav risiko.

Alternativ 3 har lavere risiko innenfor flere områder, sammenlignet med de andre alternativene. Det er vurdert at den langsiktige rekrutteringsevnen er svakere i Moelv enn i Brumunddal, samtidig er rekrutteringsevnen bedre i Lillehammer enn på Elverum. Samlet sett er risikoen lav i dette alternativet.

Alternativ 3 justert har moderat risiko. Denne vurderes å være høyere enn i alternativ 3 fordi løsningen innebærer et akutttilbud innen indremedisin uten den tverrfagligheten som er tilstede i de andre enhetene. Det er i dette alternativet risiko for manglende helhetlige pasientforløp og manglende tverrfaglighet ved at pasienter under behandling må transporteres mellom sykehus. Alternativet gir små fagmiljø særlig innen indremedisin, og kan gi reduserte muligheter til å tilby desentraliserte tjenester.

En samlet vurdering av risikoelementene viser at alternativ 3 har lavest risiko av de vurderte alternativene.

Perioden frem til ny struktur er etablert

I perioden fram mot etablering av ny sykehusstruktur skal organisasjonen tilpasses, endres og ledes mot det framtidige målbildet. Perioden vil være preget av omfattende omstillings- og organisasjonsutviklingsarbeid for å redusere variasjon i tilbudet,

stimulere til faglig utvikling og faglig og økonomisk bærekraft. Det er vesentlig for foretaket at omstillingene med korte og langsiktige målsetninger er godt koordinert for å oppnå ønsket effekt for foretaket.

Det er vurdert å være høy risiko innenfor to områder i perioden frem til ny struktur er etablert. Dette gjelder risiko for at pasienter under behandling må transporteres mellom sykehus og risiko forbundet med manglende mulighet til investeringer.

I perioden frem til ny struktur er etablert er det vurdert å være moderat risiko for rekruttering av nødvendig helsepersonell. Dette er knyttet til flytting av fagområder og avstand til nytt arbeidssted i mellomperioden. Små fagmiljøer kan være særlig utsatt for manglende rekruttering og kompetanse i deler av perioden.

Risikoreduserende tiltak i perioden frem til ny struktur er etablert

Det er viktig å sikre nødvendig kompetanse for pasienter med sammensatte behov i perioden frem til ny struktur er etablert. Dette sammen med tiltak som sikrer rekruttering og mulighet for investering i nødvendig teknologi og medisinsk teknisk utstyr, vurderes å være sentrale risikoreduserende tiltak.

Risiko	Forslag til tiltak
Risiko for at pasienten ikke blir møtt av tverrfaglig spesialisert kompetanse i mottak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benytte teknologi for å «være tilstede» virtuelt ▪ Tverrfaglige definerte tilkallingsteam sikrer rask innsats ved mottak av pasienten med alvorlig sykdomsbilde ▪ Sikre implementering av tiltak i pasientforløpet «God start» ▪ Etablere system for overlegekompetanse i mottak
Risiko for at pasienter under behandling må transporteres mellom sykehus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benytte teknologi for å «være tilstede» virtuelt ▪ Klar og tydelig oppgavefordeling og endringer i oppgavefordeling, kommuniseres både internt og eksternt
Manglende mulighet til nødvendige investeringer i MTU / IKT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Så langt det er mulig samle fagområder når det er behov for reinvestering i nytt utstyr og ny teknologi ▪ Standardisere utstyrsparke ved «flåteanskaffelser» ▪ Utnytte utstyret bedre, flere timer/døgn. Flere dager/uke
Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet blir negativt påvirket pga. manglende rekruttering i periodene 0-5 år og 5-10 år	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sikre riktig kompetanse på rett sted i pasientforløpet ▪ Utvikle nye arbeidsformer, systematisere arbeid med jobbglidning ▪ Samle små fagmiljø for å gi mer attraktive og robuste vaktordninger ▪ Gi rom for forskning og utviklingsarbeid ▪ Sikre gode praksisplasser for personell i utdanning /samarbeid med utdanningsinstitusjonene ▪ Mulighet for fleksible arbeidstidsordninger og heltid ▪ Vurdere kompensasjonsordninger for nøkkelpersonell i en kortere overgangsperiode

Tabell 9: Risikoreduserende tiltak for perioden fram til ny sykehusstruktur er etablert. (Sykehuset Innlandet, 2021)

Alle de aktuelle løsningsalternativene har kun lav eller moderat risiko. Det er ikke fremkommet risikofaktorer som gjør at en bør fraråde en spesiell løsning, men vurderingen av risikoområder bør tas med i videre planlegging slik at risiko kan reduseres med konkrete tiltak.

Beredskap

Det er i rapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» redegjort for beredskapsmessige forhold. Hovedpoengene i denne vurderingen gjengis.

Hovedtyngden av befolkningen i Innlandet bor i Mjøsområdet, på begge sider av Mjøsa. I en beredskapssituasjon er det først og fremst den somatiske kapasiteten som vil bli påvirket, den videre drøftingen vil derfor konsentreres om denne delen av virksomheten.

De tre alternativene som er aktuelle for ny struktur forutsetter at tre av de fem somatiske sykehusene skal videreføres som somatiske sykehus (Sykehuset på Tynset, akuttisykehuset og elektivt sykehus). I tillegg skal det bygges et nytt stort akuttisykehus som skal samle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Tre sykehus i Mjøsområdet vurderes å gi fleksibilitet i en beredskapssituasjon. Et nytt stort akuttisykehus med moderne pasientarealer, utstyr, tekniske installasjoner og løsninger vil legge bedre til rette for å forebygge og håndtere uforutsette hendelser, og på den måten bedre beredskapsnivået.

En viktig forutsetning for nye sykehusbygg er at de skal fungere effektivt under normal drift, men samtidig ha fleksible beredskapsløsninger som kan tilpasses uventede utfordringer. Slike beredskapsløsninger skal håndtere pågang fra store pasientgrupper i katastrofesituasjoner, enten de kommer over et svært kort tidsrom eller langsomt, som ved den aktuelle pandemisituasjonen. For eksempel vil en høy grad av ensengsrom bidra til å redusere overføring av smitte mellom pasienter. Videre blir ventilasjonsanleggene i moderne sykehus utformet med separate anlegg for ulike soner der luftstrømmene kan styres via sentralt driftskontrollanlegg. Dette gir mulighet for å etablere soner med enten undertrykk eller overtrykk. Slik kan en skjerme deler av en avdeling, etasje eller bygningskropp.

Prosjektet forutsetter at de sikkerhetsmessige forhold ved det nye Mjøssykehuset ivaretas i den kommende planleggingen av konsepter og løsninger. Som et eksempel bør det planlegges med et dedikert beredskapsrom i det nye sykehuset. Ut fra beredskaps- og sikkerhetshensyn er en rekke momenter viktig i en vurdering av eksisterende bygninger. I tabellen under vises en sammenstilling av noen av de forhold som har betydning for beredskap og sikkerhet.

Samlet sett vurderes beredskapssituasjonen i ny sykehusstruktur å være bedre enn dagens situasjon. Dette begrunnes med at det vedtatte målbildet med tre akuttisykehus, et elektivt sykehus og lokalmedisinske sentra ved en beredskapssituasjon vil gi en større kapasitet og fleksibilitet enn dagens sykehusstruktur. Et nytt Mjøssykehus med moderne standard på pasientarealer, utstyr, tekniske installasjoner og løsninger legger bedre til rette for å kunne forebygge og håndtere uforutsette hendelser, og på den måten bedre beredskapen. Det vurderes ikke å være vesentlige forskjeller på de ulike alternativene når det gjelder beredskapshensyn, men et utvidet alternativ 3 vil ha akuttsenger i to enheter utenfor Mjøssykehuset i Mjøsregionen, og kan dermed gi en noe større fleksibilitet.

Konsekvenser for prehospitaltjenester

Det er gjennomført en beredskapsanalyse av ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet. Denne beskriver framtidig behov for ambulansetjenester og vurdering av plassering.

Med dagens stasjoner vil en teoretisk responstid gi en måloppnåelse 91,6 prosent for akutthendelser i Innlandet samlet. Det er forskjell mellom kommuner og det vil være forskjeller mellom utkantområder og «knutepunkter», hvor det vil passere flere ambulanser som kan bistå ved akutte hendelser. Dersom man kun benytter en matematisk beregning for plassering, vil man kunne oppnå en høyere prosentandel samlet for Innlandet, men det går på bekostning av responstiden i de kommuner med lavest befolkning.

Utredningen viser et økt behov for ressurser. Dette begrunnes med økt befolkning, en større andel eldre, og en generell økning av aktiviteten på bakgrunn av framskrivning av trend gjennom forbruk over år. I tillegg vil ny sykehusstruktur medføre en økt kjørelengde i størrelsesorden 500 000–700 000 kilometer per år. Det vil i den videre utredningen arbeides videre med utviklingen av prehospitale tjenester. Samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og kommunene må videreutvikles for de områder i den akuttmedisinske kjede hvor de har et felles ansvar.

Nullalternativ

Styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill» i Helse Sør-Øst RHF understreker at det skal være med et nullalternativ i steg 1 av en konseptfase. Et nullalternativ innebærer å videreføre dagens sykehusstruktur i Innlandet, det vil i denne sammenhengen bety sykehusene i Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Tynset, Reinsvoll og Sanderud, samt avdelinger for habilitering og rehabilitering.

Sykehuset Innlandet har utredet et nullalternativ i idéfasen. En egen orientering ble gitt til styret om nullalternativet i styresak 057-2016 «Orienteringer fra administrerende direktør». Idéfaserapporten ble behandlet og vedtatt av styret i Sykehuset Innlandet ved styresak 079-2017 «Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbylde».

Det er i tillegg gjennomført andre utredninger i foretakets regi som har vurdert mulige framtidige funksjonsfordelinger innenfor dagens struktur.

Sykehuset Innlandet vil i denne saken presentere både nullalternativet og et utvidet «null-pluss alternativ». Begge disse alternativene skal være referansealternativ for investeringsalternativene i en konseptfase og ta opp i seg nødvendig faglig endringer for å kunne fungere som en framtidig alternativ for Sykehuset Innlandet.

En sykehusstruktur med flere akutt sykehus gjør det utfordrende å ha tilgang på tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å ivareta vaktlinjer innenfor flere spesialiteter. I tillegg er parallelle beredskapsløsninger kostbare og høy vaktfrekvens binder tid og gir et relativt sett dårligere grunnlag for rekruttering.

Kostnadsberegningene i idéfasen (Norconsult, 2016) viste at det vil kreves betydelige investeringsmidler for å opprettholde dagens bygningsmasse med forsvarlig kvalitet fram til 2040, som på det tidspunktet var definert som nullalternativets tidshorisont. De beregnede investeringskostnadene for nullalternativet inkluderer nødvendige ombygginger, påkrevde nybygg eller reduksjon i arealbehov og nødvendige oppgraderinger for å tilfredsstille gjeldende lover og forskrifter.

I tillegg til investeringskostnadene inkluderer totalkostnaden til nullalternativet vedlikehold i et tidsperspektiv frem til 2040.

Investeringsbehov for nullalternativet	Sum kostnader ombygging, rehabilitering og teknisk oppgradering
Hamar	1,10
Elverum	1,66
Gjøvik	1,39
Lillehammer	1,85
Tynset	0,30
Hab./rehab.	0,46
Reinsvoll	0,83
Sanderud	0,74
Sum (mrd. kroner)	8,35

Tabell 10: Investeringskostnader i nullalternativet i 2016 kr.

I idéfasen og i forbindelse med «Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfase» (oktober 2017), knyttet til konsekvenser av endret foretakstilørighet for Kongsvinger sykehus, ble nullalternativet nedjustert til 8,35 milliarder kroner. I dette tallet ligger ikke vedlikeholdskostnader og oppgraderingskostnader i plan- og byggeperioden.

De økonomiske analysene fra idéfaseutredningen og i senere oppdateringer viser at nullalternativet har den laveste økonomiske bæreevnen. Dette skyldes at investeringsbeløpet for å drive de gjenværende byggene er høye og det er få eller ingen driftsgevinster i en slik nettverksmodell. Investeringen vil gi lavere årlige regnskapsresultater på kort og lang sikt.

Nullalternativet skal oppdateres i en konseptfase. Formålet med dette er å sammenligne effekter av investeringene som følger prosjektalternativene i tråd med målbildet. Tidsperspektivet for vurdering av nullalternativet ble i idéfasen satt til 2040, for å kunne sammenligne med de andre prosjektalternativene. Sykehuset Innlandet legger til grunn at tidsperspektivet for beregning av kostnader til nullalternativet bør forlenges tilsvarende som for de prosjektalternativene som vurderes i konseptfasen.

Null-pluss alternativ

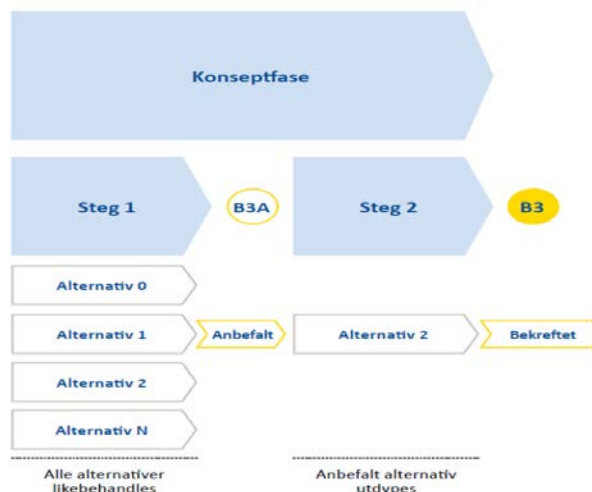
Det er i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill» lagt til grunn at et «null-pluss alternativ» innebærer et stort akutt sykehus på Gjøvik, et stort akutt sykehus på Lillehammer, et sykehus i Elverum, samt et nybygg på Hamar. For sykehusene på Hamar og Elverum skal det vurderes en endret funksjonsfordeling.

Det er gjennomført flere utredninger for å vurdere mulighetene innenfor dagens struktur. Den mest omfattende utredningen er «Sykehuset Innlandet HF, Omstilling somatikk – sluttrapport, november 2014» og «Sykehuset Innlandet HF, Omstilling somatikk – tilleggsrapport, april 2015». Det ble i disse arbeidene vist to løsninger som ble vurdert å gi et godt faglig tilbud for sykehusene Hamar og Elverum samlet sett, et stort akutt sykehus med traumefunksjon og et akutt sykehus med akutt indremedisin. I dag er fagfeltet kirurgi lokalisert på Hamar, mens ortopedi og gynekologi er lokalisert på

Elverum. Det bør i et «null-pluss alternativ» tilstrebes å finne en løsning som skaper større nærhet mellom disse fagområdene.

Konseptfase for Sykehuset Innlandet

En konseptfase skal i henhold til Helse Sør-Øst RHF styresak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF» starte i 2021.



Figur 4: Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, Sykehusbygg HF.

I steg 1 i en konseptfase skal det utarbeides et hovedprogram og gjøres alternativutredninger. Hovedprogrammet skal klargjøre premisene ved å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjonering, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. I dette arbeidet klargjøres forutsetninger og behov for innholdet i bygget(-ene) med en beskrivelse av framtidig funksjon, areal- og utstyrsbehov, logistikk, IKT, teknikk og smittevern.

Ulike prinsipper og modeller som viser muligheter for hvordan forutsetninger og behov kan løses i form av fysiske løsninger utredes og utvikles. Flere likeverdige og selvstendige løsningsalternativer utredes med en kartlegging av blant annet bemanning og økonomi. Alternativene skal utredes på en tilstrekkelig og sammenliknbar måte og gi en sammenstilling og evaluering av alternativene i forhold til oppsatte kriterier. En sentral aktivitet i steg 1 vil være å sammenlikne og vurdere de ulike løsningsalternativene, inkludert et oppdatert nullalternativ.

Denne delen av konseptfasen avsluttes med en anbefaling om hvilket alternativ man velger å gå videre med. Det skal parallelt gjøres tomteutredninger og valg av tomt og analyser av eksisterende bygg.

I konseptfasens steg 2 utdypes det anbefalte løsningsalternativet med skisser, tegninger, kalkyler og utredninger. Konseptfasen avsluttes med en beslutning og utforming av styringsdokument med mandat for forprosjektet, etter en ekstern kvalitetssikring. En slik kvalitetssikring kan gå parallelt med steg 2 for å vinne tid.

Administrerende direktørs vurdering

Sykehuset Innlandet står overfor store utfordringer i tiden framover. I takt med den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen er utredning og behandling av pasientene i stadig endring. Fagmiljøer blir mer avhengige av å samarbeide for å utnytte kompetanse innenfor ulike profesjoner og fagområder. Disse utviklingstrekkene betinger at Sykehuset Innlandet samler spesialiserte funksjoner og etablerer solide fagmiljøer som gir gode muligheter for spesialisert behandling og innovasjon til pasientens beste. I tillegg er det behov for å legge bedre til rette for gode spesialisthelsetjenester nær der pasienten bor, samhandling med primærhelsetjenesten og effektive prehospitale tjenester i et framtidsrettet, helhetlig behandlingstilbud.

Det omfattende utredningsarbeidet i Sykehuset Innlandet, prosjektrapportene «Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF» og «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» i regi av Helse Sør-Øst RHF og høringsuttalelsene støtter at det er behov for ny sykehusstruktur i Innlandet. Denne må legge til rette for en samling av spesialiserte funksjoner i et nytt sykehus, Mjøssykehuset. Samtidig viser utredningene at foretaket kan desentralisere behandlingstilbud til mindre sykehus, lokalmedisinske sentre og hjem til pasientene.

Ulike alternativer for en framtidig sykehusstruktur har vært vurdert og diskutert gjennom mange år. Administrerende direktør legger vekt på at saken nå er tilstrekkelig utredet og at det er avgjørende at den framtidige strukturen avklares. Det vil gi forutsigbarhet og en tydelig retning for utvikling og omstilling av pasienttilbud, fagmiljøer og samarbeidsformer i årene som kommer. Dette er en sak av stor betydning for framtidens pasienter, pårørende og ansatte i Sykehuset Innlandet.

De tre alternativene som er belyst i saksframstillingen innebærer en prioritering av de store satsingsområdene i Sykehuset Innlandets framtidige målbilde: utvikling av samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester. De tre alternativene innebærer en samling av all spesialisert utredning og behandling innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at pasientene kan få et samlet og tverrfaglig tilbud i Mjøssykehuset.

Vurderingene bygger på en erkjennelse om at det ikke finnes én løsning som ivaretar alle hensyn og innfrir alle ønsker og forventninger som uttrykkes i høringsrunden. Utredningen og høringsprosessen viser at det finnes gode argumenter for ulike alternativer.

Alternativ 3 med Mjøssykehuset i Moelv, akuttsykehuset på Lillehammer og det elektive sykehuset på Elverum har lavere risiko innenfor flere områder enn de to andre alternativene. En lokalisering på Lillehammer gir et stort nok pasientgrunnlag for virksomheten i et stort akuttsykehus. Samfunnsanalysen viser at alternativ 3 har bedre langsiktig rekrutteringsevne enn alternativ 2, men svakere enn alternativ 1. Samfunnsanalysen vurderer rekrutteringsevnen for et akuttsykehus på Lillehammer som god. Alternativet gir en god fordeling av pasienttilbudene i Innlandet og reduserer reisetiden for pasienter i Nord-Gudbrandsdal. Mange høringsinstanser tar til orde for et framtidig sykehus på Elverum. Et elektivt sykehus på Elverum gir nærhet til sykepleierutdanning og andre relevante utdanninger. Høringsprosessen viser at en

lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv har klart høyere oppslutning enn en lokalisering i Brumunddal. Flere høringsinstanser vektlegger hensyn til en balansert regional utvikling.

Opprettholdelse av gode fagmiljøer i mellomperioden vil være en forutsetning for å ha gode tilbud de første årene etter innflytting i nytt sykehus. Korte reiseavstander og gode ferdselsårer til arbeidssted er viktig både for nyrekruttering og for å beholde ansatte. For å utvikle helsetjenestene er Sykehuset Innlandet avhengig av engasjerte medarbeidere og ledere. Perioden fram til innflytting i ny sykehusstruktur vil by på store muligheter for ansatte, men samtidig kreve nytenkning og omstillingsevne. I dagens situasjon har Sykehuset Innlandet utfordringer med rekruttering innenfor flere fagområder. En avklaring av sykehusstruktur vil gi utsikter til etablering av mer solide fagområder, som i seg selv kan virke rekrutterende.

I perioden fram til ny sykehusstruktur er etablert er det avgjørende at fagområder og funksjoner som kan og bør samles, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg. Det vil være viktig å utarbeide en gjennomføringsplan som sikrer gode pasientforløp og hensiktsmessige og forutsigbare endringsprosesser for ansatte i overgangsperioden. Risikoen ved flytting av fagområder og funksjoner har sammenheng med avstanden til nytt arbeidssted, samt tilknytningen til avdelingen og arbeidsmiljøet. Små fagmiljøer kan være særlig utsatt for manglende rekruttering og kompetanse i noen faser av omstillingsprosessen. Risikovurderinger og avbøtende tiltak for de ulike fagområdene i ulike tidsperioder må gjennomføres når endelig valg av sykehusstruktur foreligger.

Utredningen har belyst beredskap i en ny sykehusstruktur. Beredskapsarbeid er blitt ytterligere aktualisert på grunn av pandemisituasjonen fra 2020. Samlet sett vurderes beredskapssituasjonen i ny sykehusstruktur å være bedre enn dagens situasjon. Det begrunnes med at det vedtatte målbildet med tre akutt sykehus, et elektivt sykehus og lokalmedisinske sentra ved en beredskapssituasjon vil gi en større kapasitet og fleksibilitet enn dagens sykehusstruktur. Et nytt Mjøssykehus med moderne standard på pasientarealer, utstyr, tekniske installasjoner og løsninger legger bedre til rette for å kunne forebygge og håndtere uforutsette hendelser, og på den måten bedre beredskapen i foretaket.

Digitalisering er en grunnleggende forutsetning for realisering av målbildet i Nasjonal helse- og sykehusplan, og er et satsingsområde i Helse Sør-Øst RHF sin regionale utviklingsplan. Digitale løsninger vil bidra til desentraliserte spesialisthelsetjenester, kollegastøtte mellom ulike behandlingssteder og effektivisering av arbeidsprosesser.

De overordnede økonomiske analysene viser små forskjeller mellom de tre alternativene. Alle alternativene har økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå. Dagens struktur og befolkningsutvikling krever omstillinger og fag- og funksjonsfordelinger for å sikre en positiv økonomisk resultatutvikling. For å forebygge uønsket variasjon vil det være viktig å standardisere pasientforløp og utvikle enhetlig pasientbehandling.

Et stort flertall av høringsinstansene slutter seg til hovedtrekkene i målbildet og vektlegger betydningen av at det nå må fattes en beslutning om ny sykehusstruktur i Innlandet. Flere høringsinstanser vektlegger Mjøsområdet som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion. Høringsuttalelsene viser en tydelig oppslutning om en lokalisering av Mjøssykehuset i Moelv, mens få tar til orde for en lokalisering i

Brumunddal. Når det gjelder akuttsykehuset, viser høringen at det er støtte til både en lokalisering på Elverum og på Lillehammer.

Etter en samlet vurdering vil administrerende direktør anbefale alternativ 3 som framtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet. Det innebærer en samling av alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele Sykehuset Innlandet i et nytt akuttsykehus, Mjøssykehuset, lokalisert i Moelv. Alternativet innebærer et stort akuttsykehus lokalisert i Lillehammer og et elektivt sykehus med skadepoliklinikk, samhandlingsenhet og luftambulansbase lokalisert på Elverum. Alternativet innebærer at dagens virksomhet ved sykehuset på Gjøvik, sykehuset på Hamar og de to psykiatriske sykehusene på Reinsvoll og Sanderud avvikles og inngår i det nye Mjøssykehuset. Som beskrevet i saksutredningen innebærer alternativet også videreutvikling av andre virksomhetsområder i tråd foretaksmøtets vedtak om framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet.

Som beskrevet i Helse Sør-Øst RHF styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill», kan det i alternativ 3, forutsatt en justering av vedtatt målbilde, vurderes å legge akuttfunksjoner for indremedisin til det elektive sykehuset i Elverum. Administrerende direktør anbefaler at denne løsningen vurderes i konseptfasen, som en mulig justering av det anbefalte alternativet.

Administrerende direktør legger til grunn at oppdaterte risikovurderinger, nye framskrivninger, medisinsk og teknologisk utvikling, samt økonomisk utvikling kan innebære behov for justeringer av kapasitetsbehov og areal i konseptfasen og forprosjektet.

Vedlegg:

- 1. Prosjektrapport «Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF», Helse Sør-Øst RHF, 2020.*
- 2. Prosjektrapport «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF», Helse Sør-Øst RHF, 2020.*
- 3. Samfunnsanalyse «Samfunnsanalyse sykehusstruktur Innlandet – Sammenstilling», COWI AS og Vista Analyse, 2020.*
- 4. Styresak 044-2021 i Helse Sør-Øst RHF «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill»*
- 5. Protokoll – drøfting videreutvikling av Sykehuset Innlandet, 28.04.2021.*